

Diplomarbeit



Interprofessionelle Primärversorgung: Zusammenarbeit von Allgemeinmedizin und Pflege in Österreich

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der gesamten Heilkunde

(Dr. med. univ.)

an der

Medizinischen Universität Innsbruck

ausgeführt am

Institut für Allgemeinmedizin

unter der Anleitung von

Univ.-Prof. Dr. Alfred Doblinger

eingereicht von

Thomas Morscher, BSc

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Thomas Morscher, erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen/Hilfsmittel nicht benutzt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Diese Arbeit wurde bisher bei keiner Hochschule oder Universität zur Erlangung eines akademischen Abschlusses oder Diploms eingereicht.

STATEMENT OF ORIGINALITY

I, Thomas Morscher, declare that I have authored this thesis independently, that I have not used other than the declared sources / resources and that I have explicitly marked all material which has been quoted either literally or by content from the used sources.
This work has not previously been submitted for a degree or diploma in any university.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis	VI
Abkürzungsverzeichnis.....	VII
Zusammenfassung	VIII
Abstract	IX
Eigenleistung	X
1. Einleitung	1
1.1. Problemstellung und Hintergrund.....	1
1.2. Ziel der Arbeit.....	2
1.3. Aufbau der Arbeit	3
1.4. Primärversorgung	3
1.4.1. Definition und Bedeutung der Primärversorgung.....	4
1.4.2. Aufgaben und Ziele der Primärversorgung	5
1.5. Interprofessionelle Zusammenarbeit	5
1.5.1. Begriffsdefinition und Abgrenzung	6
1.5.2. Modelle und Formen der Zusammenarbeit	7
1.6. Rolle der Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege	7
1.6.1. Tätigkeitsbereiche in der Primärversorgung	9
1.7. Internationaler Vergleich	10
1.7.1. Beispiele aus ausgewählten Ländern	11
1.7.2. Übertragbarkeit auf Österreich.....	12
1.8. Förder- und Hemmfaktoren	13
1.8.1. Strukturelle Faktoren	13
1.8.2. Individuelle und organisationale Faktoren	14
1.9. Strukturen der Primärversorgung in Österreich.....	15
1.9.1. Primärversorgungseinheiten.....	16
1.9.2. Einzelordinationen	17

1.10.	<i>Aktuelle Herausforderungen und Forschungslücken</i>	<i>17</i>
2.	Relevanz und Forschungsfrage.....	20
2.1.	<i>Begründung der Relevanz</i>	<i>20</i>
2.2.	<i>Forschungsfrage</i>	<i>21</i>
2.3.	<i>Untergeordnete Fragestellungen.....</i>	<i>21</i>
3.	Methodik.....	22
3.1.	<i>Studiendesign.....</i>	<i>22</i>
3.2.	<i>Stichprobe und Rekrutierung</i>	<i>22</i>
3.3.	<i>Erhebungsinstrument.....</i>	<i>23</i>
3.4.	<i>Datenerhebung</i>	<i>24</i>
3.5.	<i>Datenauswertung</i>	<i>24</i>
3.6.	<i>Ethische Aspekte</i>	<i>25</i>
4.	Ergebnisse	26
4.1.	<i>Ergebnisse der Telefonumfrage</i>	<i>26</i>
4.1.1.	<i>Stichprobenbeschreibung</i>	<i>26</i>
4.1.2.	<i>Verbreitung der Zusammenarbeit mit DGKP – Gesamtergebnis</i>	<i>26</i>
4.1.3.	<i>Aufschlüsselung nach Gemeindegröße</i>	<i>27</i>
4.1.4.	<i>Aufschlüsselung nach Bundesland</i>	<i>27</i>
4.1.5.	<i>Zusammenfassung der Ergebnisse der telefonischen Befragung</i>	<i>29</i>
4.2.	<i>Ergebnisse der Online-Befragung</i>	<i>29</i>
4.2.1.	<i>Rücklauf und Stichprobenbeschreibung</i>	<i>29</i>
4.2.2.	<i>Verbreitung der Zusammenarbeit mit DGKP</i>	<i>30</i>
4.2.3.	<i>Bereiche der Zusammenarbeit.....</i>	<i>31</i>
4.2.4.	<i>Bewertung der bestehenden Zusammenarbeit</i>	<i>32</i>
4.2.5.	<i>Hürden für eine intensivere Zusammenarbeit.....</i>	<i>33</i>
4.2.6.	<i>Wahrgenommene Vorteile der Zusammenarbeit.....</i>	<i>36</i>
4.2.7.	<i>Zukunftsperspektiven der Zusammenarbeit</i>	<i>38</i>
4.2.8.	<i>Bekanntheit und Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit APN</i>	<i>39</i>
4.2.9.	<i>Zusammenfassung der Ergebnisse der Online-Befragung</i>	<i>39</i>
5.	Diskussion	41

5.1.	<i>Verbreitung der Zusammenarbeit und regionale Unterschiede.....</i>	41
5.2.	<i>Aufgabenprofile: Dominanz klassischer Delegation</i>	42
5.3.	<i>Positive Bewertung der bestehenden Zusammenarbeit</i>	43
5.4.	<i>Strukturelle Hürden bei hoher Veränderungsbereitschaft</i>	44
5.5.	<i>Advanced Practice Nursing: Informationslücke bei grundsätzlicher Offenheit.....</i>	45
5.6.	<i>Einordnung in aktuelle Entwicklungen der österreichischen Primärversorgung.....</i>	45
5.7.	<i>Implikationen für Praxis und Forschung.....</i>	46
5.8.	<i>Limitationen.....</i>	46
6.	Conclusio	49
	Literaturverzeichnis	51
	Anhang	56
	<i>Fragebogen</i>	<i>56</i>

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 4.1: Ergebnis der Telefonumfrage.....	26
Abbildung 4.2: Anteil der Ordinationen mit DGKP-Zusammenarbeit nach Gemeindegröße	27
Abbildung 4.3: Anteil der Ordinationen mit DGKP-Zusammenarbeit nach Bundesland	28
Abbildung 4.4: Zusammenarbeit mit DGKP in der eigenen Ordination.....	30
Abbildung 4.5: Bereiche der Zusammenarbeit nach Intensität der Zusammenarbeit	32
Abbildung 4.6: Wahrgenommene Hürden für eine intensivere Zusammenarbeit nach Gruppen	35
Abbildung 4.7: Wahrgenommene Hürden nach Altersgruppen.....	36
Abbildung 4.8: Wahrgenommene Vorteile der Zusammenarbeit mit DGKP nach Gruppen	38
Abbildung 4.9: Bekanntheit des APN-Konzepts und mögliche APN-Zusammenarbeit.....	39

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1: Bedarf und Angebot in der Allgemeinmedizin in Österreich bis 2030 (2).....	18
Tabelle 4.1: Ergebnis der Telefonumfrage	26
Tabelle 4.2: Zusammenarbeit mit DGKP nach Gemeindegröße.....	27
Tabelle 4.3: Anteil der Ordinationen mit DGKP-Zusammenarbeit nach Bundesland.....	28
Tabelle 4.4: Soziodemografische Merkmale der Teilnehmenden der Online-Befragung.....	30
Tabelle 4.5: Organisationsform nach Intensität der Zusammenarbeit.....	31
Tabelle 4.6: Bereiche der Zusammenarbeit mit DGKP nach Intensität der Zusammenarbeit	31
Tabelle 4.7: Bewertung der Zusammenarbeit mit DGKP nach Intensität der Zusammenarbeit .	33
Tabelle 4.8: Wahrgenommene Hürden für eine intensivere Zusammenarbeit nach Gruppen....	34
Tabelle 4.9: Wahrgenommene Hürden nach Altersgruppen.....	35
Tabelle 4.10: Wahrgenommene Vorteile der Zusammenarbeit mit DGKP nach Gruppen.....	37
Tabelle 4.11: Mögliche engere zukünftige Zusammenarbeit mit DGKP nach Gruppen.....	38
Tabelle 0.1: Hürden für eine intensivere Zusammenarbeit – Freitextantworten	61

Abkürzungsverzeichnis

APN	Advanced Practice Nursing
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege
EW	Einwohnerinnen und Einwohner
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
IPC	Interprofessional Collaboration/Interprofessionelle Zusammenarbeit
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PCMH	Patient-Centered Medical Home
PVE	Primärversorgungseinheit
PVG	Primärversorgungsgesetz
SOP	Standardarbeitsanweisung
WHO	World Health Organization/Weltgesundheitsorganisation

Zusammenfassung

Hintergrund: Die österreichische Primärversorgung steht vor wachsenden strukturellen Herausforderungen: zunehmender Mangel an Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern, mehr chronisch Erkrankte und regionale Versorgungsungleichheiten. Die interprofessionelle Zusammenarbeit mit diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen gilt international als wichtiger Lösungsbeitrag.

Ziel: Ziel war es, den aktuellen Stand dieser Zusammenarbeit in Österreich zu erheben – Kooperationsformen, wahrgenommene Potenziale und Barrieren sowie die Bereitschaft zur stärkeren Einbindung pflegerischer Kompetenzen.

Methodik: Quantitatives, deskriptives Querschnittsdesign mit einem standardisierten Online-Fragebogen und einer ergänzenden telefonischen Befragung von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern mit aufrechtem Kassenvertrag; deskriptive Auswertung.

Ergebnisse: Telefonisch gaben von 309 Ordinationen 36,6 % eine Zusammenarbeit mit Pflegepersonen an, mit deutlichem Stadt-Land-Gefälle: 44–46 % in Gemeinden unter 20.000 Einwohnerinnen und Einwohnern, 21–22 % in städtischen Regionen und 10,0 % in Wien. Von den 95 Online-Teilnehmenden berichteten 75 % eine Zusammenarbeit, davon 61 % eine regelmäßige – vor allem bei Wundversorgung, diagnostischen Tätigkeiten und der Betreuung chronisch Erkrankter, bei regelmäßiger Kooperation mit breiterem Aufgabenspektrum. Sie wurde überwiegend positiv bewertet; die große Mehrheit nahm eine bessere Versorgungsqualität wahr. Zentrale Hürden waren fehlende finanzielle Ressourcen (57 %), Mangel an Pflegepersonen (40 %) und unklare rechtliche Rahmenbedingungen (32 %); geringes Interesse spielte mit 2 % keine Rolle. 86 % standen einer engeren künftigen Zusammenarbeit positiv gegenüber, darunter 71 % der aktuell nicht Kooperierenden. Advanced Practice Nursing war 66 % unbekannt; dennoch konnte sich rund die Hälfte eine solche Zusammenarbeit vorstellen.

Schlussfolgerung: Die Zusammenarbeit ist verbreitet, regional aber sehr unterschiedlich und folgt überwiegend einem klassischen Delegationsmodell. Die Barrieren sind vorwiegend struktureller, nicht motivationaler Natur. Vordringlich sind tragfähige Finanzierungsmodelle für Ordinationen außerhalb von Primärversorgungseinheiten sowie gezielte Information zu erweiterten pflegerischen Kompetenzen. Künftige Forschung sollte die Pflegeperspektive einbeziehen.

Abstract

Background: Primary care in Austria faces increasing structural challenges. A growing shortage of general practitioners, a rising number of patients with chronic conditions, and regional inequalities in care call for new approaches. Interprofessional collaboration with registered nurses (diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen) is discussed internationally as an important contribution to addressing these challenges.

Objective: The aim of this study was to assess the current state of this collaboration in Austria, examining existing forms of cooperation, perceived opportunities and barriers, as well as the willingness to more strongly integrate nursing competencies.

Methods: A quantitative, descriptive cross-sectional design was chosen. Data were collected by means of a standardised online questionnaire and a supplementary telephone survey of general practitioners holding an active statutory health insurance contract. The data were analysed descriptively.

Results: In the telephone survey of 309 practices, 36.6% reported collaborating with nurses, with a marked urban–rural divide: in municipalities with fewer than 20,000 inhabitants the proportion was 44–46%, in urban regions 21–22%, and in Vienna 10.0%. A total of 95 respondents took part in the online survey; 75 % reported collaboration, of whom 61% collaborated on a regular basis. This collaboration focused primarily on wound care, diagnostic activities, and the care of chronically ill patients, and was associated with a broader range of tasks when cooperation was regular. Existing collaboration was rated predominantly positively; the large majority perceived an improvement in quality of care. The main barriers cited were a lack of financial resources (57%), a shortage of available nurses (40%), and unclear legal frameworks (32%); low interest played no role, at 2%. Overall, 86% were open to closer future collaboration, including 71% of those not currently collaborating. The concept of Advanced Practice Nursing was unknown to 66%; nevertheless, about half could envisage such a collaboration.

Conclusion: Collaboration is widespread in Austria but varies considerably by region and predominantly follows a classical delegation model. The barriers are primarily structural rather than motivational in nature. A key priority appears to be viable financing models for practices outside primary care units, as well as targeted information provision on advanced nursing competencies. Future research should incorporate the nursing perspective.

Eigenleistung

Die vorliegende Diplomarbeit wurde von mir, Thomas Morscher, eigenständig und ohne unzulässige fremde Hilfe verfasst. Sämtliche verwendeten Quellen sind im Literaturverzeichnis vollständig angegeben und im Text entsprechend gekennzeichnet.

Die Themenwahl, die Formulierung der Forschungsfrage sowie die Entwicklung der untergeordneten Fragestellungen erfolgte in eigenständiger Auseinandersetzung mit der bestehenden Fachliteratur und in enger Abstimmung mit dem Betreuer, Univ.-Prof. Dr. Alfred Doblinger, Institut für Allgemeinmedizin der Medizinischen Universität Innsbruck.

Die Recherche, Auswahl und kritische Bewertung der verwendeten Literatur sowie die Erarbeitung des theoretischen Hintergrunds zu Primärversorgung, interprofessioneller Zusammenarbeit und der Rolle der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in Österreich wurden von mir eigenständig durchgeführt.

Die statistische Auswertung der erhobenen Daten erfolgte in Kooperation mit einem Statistiker des Instituts für Allgemeinmedizin; die Interpretation der Ergebnisse stammt von mir als Verfasser. Die Pilottestung des Fragebogens erfolgte durch Lehrpersonen des Instituts sowie durch Kolleginnen und Kollegen.

Im Rahmen der Erstellung dieser Diplomarbeit wurden KI-gestützte Schreibwerkzeuge wie Claude (Anthropic, Modell Claude Opus 4.8) und ChatGPT (OpenAI, GPT-5.5), ausschließlich zur sprachlichen Unterstützung, Rechtschreib- und Grammatikprüfung sowie zur formalen Überprüfung von Quellenangaben herangezogen. Inhaltliche Aussagen, wissenschaftliche Argumentation und Schlussfolgerungen stammen ausschließlich von mir als Verfasser.

1. Einleitung

Die Primärversorgung stellt einen zentralen Bestandteil des Gesundheitssystems dar und übernimmt eine wesentliche Rolle in der wohnortnahen und kontinuierlichen Betreuung der Bevölkerung. Sie fungiert als erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Problemen und trägt maßgeblich zur Koordination weiterer diagnostischer und therapeutischer Schritte bei. Demographische Veränderungen und ein zunehmender Ärztemangel stellen die Primärversorgung vor wachsende Herausforderungen (1,2). In diesem Zusammenhang gewinnt die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Gesundheitsberufen zunehmend an Bedeutung. Insbesondere die Einbindung diplomierter Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP) stellt einen möglichen Ansatz zur Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung dar.

1.1. Problemstellung und Hintergrund

Die Sicherstellung einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Primärversorgung zählt derzeit zu den zentralen Herausforderungen des österreichischen Gesundheitssystems. Prognosen zeigen, dass der Bedarf an ärztlicher Versorgung in den kommenden Jahren deutlich ansteigen wird. Analysen der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) gehen davon aus, dass der Bedarf an Ärztinnen und Ärzten bis zum Jahr 2030 um etwa 16 % zunehmen wird (2). Einer der wesentlichen Einflussfaktoren für diese Entwicklung ist der demographische Wandel. Die zunehmende Alterung der Bevölkerung sowie die steigende Prävalenz chronischer Erkrankungen führen zu einer höheren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und dadurch zu einer wachsenden Zahl an Konsultationen (2). Zusätzlich steht das Gesundheitssystem zeitgleich vor einer erheblichen personellen Herausforderung. Aufgrund der Altersstruktur der Ärzteschaft wird in den kommenden Jahren eine große Zahl an Pensionierungen erwartet. Aktuelle Berichte zeigen, dass rund 18.000 Ärztinnen und Ärzte in den nächsten zehn Jahren aus dem Berufsleben austreten werden. Daraus ergibt sich ein jährlicher Bedarf von etwa 1.800 Nachbesetzungen, um die bestehende Versorgung aufrechterhalten zu können (3). Besonders betroffen ist dabei die Allgemeinmedizin. Nach Einschätzung der Österreichischen Ärztekammer besteht zwar kein Ärztemangel an sich, wohl aber ein deutlicher Mangel im öffentlichen System: Bereits heute bleiben zahlreiche Kassenstellen unbesetzt, und allein im kassenärztlichen Bereich wird ein zusätzlicher Bedarf von mindestens 1.000 Stellen beziffert (3).

Dieser Mangel betrifft insbesondere ländliche Regionen, in denen bereits heute oft Schwierigkeiten bestehen, Kassenstellen nachzubeseetzen.

Neben der absoluten Anzahl an Ärztinnen und Ärzten stellt auch deren Verteilung eine wesentliche Herausforderung dar. Obwohl Österreich im internationalen Vergleich über eine hohe Ärztedichte verfügt (4), ist der Anteil an Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizинern vergleichsweise gering. Die Entwicklung der ärztlichen Versorgungsdichte weist in den vergangenen 10 bis 15 Jahren gegenläufige Trends auf. Während die Zahl der Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner kontinuierlich abgenommen hat, zeigt sich bei den Fachärztinnen und Fachärzten in anderen Fachgebieten im selben Zeitraum ein Anstieg (1). Analysen zeigen, dass strukturelle Faktoren und die Organisation des Gesundheitssystems wesentlich zu dieser Entwicklung beitragen (5). Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sowohl der steigende Bedarf an medizinischer Versorgung als auch die gleichzeitig abnehmende Verfügbarkeit von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizинern zu einer zunehmenden Versorgungslücke führen könnten. Vor diesem Hintergrund gewinnen neue Versorgungsmodelle sowie die stärkere Einbindung weiterer Gesundheitsberufe in die Primärversorgung zunehmend an Bedeutung. Insbesondere die Zusammenarbeit zwischen Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizинern und DGKP wird als möglicher Ansatz zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten und nachhaltigen Primärversorgung diskutiert (6).

1.2. Ziel der Arbeit

Ziel dieser Arbeit ist es, den aktuellen Stand der Zusammenarbeit zwischen Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizинern und DGKP in Österreich zu untersuchen. Dabei sollen bestehende Formen der Zusammenarbeit, wahrgenommene Potenziale und Barrieren sowie die Bereitschaft zur stärkeren Einbindung pflegerischer Kompetenzen erhoben werden.

Darüber hinaus soll untersucht werden, welche Aufgabenbereiche derzeit von DGKP übernommen werden und welche Tätigkeiten von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizинern als delegierbar oder gemeinsam durchführbar eingeschätzt werden. Die gewonnenen Erkenntnisse sollen dazu beitragen, Potenziale für die Weiterentwicklung interprofessioneller Versorgungsmodelle in der österreichischen Primärversorgung aufzuzeigen.

1.3. Aufbau der Arbeit

Der Aufbau der Arbeit folgt dem Ablauf des Forschungsprozesses. Das einleitende Kapitel führt zunächst in die Problemstellung ein und benennt das Ziel der Untersuchung. Daran anschließend werden die theoretischen Grundlagen dargelegt: die Primärversorgung als Versorgungsebene, das Konzept der interprofessionellen Zusammenarbeit, die Rolle der DGKP sowie internationale Erfahrungen mit erweiterten pflegerischen Aufgabenprofilen und die Faktoren, die eine Zusammenarbeit fördern oder hemmen. Den Abschluss der Einleitung bilden die Darstellung der Strukturen der österreichischen Primärversorgung sowie der aktuellen Herausforderungen und Forschungslücken.

Im zweiten Kapitel werden darauf aufbauend die Relevanz des Themas begründet und die Forschungsfrage samt untergeordneten Fragestellungen formuliert. Das dritte Kapitel beschreibt das methodische Vorgehen einschließlich Studiendesign, Stichprobe und Rekrutierung, Erhebungsinstrument, Datenerhebung, Datenauswertung und ethischer Aspekte. Das vierte Kapitel stellt die Ergebnisse der telefonischen und der schriftlichen Befragung dar. Im fünften Kapitel werden diese vor dem Hintergrund der bestehenden Literatur diskutiert und die Limitationen der Untersuchung aufgezeigt. Das abschließende Kapitel fasst die zentralen Erkenntnisse zusammen und leitet daraus Implikationen für die Weiterentwicklung der Primärversorgung in Österreich sowie für die weitere Forschung ab.

1.4. Primärversorgung

Die Primärversorgung bildet die Grundlage eines leistungsfähigen Gesundheitssystems und stellt für die Bevölkerung in der Regel den ersten Zugang zu medizinischen Leistungen dar. Sie umfasst die wohnortnahe, kontinuierliche und umfassende Betreuung von Patientinnen und Patienten und verfolgt das Ziel, gesundheitliche Probleme frühzeitig zu erkennen, zu behandeln sowie präventive Maßnahmen zu fördern (7,8).

Innerhalb der Primärversorgung nimmt die Allgemeinmedizin eine zentrale Rolle ein. Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner fungieren als erste Anlaufstelle für gesundheitliche Anliegen und begleiten Patientinnen und Patienten oftmals über viele Jahre hinweg. Neben der Behandlung akuter Erkrankungen übernehmen sie die langfristige Betreuung chronisch kranker und multimorbider Personen sowie die Koordination diagnostischer, therapeutischer und präventiver Maßnahmen (9).

Durch diese koordinierende Funktion trägt die Allgemeinmedizin wesentlich zur Steuerung von Versorgungsprozessen bei. Insbesondere bei komplexen Krankheitsverläufen ermöglicht sie eine strukturierte Begleitung der Patientinnen und Patienten durch das Gesundheitssystem und

fördert die Kontinuität der Versorgung. Langfristige Arzt-Patient-Beziehungen stellen dabei eine wichtige Grundlage für eine patientenzentrierte Betreuung dar (9).

Der Stellenwert der Primärversorgung nimmt vor dem Hintergrund aktueller gesellschaftlicher und gesundheitspolitischer Entwicklungen weiter zu. Der dadurch wachsende Bedarf an koordinierter, kontinuierlicher Versorgung unterstreicht die zentrale Rolle der Primärversorgung innerhalb des Gesundheitssystems (8,10). Gleichzeitig steht die Allgemeinmedizin in Österreich vor Herausforderungen hinsichtlich der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung, insbesondere in ländlichen Regionen wird ein zunehmender Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten beobachtet (4).

Internationale Untersuchungen zeigen, dass gut entwickelte Primärversorgungssysteme mit besseren gesundheitlichen Ergebnissen, geringeren Hospitalisierungsraten sowie einer effizienteren Nutzung vorhandener Ressourcen verbunden sind. Aus diesem Grund wird der Primärversorgung eine zentrale Bedeutung für die Leistungsfähigkeit und Nachhaltigkeit moderner Gesundheitssysteme zugeschrieben (8).

1.4.1. Definition und Bedeutung der Primärversorgung

Primärversorgung bezeichnet die grundlegende gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung und umfasst medizinische, präventive, gesundheitsfördernde sowie beratende Leistungen. Sie dient als erste Anlaufstelle im Gesundheitssystem und soll eine niederschwellige, wohnortnahe und kontinuierliche Betreuung gewährleisten (8).

Ein wesentliches Merkmal der Primärversorgung ist ihre koordinierende Funktion. Patientinnen und Patienten werden bei Bedarf an weitere Gesundheitsberufe oder spezialisierte Versorgungsstrukturen weitergeleitet, während die Primärversorgung als zentrale Schnittstelle innerhalb des Gesundheitssystems fungiert (9,11). Dadurch trägt sie wesentlich zur Orientierung im Versorgungssystem und zur Abstimmung verschiedener Behandlungsmaßnahmen bei. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) betrachtet die Primärversorgung als einen zentralen Baustein leistungsfähiger Gesundheitssysteme. Sie leistet einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheitsförderung, Prävention, Behandlung und Nachsorge und soll einen gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsleistungen ermöglichen (7). Internationale Analysen zeigen zudem, dass Länder mit starken Primärversorgungssystemen häufig bessere gesundheitliche Outcomes aufweisen, wenngleich eine stark ausgebaute Primärversorgung auch mit höheren Gesundheitsausgaben einhergehen kann (11).

1.4.2. Aufgaben und Ziele der Primärversorgung

Die Aufgaben der Primärversorgung umfassen die Versorgung akuter Erkrankungen, die langfristige Betreuung chronisch kranker Patientinnen und Patienten, präventive Maßnahmen sowie gesundheitsfördernde Aktivitäten. Darüber hinaus beinhaltet sie die Berücksichtigung psychosozialer Faktoren und die Koordination weiterer diagnostischer und therapeutischer Schritte innerhalb des Gesundheitssystems (8).

Ein zentrales Ziel der Primärversorgung besteht darin, eine kontinuierliche und patientenorientierte Betreuung sicherzustellen. Durch die langfristige Begleitung können gesundheitliche Probleme frühzeitig erkannt, Behandlungsmaßnahmen koordiniert und die Versorgungsqualität verbessert werden. Gleichzeitig trägt die Primärversorgung dazu bei, unnötige Inanspruchnahmen spezialisierter oder stationärer Leistungen zu vermeiden und vorhandene Ressourcen effizient einzusetzen (8).

Darüber hinaus soll die Primärversorgung einen gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsleistungen gewährleisten und auf die individuellen Bedürfnisse der Bevölkerung eingehen. Angesichts steigender Versorgungsanforderungen gewinnen koordinierte Versorgungsstrukturen und die Zusammenarbeit unterschiedlicher Gesundheitsberufe zunehmend an Bedeutung. Internationale Modelle zeigen, dass insbesondere durch eine verbesserte Koordination und eine stärkere Vernetzung der beteiligten Berufsgruppen eine hochwertige und nachhaltige Versorgung gefördert werden kann (7,12).

1.5. Interprofessionelle Zusammenarbeit

Die interprofessionelle Zusammenarbeit (engl. interprofessional collaboration, IPC) gilt als ein zentraler Bestandteil moderner Gesundheitssysteme und gewinnt insbesondere in der Primärversorgung zunehmend an Bedeutung. Angesichts komplexer werdender Versorgungsanforderungen – insbesondere bei multimorbiden Patientinnen und Patienten – ist die Zusammenarbeit unterschiedlicher Gesundheitsberufe eine wesentliche Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Versorgung (13,14).

IPC beschreibt die koordinierte Kooperation verschiedener Gesundheitsberufe mit dem Ziel, Patientinnen und Patienten umfassend und bedarfsgerecht zu versorgen (13,15). Dabei bringen die beteiligten Berufsgruppen ihre jeweiligen Kompetenzen in einen gemeinsamen Versorgungsprozess ein und übernehmen Verantwortung für die Planung, Durchführung und Evaluation der Betreuung. Im Mittelpunkt steht die gemeinsame Ausrichtung auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten sowie die Nutzung der unterschiedlichen fachlichen Perspektiven zur Verbesserung der Versorgungsqualität (13,15,16).

Die WHO hebt hervor, dass eine erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit zu einer verbesserten Versorgungsqualität, einer höheren Patientenzufriedenheit sowie einer effizienteren Nutzung vorhandener Ressourcen beitragen kann (13). Insbesondere in der Primärversorgung ermöglicht sie eine koordinierte Betreuung über verschiedene Versorgungsbereiche hinweg und unterstützt die Bewältigung komplexer gesundheitlicher und sozialer Problemlagen (16).

Voraussetzung für eine funktionierende Zusammenarbeit sind klar definierte Rollen und Verantwortlichkeiten, gegenseitige Wertschätzung sowie eine offene Kommunikationskultur. Darüber hinaus spielen gemeinsame Zielsetzungen, transparente Entscheidungsprozesse und regelmäßiger fachlicher Austausch eine wesentliche Rolle (17–19). Fehlen diese Voraussetzungen, können Missverständnisse, Rollenkonflikte oder ineffiziente Arbeitsabläufe entstehen, die eine erfolgreiche Zusammenarbeit erschweren (19).

In Österreich gewinnt die IPC insbesondere durch die Weiterentwicklung der Primärversorgung an Bedeutung. Während traditionell überwiegend ärztlich geprägte Versorgungsstrukturen vorherrschen, entstehen zunehmend Organisationsformen, in denen unterschiedliche Gesundheitsberufe enger zusammenarbeiten (6). Die Förderung solcher Kooperationsformen wird als wichtiger Ansatz gesehen, um den zukünftigen Herausforderungen im Gesundheitswesen begegnen zu können (6,14).

1.5.1. Begriffsdefinition und Abgrenzung

Der Begriff der IPC beschreibt die aktive und koordinierte Kooperation verschiedener Berufsgruppen im Gesundheitswesen mit dem Ziel einer gemeinsamen Patientenversorgung (13,15). Kennzeichnend ist dabei nicht allein das Nebeneinander unterschiedlicher Professionen, sondern deren strukturierte Zusammenarbeit auf Basis gemeinsamer Ziele, gegenseitigen Verständnisses und kontinuierlicher Kommunikation.

Von der IPC abzugrenzen ist die multiprofessionelle Zusammenarbeit. Bei multiprofessionellen Ansätzen arbeiten verschiedene Berufsgruppen zwar an der Versorgung derselben Patientinnen und Patienten mit, die jeweiligen Tätigkeiten erfolgen jedoch häufig unabhängig voneinander und mit begrenzter Abstimmung (15). IPC geht darüber hinaus, indem die beteiligten Berufsgruppen ihre Kompetenzen aktiv miteinander verknüpfen und gemeinsame Entscheidungen treffen.

In der Literatur wird davon ausgegangen, dass insbesondere bei komplexen Versorgungsbedürfnissen ein interprofessioneller Ansatz Vorteile bieten kann. Durch die Bündelung unterschiedlicher fachlicher Perspektiven können Versorgungsprozesse besser

koordiniert und individuelle Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten umfassender berücksichtigt werden (13,15).

1.5.2. Modelle und Formen der Zusammenarbeit

IPC kann in unterschiedlichen organisatorischen Formen umgesetzt werden. Das Spektrum reicht von lockeren Kooperationsstrukturen mit gelegentlichem Informationsaustausch bis hin zu hochintegrierten Teammodellen mit gemeinsamer Verantwortung für die Patientenversorgung (6,19).

Ein häufig beschriebenes Rahmenmodell ist das „Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice“ der WHO, das die koordinierte Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsberufe auf Basis gemeinsamer Zielsetzungen und klar definierter Verantwortlichkeiten beschreibt (13). Wesentliche Elemente dieses Ansatzes sind gegenseitiger Respekt, kontinuierliche Kommunikation sowie die gemeinsame Beteiligung an Entscheidungsprozessen.

Ein weiteres bedeutendes Konzept stellt das „Patient-Centered Medical Home“ (PCMH) dar. Dieses Modell verfolgt einen patientenzentrierten Ansatz, bei dem die Versorgung durch ein koordiniertes Team erfolgt und die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt stehen. Charakteristisch sind eine langfristige Betreuung, strukturierte Kommunikationsprozesse sowie eine enge Abstimmung zwischen den beteiligten Berufsgruppen (20).

Unabhängig vom jeweiligen Modell zeigen Studien, dass der Erfolg der IPC maßgeblich von organisatorischen Rahmenbedingungen, klaren Rollenprofilen und funktionierenden Kommunikationsstrukturen abhängt (17,21). Gleichzeitig können unklare Zuständigkeiten, hierarchische Strukturen oder fehlende Anreizsysteme die Zusammenarbeit erschweren (21). In Österreich finden sich stärker integrierte Formen der Zusammenarbeit vor allem in Primärversorgungseinheiten (PVE), während in vielen Einzelordinationen weiterhin weniger strukturierte Kooperationsformen vorherrschen (22). Die Weiterentwicklung interprofessioneller Modelle wird daher als wichtiger Schritt angesehen, um die zukünftige Primärversorgung nachhaltig zu stärken (6).

1.6. Rolle der Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege

DGKP nehmen in vielen Gesundheitssystemen eine zentrale Rolle in der Primärversorgung ein. Ihr Tätigkeitsbereich umfasst gesundheitsfördernde, präventive, beratende sowie pflegerische und koordinierende Aufgaben und reicht bis zur Mitwirkung an diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen im ambulanten Setting (23,24). Ihre Einbindung wird zunehmend

als wesentlicher Bestandteil einer bedarfsgerechten Primärversorgung betrachtet, da sie gezielte Unterstützung bei der Betreuung komplexer Krankheitsbilder leisten können. International sind Pflegefachpersonen in zahlreichen Ländern, darunter Kanada, Australien, das Vereinigte Königreich und die Niederlande, fest in hausärztliche Versorgungsstrukturen integriert (23,25). Sie übernehmen dort eigenständige Aufgabenbereiche und arbeiten eng mit Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern zusammen (25,26). Ziel dieser Zusammenarbeit ist einerseits die Sicherstellung einer kontinuierlichen Versorgung und andererseits die Entlastung der ärztlichen Berufsgruppen durch eine bedarfsgerechte Aufgabenverteilung.

Im österreichischen Gesundheitssystem ist die Integration von DGKP in den niedergelassenen Bereich bislang weniger stark ausgeprägt. Die ambulante Versorgung ist traditionell ärztlich geprägt, wodurch pflegerische Kompetenzen im Vergleich zu anderen Staaten der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) bislang nur eingeschränkt genutzt werden (27,28). Gleichzeitig bestehen durch das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) rechtliche Grundlagen für eine Zusammenarbeit in Bereichen wie Gesundheitsförderung, Beratung, Wundmanagement sowie der Betreuung chronisch erkrankter Patientinnen und Patienten (29).

Die zunehmende Bedeutung von Pflegefachpersonen in der Primärversorgung ist eng mit internationalen Entwicklungen verbunden, die eine stärkere interprofessionelle Zusammenarbeit und einen erweiterten Skill-Mix innerhalb von Versorgungsteams fördern. Dabei werden Aufgaben entsprechend den jeweiligen Kompetenzen der Berufsgruppen verteilt, um Versorgungsprozesse effizienter zu gestalten und vorhandene Ressourcen gezielter einzusetzen (23,26). Pflegefachpersonen übernehmen in diesem Zusammenhang nicht nur pflegerische Tätigkeiten, sondern fungieren vielfach auch als koordinierende Schnittstelle zwischen Patientinnen und Patienten sowie den beteiligten Gesundheitsberufen.

Studien zeigen, dass die Einbindung von DGKP mit positiven Effekten auf Versorgungsqualität, Patientenzufriedenheit und die Nutzung präventiver Leistungen verbunden ist (24). Darüber hinaus kann durch die Übernahme standardisierter und routinemäßiger Aufgaben eine Entlastung von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern erreicht werden, wodurch zusätzliche Kapazitäten für die Betreuung komplexer Krankheitsbilder entstehen (24–26).

In Österreich gewinnt die Rolle der DGKP insbesondere durch den Ausbau von PVE zunehmend an Bedeutung. Diese schaffen erstmals strukturelle Rahmenbedingungen für eine systematische Einbindung verschiedener Gesundheitsberufe in die Primärversorgung (30,31). Für den österreichischen niedergelassenen Bereich liegen hierzu bislang nur begrenzte empirische Daten vor – eine Lücke, die die vorliegende Arbeit adressiert.

1.6.1. Tätigkeitsbereiche in der Primärversorgung

Das Tätigkeitsfeld der DGKP in der Primärversorgung umfasst ein breites Spektrum präventiver, kurativer, beratender und koordinierender Aufgaben (23,26). Die konkreten Tätigkeiten variieren je nach Versorgungsmodell, rechtlichen Rahmenbedingungen und organisatorischer Einbindung, zeigen jedoch international zahlreiche Gemeinsamkeiten.

Ein wesentlicher Aufgabenbereich liegt in der Betreuung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen. Pflegefachpersonen übernehmen dabei unter anderem regelmäßige Verlaufskontrollen, die Überwachung klinischer Parameter sowie Maßnahmen zur Förderung der Therapieadhärenz. Darüber hinaus führen sie Patientenschulungen durch und unterstützen Betroffene bei notwendigen Lebensstiländerungen (32). Besonders bei Erkrankungen wie Diabetes mellitus, arterieller Hypertonie oder chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen tragen diese Maßnahmen zu einer kontinuierlichen Betreuung und langfristigen Stabilisierung des Krankheitsverlaufs bei.

Neben der Betreuung chronisch Erkrankter kommt der Gesundheitsförderung und Prävention eine wichtige Bedeutung zu. Pflegefachpersonen beraten Patientinnen und Patienten zu Themen wie Ernährung, Bewegung, Rauchstopp oder Krankheitsbewältigung und unterstützen sie bei der Umsetzung gesundheitsfördernder Verhaltensweisen (32,33). Dadurch leisten sie einen wichtigen Beitrag zur Prävention von Folgeerkrankungen und zur Förderung der Gesundheitskompetenz.

Darüber hinaus übernehmen DGKP koordinierende Funktionen innerhalb des Versorgungssystems. Sie organisieren Behandlungsabläufe, begleiten Patientinnen und Patienten durch verschiedene Versorgungsbereiche und fördern den Informationsaustausch zwischen den beteiligten Gesundheitsberufen (17,23,26). Diese koordinierende Rolle gewinnt insbesondere bei multimorbiden Patientinnen und Patienten mit komplexen Versorgungsbedürfnissen an Bedeutung.

In international etablierten Primärversorgungssystemen übernehmen Pflegefachpersonen teilweise erweiterte Aufgabenbereiche. Dazu zählen beispielsweise telefonische Ersteinschätzungen, eigenständige Beratungen und Konsultationen sowie die Betreuung definierter Patientengruppen im Rahmen strukturierter Versorgungsprogramme (28).

Die Grundlage pflegerischen Handelns bildet dabei der Pflegeprozess. Dieser umfasst die systematische Erhebung von Informationen, die Identifikation pflegerelevanter Probleme, die Planung und Durchführung geeigneter Maßnahmen sowie deren kontinuierliche Evaluation. DGKP tragen die Verantwortung für diesen Prozess und bringen darüber hinaus Kompetenzen in den Bereichen Notfallversorgung, Diagnostik, Therapieunterstützung und interprofessionelle Zusammenarbeit ein (29,31). Durch diese strukturierte Vorgehensweise leisten sie einen

wichtigen Beitrag zur Sicherstellung einer kontinuierlichen und qualitativ hochwertigen Versorgung.

Diese Kompetenzbereiche verdeutlichen, dass sich das Tätigkeitsfeld der DGKP nicht ausschließlich auf klassische pflegerische Aufgaben beschränkt. Vielmehr übernehmen Pflegefachpersonen auch koordinierende und beratende Funktionen und leisten einen wichtigen Beitrag zur interprofessionellen Versorgung von Patientinnen und Patienten (31).

Über die beschriebenen Tätigkeitsbereiche hinaus hat sich international das Konzept der Advanced Practice Nursing (APN) etabliert. Darunter werden Pflegefachpersonen mit vertiefter, in der Regel auf Masterniveau erworbener Qualifikation verstanden, die erweiterte klinische Kompetenzen und Entscheidungsbefugnisse besitzen – in einigen Ländern einschließlich der eigenständigen Durchführung von Konsultationen, der Diagnostik im Rahmen definierter Krankheitsbilder sowie eingeschränkter Verschreibungsrechte (23). Zu den international verbreiteten Ausprägungen zählen insbesondere die Rollen der Nurse Practitioner und der Clinical Nurse Specialist, die vor allem im angloamerikanischen Raum, in Kanada und Australien fest in der Primärversorgung verankert sind (21,23,25). Die verfügbare Evidenz deutet darauf hin, dass die Versorgung durch entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen bei ausgewählten Aufgaben zu gleichwertigen oder teilweise besseren Ergebnissen hinsichtlich Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit führen kann (26). In Österreich ist eine der APN vergleichbare Rolle mit erweiterten Befugnissen bislang nicht formal etabliert, und die Übertragung ärztlicher Aufgaben an Pflegefachpersonen erfolgt im internationalen Vergleich nur in geringem Ausmaß (27,28).

1.7. Internationaler Vergleich

Der internationale Vergleich ermöglicht es, unterschiedliche Modelle der Primärversorgung hinsichtlich ihrer organisatorischen Strukturen, ihrer Versorgungsansätze sowie der Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsberufe zu analysieren. Durch die Betrachtung international etablierter Systeme können Erfolgsfaktoren identifiziert und mögliche Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung der Primärversorgung in Österreich abgeleitet werden. Besonders relevant ist dabei die Frage, wie die Zusammenarbeit zwischen Allgemeinmedizin und Pflege in anderen Ländern gestaltet wird und welche strukturellen Voraussetzungen für deren erfolgreiche Umsetzung bestehen.

1.7.1. Beispiele aus ausgewählten Ländern

Internationale Erfahrungen zeigen, dass leistungsfähige Primärversorgungssysteme häufig durch eine starke Koordination der Versorgung, einen niederschweligen Zugang zu Gesundheitsleistungen sowie eine enge Zusammenarbeit unterschiedlicher Gesundheitsberufe gekennzeichnet sind (34). Länder wie Kanada, Australien, das Vereinigte Königreich und die Niederlande werden in der Literatur häufig als Beispiele für eine erfolgreiche Weiterentwicklung der Primärversorgung genannt.

In Kanada erfolgt die Primärversorgung zunehmend innerhalb interprofessioneller Versorgungsstrukturen. Besonders verbreitet sind sogenannte „Family Health Teams“, in denen Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner gemeinsam mit Pflegefachpersonen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern sowie weiteren Gesundheitsberufen tätig sind (35). Ziel dieser Organisationsform ist die koordinierte Betreuung der Patientinnen und Patienten durch ein multiprofessionelles Team. Pflegefachpersonen übernehmen dabei sowohl präventive als auch betreuende und koordinierende Aufgaben innerhalb des Versorgungssystems (35,36). Auch in Australien wurde die Rolle von Pflegefachpersonen in der Primärversorgung in den vergangenen Jahren kontinuierlich ausgebaut. Im Rahmen von „General Practice Nurse Models“ und durch den Einsatz von Nurse Practitioners werden pflegerische Kompetenzen gezielt in die hausärztliche Versorgung integriert (21). Die Zusammenarbeit erfolgt dabei in enger Abstimmung mit den behandelnden Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern und umfasst sowohl die Betreuung chronisch Erkrankter als auch gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen (32).

Das Vereinigte Königreich verfügt über ein stark strukturiertes Primärversorgungssystem, in dem Hausärztinnen und Hausärzte eine zentrale Steuerungsfunktion innerhalb des Gesundheitssystems übernehmen. Im sogenannten Gatekeeping-System erfolgt der Zugang zu spezialisierten Leistungen in der Regel über die Allgemeinmedizin. Pflegefachpersonen sind dabei fest in die Versorgung integriert und übernehmen unter anderem Aufgaben in der Triage, der Betreuung chronisch erkrankter Patientinnen und Patienten sowie in der Durchführung eigenständiger Konsultationen (26,28,37).

Auch die Niederlande weisen eine stark entwickelte, hausarztzentrierte Primärversorgung auf. Die Zusammenarbeit zwischen Allgemeinmedizin und Pflege ist dort seit vielen Jahren etabliert. Pflegefachpersonen übernehmen definierte Aufgabenbereiche im Rahmen strukturierter Versorgungsprogramme und sind insbesondere in die Betreuung chronischer Erkrankungen eingebunden (26,38). Charakteristisch für das niederländische Modell sind klar geregelte Kompetenzbereiche sowie eine enge organisatorische Einbindung der verschiedenen Berufsgruppen.

Trotz unterschiedlicher organisatorischer Ausprägungen zeigen die dargestellten Beispiele gemeinsame Merkmale. Hierzu zählen insbesondere die stärkere Einbindung nichtärztlicher Gesundheitsberufe, klar definierte Rollenverteilungen sowie die koordinierte Betreuung von Patientinnen und Patienten innerhalb multiprofessioneller Teams.

1.7.2. Übertragbarkeit auf Österreich

Die dargestellten internationalen Modelle verdeutlichen, dass eine leistungsfähige Primärversorgung auf klaren organisatorischen Strukturen, einer koordinierten Versorgung sowie einer engen Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsberufe basiert. Insbesondere die Integration von Pflegefachpersonen stellt in vielen Ländern einen festen Bestandteil der Primärversorgung dar und wird durch entsprechende rechtliche, organisatorische und finanzielle Rahmenbedingungen unterstützt (26,28,35,36,39).

Für Österreich ergeben sich daraus mehrere Ansatzpunkte. Dazu zählen insbesondere die stärkere Nutzung vorhandener pflegerischer Kompetenzen, die Förderung der IPC sowie die Weiterentwicklung multiprofessioneller Versorgungsstrukturen. Gleichzeitig zeigen internationale Erfahrungen, dass eine erfolgreiche Umsetzung von klaren Zuständigkeiten, geeigneten Finanzierungsmodellen und einer langfristigen strukturellen Verankerung abhängt (6,30).

Mit dem Ausbau von PVE wurden in Österreich bereits erste Schritte in Richtung multiprofessioneller Versorgung gesetzt (30,31). Im Vergleich zu den dargestellten Ländern erfolgt die Einbindung von DGKP im niedergelassenen Bereich jedoch weiterhin in geringerem Ausmaß (27). Der internationale Vergleich verdeutlicht daher sowohl das Potenzial einer stärkeren Integration von Pflegefachpersonen als auch die Notwendigkeit weiterer struktureller Entwicklungen innerhalb der österreichischen Primärversorgung.

Die dargestellten internationalen Befunde zur Integration von Pflegefachpersonen in die hausärztliche Versorgung stammen überwiegend aus Ländern mit strukturell anders organisierten Gesundheitssystemen. Kanada, Australien und das Vereinigte Königreich verfügen über eine historisch gewachsene Tradition interprofessioneller Versorgungsmodelle sowie über spezifische Finanzierungs- und Vergütungsstrukturen, die eine systematische Einbindung von Pflegefachpersonen begünstigen. Eine unkritische Übertragung dieser Befunde auf den österreichischen Kontext erscheint daher nur bedingt möglich. Das österreichische Gesundheitssystem ist traditionell durch eine stark ärztlich geprägte Einzelordination sowie durch ein Kassensystem gekennzeichnet, das bislang wenig Anreize für interprofessionelle Zusammenarbeit außerhalb von Primärversorgungseinheiten schafft. Internationale Evidenz kann damit zwar Orientierung bieten und Potenziale aufzeigen, bedarf jedoch einer kritischen Einordnung in den spezifischen strukturellen, rechtlichen und kulturellen Kontext Österreichs.

1.8. Förder- und Hemmfaktoren

Die erfolgreiche Umsetzung von IPC wird von einer Vielzahl unterschiedlicher Einflussfaktoren bestimmt. Neben strukturellen Rahmenbedingungen spielen auch individuelle, organisationale und kulturelle Aspekte eine wesentliche Rolle. Die Literatur zeigt, dass das Gelingen interprofessioneller Versorgungsmodelle nicht allein von den beteiligten Berufsgruppen abhängt, sondern maßgeblich durch organisatorische Voraussetzungen, Kommunikationsstrukturen und die Bereitschaft zur Zusammenarbeit beeinflusst wird (6,19,40).

1.8.1. Strukturelle Faktoren

Strukturelle Rahmenbedingungen bilden die Grundlage für eine erfolgreiche IPC. Hierzu zählen insbesondere rechtliche Vorgaben, organisatorische Strukturen, personelle Ressourcen sowie Finanzierungs- und Vergütungssysteme. Studien zeigen, dass klar definierte Aufgabenbereiche, verbindliche Zuständigkeiten und geeignete organisatorische Rahmenbedingungen wesentliche Voraussetzungen für eine funktionierende Zusammenarbeit darstellen (6,19).

In Versorgungssystemen mit etablierten multiprofessionellen Strukturen sind diese Voraussetzungen häufig bereits vorhanden. So ermöglichen beispielsweise Primärversorgungseinheiten durch standardisierte Abläufe, gemeinsame Dokumentationssysteme sowie regelmäßige Team- und Fallbesprechungen eine koordinierte Zusammenarbeit unterschiedlicher Gesundheitsberufe (41). Durch die räumliche und organisatorische Nähe der beteiligten Berufsgruppen können Kommunikationswege verkürzt und Versorgungsprozesse effizienter gestaltet werden.

Demgegenüber bestehen insbesondere im niedergelassenen Bereich häufig strukturelle Herausforderungen. Fehlende finanzielle Anreizsysteme, begrenzte personelle Ressourcen sowie die bislang geringe institutionelle Verankerung multiprofessioneller Teams können die Umsetzung interprofessioneller Modelle erschweren (19,21). Darüber hinaus wird die ambulante Versorgung in Österreich traditionell stark ärztlich geprägt, wodurch andere Gesundheitsberufe oftmals nur eingeschränkt in bestehende Versorgungsstrukturen eingebunden sind (27).

Auch infrastrukturelle Faktoren beeinflussen die Möglichkeiten zur Zusammenarbeit. Hierzu zählen beispielsweise die regionale Verfügbarkeit von Gesundheits- und Sozialberufen, räumliche Gegebenheiten sowie bestehende Vernetzungsstrukturen. Insbesondere in ländlichen Regionen können personelle Engpässe und größere Distanzen zwischen den beteiligten Akteurinnen und Akteuren die Zusammenarbeit zusätzlich erschweren (6,19).

Neben diesen Hemmfaktoren können geeignete politische und organisatorische Rahmenbedingungen die Entwicklung interprofessioneller Versorgungsmodelle gezielt fördern.

Dazu zählen insbesondere langfristige Finanzierungsmodelle, klare Kompetenzregelungen sowie die institutionelle Unterstützung multiprofessioneller Teams (6,30).

1.8.2. Individuelle und organisationale Faktoren

Neben strukturellen Voraussetzungen spielen individuelle und organisationale Faktoren eine zentrale Rolle für das Gelingen der IPC. Hierzu zählen insbesondere Einstellungen, Erfahrungen und Kompetenzen der beteiligten Berufsgruppen sowie die innerhalb einer Organisation gelebte Teamkultur (19,40).

Eine wesentliche Voraussetzung erfolgreicher Zusammenarbeit ist das gegenseitige Verständnis der jeweiligen Rollen und Kompetenzen. Studien zeigen, dass Vertrauen, Wertschätzung und Respekt zwischen den beteiligten Berufsgruppen entscheidende Faktoren für eine funktionierende Zusammenarbeit darstellen (42). Fehlt ein gemeinsames Rollenverständnis, können Unsicherheiten, Kompetenzkonflikte oder ineffiziente Arbeitsabläufe entstehen. Von besonderer Bedeutung sind darüber hinaus Kommunikationsstrukturen. Regelmäßiger fachlicher Austausch, transparente Entscheidungsprozesse und klar definierte Kommunikationswege fördern die Zusammenarbeit und tragen dazu bei, Missverständnisse zu vermeiden (43). Insbesondere bei der Betreuung komplexer oder chronisch erkrankter Patientinnen und Patienten ist eine kontinuierliche Abstimmung zwischen den beteiligten Berufsgruppen erforderlich.

Ein weiterer Einflussfaktor ist die Bereitschaft der Beteiligten, neue Formen der Zusammenarbeit zu akzeptieren und bestehende Rollenbilder weiterzuentwickeln. Studien zeigen, dass traditionelle hierarchische Strukturen und eine starke berufsgruppenspezifische Abgrenzung die Entwicklung interprofessioneller Versorgungsmodelle erschweren können (17,21).

Demgegenüber fördern Offenheit gegenüber neuen Aufgabenverteilungen sowie gemeinsame Zielvorstellungen die erfolgreiche Integration verschiedener Berufsgruppen in den Versorgungsprozess.

Auch Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen tragen wesentlich zum Gelingen interprofessioneller Zusammenarbeit bei. Eine frühzeitige Vermittlung von Kompetenzen in den Bereichen Kommunikation, Teamarbeit und Rollenverständnis kann dazu beitragen, die Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen nachhaltig zu verbessern (15,18).

Zusammenfassend zeigt sich, dass die erfolgreiche Umsetzung interprofessioneller Zusammenarbeit sowohl von geeigneten strukturellen Rahmenbedingungen als auch von individuellen und organisationalen Faktoren abhängt. Erst das Zusammenspiel dieser Einflussgrößen ermöglicht eine nachhaltige Integration verschiedener Gesundheitsberufe in die

Primärversorgung und schafft die Voraussetzungen für eine qualitativ hochwertige, patientenorientierte Versorgung (6,40).

1.9. Strukturen der Primärversorgung in Österreich

Primärversorgung bildet einen wesentlichen Bestandteil des österreichischen Gesundheitssystems und stellt für die Bevölkerung in der Regel die erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Anliegen dar. Im internationalen Vergleich ist die österreichische Primärversorgung traditionell durch eine starke Ausrichtung auf die allgemeinmedizinische Versorgung in Einzelordinationen gekennzeichnet (44,45). Dieses Versorgungsmodell ermöglicht eine wohnortnahe Betreuung sowie langfristige Arzt-Patient-Beziehungen, steht jedoch zunehmend vor strukturellen Herausforderungen.

Zu den zentralen Herausforderungen zählen insbesondere regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte, die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen sowie die Anpassung der Versorgungsstrukturen an veränderte demographische und gesundheitliche Anforderungen (5). Gleichzeitig wird seit mehreren Jahren die Notwendigkeit betont, die Primärversorgung stärker zu koordinieren und die Zusammenarbeit unterschiedlicher Gesundheitsberufe auszubauen (5).

Vor diesem Hintergrund wurden in Österreich verschiedene Reformmaßnahmen zur Stärkung der Primärversorgung umgesetzt. Von besonderer Bedeutung ist dabei die Einführung von Primärversorgungseinheiten, die eine multiprofessionelle und koordinierte Versorgung ermöglichen sollen (46). Im Gegensatz zu traditionellen Versorgungsformen arbeiten dort verschiedene Gesundheits- und Sozialberufe innerhalb gemeinsamer Strukturen zusammen und übernehmen definierte Aufgaben in der Betreuung der Patientinnen und Patienten (41,47).

Trotz dieser Entwicklungen erfolgt die allgemeinmedizinische Versorgung weiterhin überwiegend in klassischen Einzelordinationen (27,45), während die mittlerweile rund 100

Primärversorgungseinheiten erst einen vergleichsweise kleinen Teil der Bevölkerung versorgen (46). Die österreichische Primärversorgung befindet sich daher gegenwärtig in einer Übergangsphase zwischen traditionellen und multiprofessionellen Versorgungsmodellen.

Das European Health Observatory on Health Systems and Policies beschreibt das österreichische Gesundheitssystem als vergleichsweise stark fragmentiert und gleichzeitig kostenintensiv. Vor diesem Hintergrund wird eine stärkere Ausrichtung auf die Primärversorgung sowie eine verbesserte Abstimmung zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen empfohlen (27,45).

Im Hinblick auf die IPC zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Organisationsformen der Primärversorgung. Während in PVE klare rechtliche und organisatorische Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen bestehen, ist diese in vielen Einzel- und Gruppenordinationen weiterhin nur eingeschränkt strukturell verankert (6,48).

Die Primärversorgung in Österreich wird gegenwärtig durch unterschiedliche Organisationsformen geprägt. Neben den in den vergangenen Jahren etablierten PVE stellen klassische Einzel- und Gruppenordinationen weiterhin die wichtigsten Versorgungsformen dar. Beide Modelle unterscheiden sich hinsichtlich ihrer organisatorischen Struktur, der Einbindung weiterer Gesundheitsberufe sowie der Möglichkeiten zur IPC (5,46).

1.9.1. Primärversorgungseinheiten

PVE stellen eine zentrale Reformmaßnahme zur Weiterentwicklung der Primärversorgung in Österreich dar. Sie sind als multiprofessionelle Versorgungsstrukturen konzipiert, in denen verschiedene Gesundheitsberufe gemeinsam an der Betreuung der Patientinnen und Patienten beteiligt sind (46). Ziel ist es, eine umfassende, koordinierte und niederschwellige Versorgung sicherzustellen.

Die Zusammensetzung der Teams ist gesetzlich geregelt und umfasst ein multiprofessionelles Kernteam aus Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner, DGKP sowie Ordinationsassistenten. Ergänzend können je nach regionalem Versorgungsbedarf weitere Gesundheits- und Sozialberufe wie Physiotherapie, Psychotherapie, Diätologie oder Sozialarbeit eingebunden werden (48,49). Dadurch wird eine umfassende Betreuung ermöglicht, die medizinische, pflegerische und psychosoziale Aspekte gleichermaßen berücksichtigt (49). Auch auf vertraglicher Ebene wird die Zusammenarbeit klar geregelt. Der Gesamtvertrag mit der österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) definiert unter anderem multiprofessionelle Teamarbeit, koordinierte Versorgung, regelmäßige Team- und Fallbesprechungen sowie gemeinsame Dokumentationsprozesse als wesentliche Bestandteile der Leistungserbringung (41).

PVE sollen insbesondere bei der Betreuung chronisch erkrankter und multimorbider Patientinnen und Patienten Vorteile bieten und die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen fördern (46,49).

Gleichzeitig ist ihre Verbreitung in Österreich weiterhin begrenzt und regional unterschiedlich ausgeprägt (50). Während in einzelnen Bundesländern bereits eine vergleichsweise hohe Anzahl an Einheiten etabliert wurde, besteht in anderen Regionen ein deutlich geringeres

Angebot. Daraus ergeben sich Unterschiede hinsichtlich des Zugangs zu multiprofessioneller Primärversorgung innerhalb Österreichs (51).

1.9.2. Einzelordinationen

Die Einzelordination stellt nach wie vor die häufigste Organisationsform der allgemeinmedizinischen Versorgung in Österreich dar (52). Die hausärztliche Tätigkeit erfolgt teils in Einzelordinationen, teils in multiprofessionellen Teams gemeinsam mit anderen Gesundheits- und Sozialberufen, wie sie insbesondere in Gruppenpraxen und PVE anzutreffen sind. Alle drei Organisationsformen sind Teil der Primärversorgung und fungieren als erste Anlaufstelle für gesundheitliche Anliegen der Bevölkerung (52). Im Unterschied zu multiprofessionellen Versorgungsstrukturen ist die Einzelordination durch eine überwiegend ärztlich geprägte Versorgung gekennzeichnet, in der die Allgemeinmedizinerin oder der Allgemeinmediziner die zentrale Rolle in der Patientenbetreuung übernimmt (5,53).

Die personelle Struktur einer Einzelordination umfasst in der Regel neben der Ärztin oder dem Arzt Ordinationsassistentinnen und Ordinationsassistenten, die administrative und unterstützende Aufgaben übernehmen. Anders als in PVE, deren multiprofessionelles Kernteam gesetzlich definiert ist (48), ist die Einbindung weiterer Gesundheitsberufe, insbesondere DGKP, in Einzelordinationen nicht verpflichtend vorgeschrieben und erfolgt, sofern überhaupt, auf freiwilliger Basis und in unterschiedlichem Ausmaß. Eine strukturelle Verankerung interprofessioneller Zusammenarbeit fehlt in diesem Versorgungsmodell weitgehend (6).

Mit dem im ÖSG vorgesehenen weiteren Ausbau der PVE dürfte die Bedeutung der Einzelordination insbesondere in Ballungsräumen künftig abnehmen (5,52). Dennoch bleibt sie gerade in ländlichen und strukturschwachen Regionen weiterhin unverzichtbar für die wohnortnahe Grundversorgung der Bevölkerung (5,53).

Trotz ihrer dominanten Stellung im österreichischen Versorgungssystem ist die Einzelordination hinsichtlich interprofessioneller Zusammenarbeit bislang deutlich weniger untersucht als PVE. Gerade für die Einzelordination als häufigste Versorgungsform fehlen damit systematische Erkenntnisse darüber, ob und wie DGKP eingebunden werden – und wie Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner diese Zusammenarbeit erleben (6).

1.10. Aktuelle Herausforderungen und Forschungslücken

Die österreichische Primärversorgung steht in den kommenden Jahren vor der Herausforderung, einen wachsenden Versorgungsbedarf mit einem gleichzeitig sinkenden ärztlichen Angebot zu bewältigen. Die folgende Tabelle stellt die prognostizierte Entwicklung von Versorgungsbedarf

und ärztlichem Angebot in der österreichischen Allgemeinmedizin bis zum Jahr 2030 gegenüber. Die Daten basieren auf einer Prognose der GÖG aus dem Jahr 2012 und stellen zum gegenwärtigen Zeitpunkt die detaillierteste verfügbare Schätzung für diesen Zeitraum dar.

Tabelle 1.1: Bedarf und Angebot in der Allgemeinmedizin in Österreich bis 2030 (2)

Jahr	Bedarf an ärztlicher Versorgung	Verfügbares ärztliches Angebot	Erwartete Entwicklung
2010	100 %	100 %	Ausgangssituation
2020	108 %	95 %	Beginnende Versorgungslücke
2030	116 %	81 %	Lücke von rund 35 Prozentpunkten

Die prognostizierte Entwicklung zeigt, dass der Bedarf an allgemeinmedizinischer Versorgung bis zum Jahr 2030 deutlich ansteigen wird, während gleichzeitig ein Rückgang des verfügbaren ärztlichen Angebots erwartet wird (2). Daraus ergibt sich eine zunehmende Versorgungslücke, die durch traditionelle Versorgungsstrukturen allein nur schwer kompensiert werden kann. Vor diesem Hintergrund gewinnen neue Versorgungsmodelle sowie die stärkere Einbindung weiterer Gesundheitsberufe zunehmend an Bedeutung.

Trotz verschiedener Reformmaßnahmen bestehen in der österreichischen Primärversorgung weiterhin strukturelle und organisatorische Herausforderungen. Diese betreffen insbesondere die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung, regionale Unterschiede in der Verfügbarkeit von Gesundheitsleistungen sowie die Umsetzung von IPC außerhalb etablierter PVE (5). Während für Primärversorgungseinheiten bereits rechtliche und organisatorische Rahmenbedingungen für multiprofessionelle Zusammenarbeit geschaffen wurden, ist deren Umsetzung in klassischen Einzel- und Gruppenordinationen bislang deutlich weniger untersucht. Insbesondere die Einbindung von DGKP erfolgt in diesen Versorgungsformen weiterhin in unterschiedlichem Ausmaß (6,27).

Vorliegende Studien zeigen zwar grundsätzlich positive Einstellungen gegenüber der IPC, weisen jedoch gleichzeitig auf bestehende Barrieren hin. Hierzu zählen unter anderem unklare

Rollenverteilungen, begrenzte personelle Ressourcen, organisatorische Hürden sowie fehlende Möglichkeiten für einen regelmäßigen Austausch zwischen den Berufsgruppen (6,54).

Darüber hinaus zeigen Untersuchungen, dass strukturierte Formen der Zusammenarbeit im niedergelassenen Bereich bislang vergleichsweise selten sind und häufig von persönlichen Kontakten oder individuellen Initiativen abhängen (55). Dadurch bestehen weiterhin Wissenslücken hinsichtlich der tatsächlichen Umsetzung der IPC in der österreichischen Allgemeinmedizin.

Trotz einer wachsenden internationalen Evidenz zur interprofessionellen Zusammenarbeit in der Primärversorgung besteht für den österreichischen niedergelassenen Bereich eine deutliche Forschungslücke. Vorliegende Studien beziehen sich überwiegend auf

Primärversorgungseinheiten oder internationale Versorgungssysteme und lassen Aussagen über die Situation in klassischen Einzel- und Gruppenordinationen weitgehend offen (6,27).

Insbesondere fehlen systematische Daten darüber, in welchem Ausmaß diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen aktuell in allgemeinmedizinischen Ordinationen tätig sind, welche Aufgaben sie übernehmen und wie Allgemeinmedizinerinnen und

Allgemeinmediziner deren Einbindung bewerten. Atalaia et al. (6) liefern zwar qualitative Erkenntnisse zu Herausforderungen interprofessioneller Zusammenarbeit in österreichischen Primärversorgungseinheiten, quantitative Daten zur Verbreitung und Ausgestaltung dieser Zusammenarbeit im niedergelassenen Bereich fehlen jedoch bislang. Die vorliegende

Untersuchung setzt an dieser Lücke an und verfolgt das Ziel, erstmals systematische empirische Daten zur Zusammenarbeit zwischen Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern und DGKP in österreichischen Ordinationen zu erheben.

Diese Forschungslücken bilden den Ausgangspunkt der vorliegenden Untersuchung und begründen die Relevanz einer systematischen Erhebung zur Zusammenarbeit zwischen Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern sowie DGKP in Österreich.

2. Relevanz und Forschungsfrage

Die vorangegangenen Ausführungen zeigen, dass interprofessionelle Zusammenarbeit international als wirksamer Ansatz zur Bewältigung von Versorgungsherausforderungen gilt und dass Pflegefachpersonen in vielen Ländern bereits fest in die hausärztliche Versorgung integriert sind. Gleichzeitig verdeutlichen die dargestellten Förder- und Hemmfaktoren, dass das Gelingen solcher Modelle maßgeblich von strukturellen, individuellen und organisationalen Voraussetzungen abhängt. Für Österreich fehlen jedoch systematische Daten darüber, wie diese theoretisch beschriebenen Rahmenbedingungen in der Praxis erlebt werden und in welchem Ausmaß eine Zusammenarbeit zwischen Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern und diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen tatsächlich stattfindet. Die vorliegende Untersuchung greift diese Lücke auf und überträgt die theoretischen Erkenntnisse in eine empirische Fragestellung, die konkret auf den österreichischen niedergelassenen Bereich ausgerichtet ist. Aufbauend auf den dargestellten theoretischen Grundlagen sowie der aktuellen Situation der Primärversorgung in Österreich wird im Folgenden die Relevanz der Thematik erläutert und die zentrale Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit formuliert.

2.1. Begründung der Relevanz

Die österreichische Primärversorgung steht vor vielfältigen Herausforderungen. Hierzu zählen insbesondere der zunehmende Mangel an Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern, regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte sowie die steigende Zahl chronisch erkrankter und multimorbider Patientinnen und Patienten. Diese Entwicklungen führen zu einem wachsenden Bedarf an koordinierten, effizienten und patientenorientierten Versorgungsstrukturen.

Internationale Erfahrungen zeigen, dass IPC einen wichtigen Beitrag zur Bewältigung dieser Herausforderungen leisten kann. Insbesondere die Einbindung von DGKP ermöglicht eine bessere Aufgabenverteilung innerhalb von Versorgungsteams und kann zur Verbesserung von Behandlungsabläufen, Präventionsmaßnahmen sowie der Betreuung chronisch erkrankter Patientinnen und Patienten beitragen. Gleichzeitig können dadurch zusätzliche Kapazitäten für die allgemeinmedizinische Versorgung geschaffen werden (24,26).

Mit der Einführung von PVE wurden in Österreich erste Schritte zur Förderung multiprofessioneller Versorgungsstrukturen gesetzt. Dennoch erfolgt die Einbindung von DGKP im niedergelassenen Bereich bislang in unterschiedlichem Ausmaß. Während in PVE bereits

etablierte Formen der Zusammenarbeit bestehen, ist die Situation in Einzel- und Gruppenordinationen deutlich weniger untersucht (6).

Darüber hinaus zeigt die Literatur, dass für Österreich bislang nur begrenzte empirische Daten darüber vorliegen, wie häufig Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner tatsächlich mit DGKP zusammenarbeiten, welche Aufgaben bereits übertragen werden und welche Faktoren eine stärkere Einbindung fördern oder behindern. Diese Wissenslücke erschwert die evidenzbasierte Weiterentwicklung zukünftiger Versorgungsmodelle (6).

Vor diesem Hintergrund erscheint eine Untersuchung der aktuellen Zusammenarbeit zwischen Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner sowie DGKP von besonderer Relevanz. Die gewonnenen Erkenntnisse können dazu beitragen, bestehende Potenziale zu identifizieren und Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung der österreichischen Primärversorgung aufzuzeigen (5,6).

2.2. Forschungsfrage

Ausgehend von den dargestellten Herausforderungen und den bestehenden Forschungslücken ergibt sich folgende zentrale Forschungsfrage:

In welchem Ausmaß arbeiten Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner in Österreich derzeit mit DGKP zusammen und wie bewerten sie deren Einbindung in die allgemeinmedizinische Versorgung?

2.3. Untergeordnete Fragestellungen

Zur weiteren Differenzierung der Untersuchung ergeben sich folgende Teilfragestellungen:

- In welchem Ausmaß sind DGKP derzeit in österreichischen allgemeinmedizinischen Ordinationen tätig?
- Welche Aufgabenbereiche werden aktuell von DGKP übernommen?
- Welche Vorteile und Herausforderungen sehen Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner in der Zusammenarbeit mit DGKP?
- Welche Faktoren fördern oder hemmen eine erfolgreiche IPC im niedergelassenen Bereich?

3. Methodik

3.1. Studiendesign

Die vorliegende Diplomarbeit basiert auf einem quantitativen, deskriptiven Querschnittsdesign. Ziel der Untersuchung ist die Erfassung des aktuellen Standes der Zusammenarbeit zwischen Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern sowie DGKP in der österreichischen Primärversorgung. Die Studie verfolgte einen explorativen Ansatz und diente der Beschreibung bestehender Strukturen, Erfahrungen und Einstellungen hinsichtlich IPC.

Die Datenerhebung erfolgte mittels einer standardisierten Befragung, die aus einer Online-Erhebung sowie einer ergänzenden telefonischen Befragung bestand. Während die Online-Befragung eine detaillierte Erfassung verschiedener Aspekte der Zusammenarbeit ermöglichte, diente die telefonische Befragung der Erhebung einer zentralen Kernvariable, nämlich des Bestehens einer Zusammenarbeit mit DGKP.

Durch die Kombination beider Erhebungsmethoden soll eine möglichst umfassende Darstellung der aktuellen Versorgungssituation erreicht werden. Die standardisierte Vorgehensweise gewährleistete eine hohe Vergleichbarkeit der erhobenen Daten. Da es sich um ein Querschnittsdesign handelte, erfolgte die Datenerhebung zu einem definierten Zeitpunkt ohne Intervention oder Verlaufsbeobachtung.

3.2. Stichprobe und Rekrutierung

Die Zielpopulation umfasste Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner mit einem aufrechten Kassenvertrag bei der ÖGK. Diese Berufsgruppe wurde ausgewählt, da sie eine zentrale Rolle innerhalb der österreichischen Primärversorgung einnimmt und maßgeblich an der Organisation und Durchführung der ambulanten Patientenversorgung beteiligt ist.

Die Rekrutierung für die Online-Befragung erfolgte über ein öffentlich zugängliches Register der ÖGK. Die Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner wurden schrittweise in Gruppen von jeweils 100 Personen per E-Mail kontaktiert und zur freiwilligen Teilnahme eingeladen, bis 100 Rückmeldungen vorlagen. Insgesamt wurden auf diese Weise 1.250 E-Mails ausgesendet. Die Einladung enthielt Informationen zum Ziel der Studie, zum Ablauf der Datenerhebung sowie einen Link zum Online-Fragebogen.

Ergänzend wurden zufällig ausgewählte Ordinationen aus demselben Register telefonisch kontaktiert. Ziel dieser zusätzlichen Erhebung war die Erweiterung der Datengrundlage hinsichtlich der Frage, ob aktuell eine Zusammenarbeit mit DGKP besteht. Durch dieses Vorgehen konnten auch Informationen von Ordinationen berücksichtigt werden, die nicht an der

ausführlicheren Online-Befragung teilnahmen. Die telefonische Stichprobe wurde nach Bundesländern geschichtet gezogen; je Bundesland wurden 31 bis 40 Ordinationen befragt. Da die Studie explorativen Charakter besaß und eine möglichst breite Erfassung der Zielpopulation angestrebt wurde, wurde keine formale Stichprobenberechnung durchgeführt. Die Auswertung basierte auf den vollständig ausgefüllten Fragebögen beziehungsweise den erfolgreich abgeschlossenen telefonischen Befragungen.

3.3. Erhebungsinstrument

Zur Datenerhebung wurde ein standardisierter, selbst entwickelter Fragebogen eingesetzt, der auf der Forschungsfrage sowie den im theoretischen Teil dargestellten Erkenntnissen basierte. Der Fragebogen umfasst 13 überwiegend geschlossene Fragen und ermöglichte eine strukturierte sowie statistisch auswertbare Datenerhebung.

Erhoben wurden mittels des webbasierten Umfragetools SoSci Survey neben allgemeinen Angaben zur Ordinationsstruktur insbesondere Informationen zur Zusammenarbeit mit DGKP, zu deren Tätigkeitsbereichen sowie zur Einschätzung interprofessioneller Zusammenarbeit. Darüber hinaus kamen Likert-Skalen zum Einsatz, um Einstellungen zur Zusammenarbeit, wahrgenommene Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie die Offenheit gegenüber einer stärkeren Einbindung pflegerischer Kompetenzen differenziert abzubilden.

Erhoben wurde dabei ausschließlich, ob und wie häufig eine Zusammenarbeit mit DGKP besteht. Die organisatorische und finanzielle Ausgestaltung dieser Zusammenarbeit – insbesondere, ob die DGKP in der Ordination angestellt und aus dieser bezahlt wird oder ob eine Kooperation mit extern finanzierten Pflegepersonen (etwa im Rahmen der mobilen Hauskrankenpflege oder in Primärversorgungseinheiten) besteht – wurde bewusst nicht differenziert erfasst. Der Begriff der Zusammenarbeit umfasst in der vorliegenden Arbeit somit ein breites Spektrum von der fest angestellten DGKP bis zur losen, punktuellen Kooperation. Vor Beginn der Datenerhebung wurde der Fragebogen durch die betreuenden Lehrpersonen sowie Kolleginnen und Kollegen hinsichtlich Verständlichkeit, Vollständigkeit und Praktikabilität geprüft und entsprechend angepasst.

Die telefonische Befragung umfasste eine einzelne standardisierte Frage zur aktuellen Zusammenarbeit mit DGKP und diente der ergänzenden Erhebung dieser Kernvariable. Der vollständige Fragebogen befindet sich im Anhang der Arbeit.

3.4. Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte als einmalige standardisierte Befragung über einen Zeitraum von acht Wochen. Die Einladung zur Online-Befragung wurde per E-Mail versendet. Die Teilnahme erfolgte freiwillig und anonym.

Da keine personenbezogenen Daten erhoben wurden, sind weder eine Identifikation einzelner Teilnehmender noch eine gezielte Nachbefragung möglich. Dieses Vorgehen diene dem Schutz der Anonymität und der Vertraulichkeit der erhobenen Daten.

Die Online-Erhebung wurde mittels eines webbasierten Umfragetools durchgeführt, das eine strukturierte Datenspeicherung sowie einen sicheren Export der Daten für die anschließende statistische Auswertung ermöglichte. Die telefonische Befragung erfolgte unabhängig von der Online-Erhebung anhand eines standardisierten Vorgehens und diene ausschließlich der Ergänzung der Datengrundlage hinsichtlich der zentralen Fragestellung zur bestehenden Zusammenarbeit.

3.5. Datenauswertung

Die statistische Auswertung erfolgte in Zusammenarbeit mit einem Statistiker unter Verwendung der Software R (Version 4.6.1). Von den 103 aufgerufenen Online-Fragebögen wurden acht Fragebögen mit auffällig kurzer Bearbeitungszeit (sogenannte Speeder) von der weiteren Analyse ausgeschlossen, sodass 95 auswertbare Fragebögen in die Auswertung eingingen. Die Auswertung erfolgte deskriptiv. Für kategoriale Variablen wurden absolute und relative Häufigkeiten berechnet; bei den Fragen mit Mehrfachnennungen beziehen sich die Prozentangaben jeweils auf die Anzahl der Personen, die die betreffende Frage beantwortet haben. Für die Likert-skalierten Fragen wurden die Häufigkeitsverteilungen der einzelnen Antwortkategorien sowie Mittelwerte und Standardabweichungen berichtet. Fehlende Angaben wurden als fehlende Werte behandelt; Befragte ohne Zusammenarbeit mit DGKP wurden bei den Bewertungsitems zur bestehenden Zusammenarbeit nicht berücksichtigt.

Die Ergebnisse der Online-Befragung wurden nach der Intensität der Zusammenarbeit in drei Gruppen differenziert dargestellt (regelmäßige, gelegentliche und keine Zusammenarbeit). Ausgewählte Merkmale wurden zusätzlich kreuztabellarisch gegenübergestellt, etwa die Organisationsform nach Intensität der Zusammenarbeit. Für altersstratifizierte Auswertungen wurden die fünf erhobenen Altersgruppen aufgrund geringer Zellbesetzungen zu drei Kategorien zusammengefasst (unter 45 Jahre, 45–54 Jahre, 55 Jahre und älter).

Für die Auswertung der telefonischen Befragung wurden die Ordinationen anhand der Einwohnerzahl der Standortgemeinde in vier Größenkategorien (unter 5.000, 5.000–19.999,

20.000–99.999 sowie 100.000 und mehr Einwohnerinnen und Einwohner) sowie nach Bundesland klassifiziert. Die beiden Datensätze wurden getrennt ausgewertet; eine direkte Zusammenführung auf Ebene einzelner Ordinationen erfolgte nicht.

3.6. Ethische Aspekte

Die Durchführung der Studie erfolgte unter Berücksichtigung grundlegender ethischer Prinzipien wissenschaftlichen Arbeitens. Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig und erfolgte nach vorheriger Information über Ziel, Inhalt und Ablauf der Untersuchung. Mit der Teilnahme wurde das Einverständnis zur wissenschaftlichen Auswertung der erhobenen Daten gegeben.

Die Datenerhebung erfolgte vollständig anonym. Es wurden keine personenbezogenen Daten erhoben oder gespeichert, sodass eine Identifikation einzelner Teilnehmender ausgeschlossen ist. Die Verarbeitung der Daten erfolgte ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke unter Einhaltung der geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

Aufgrund des anonymen Studiendesigns und des fehlenden Eingriffs in die Integrität der Teilnehmenden war nach Rücksprache mit dem Betreuer keine Begutachtung durch eine Ethikkommission erforderlich.

4. Ergebnisse

4.1. Ergebnisse der Telefonumfrage

4.1.1. Stichprobenbeschreibung

Im Rahmen der telefonischen Befragung konnten österreichweit 309 allgemeinmedizinische Kassenordinationen erfolgreich befragt werden. Die Stichprobe wurde nach Bundesländern geschichtet gezogen; je Bundesland wurden 31 bis 40 Ordinationen erreicht. Die Ordinationen verteilten sich auf alle neun Bundesländer und auf Gemeinden aller Größenskategorien, von kleinen ländlichen Gemeinden bis zu Großstädten. Erhoben wurde ausschließlich die dichotome Frage, ob in der Ordination derzeit eine Zusammenarbeit mit DGKP besteht; weitere Merkmale der Ordinationen wurden nicht erfasst.

4.1.2. Verbreitung der Zusammenarbeit mit DGKP – Gesamtergebnis

Von den 309 befragten Ordinationen gaben 113 an, mit DGKP zusammenzuarbeiten; dies entspricht einem Anteil von 36,6 % (95-%-Konfidenzintervall: 31–42 %). 196 Ordinationen (63,4 %) verneinten eine Zusammenarbeit (Abbildung 4.1). Damit arbeitete zum Erhebungszeitpunkt gut ein Drittel der befragten Ordinationen mit DGKP zusammen, während die Mehrheit keine entsprechende Kooperation aufwies.

Tabelle 4.1: Ergebnis der Telefonumfrage

	Anzahl	Anteil
Zusammenarbeit mit DGKP (Ja)	113	36,6 %
Keine Zusammenarbeit (Nein)	196	63,4 %
Gesamt	309	100 %

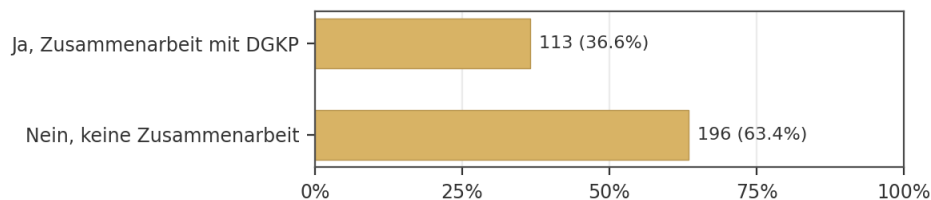


Abbildung 4.1: Ergebnis der Telefonumfrage

4.1.3. Aufschlüsselung nach Gemeindegröße

Bei der Aufschlüsselung nach Gemeindegröße zeigte sich ein deutliches Stadt-Land-Gefälle (Tabelle 4.2, Abbildung 4.2). In kleinen ländlichen Gemeinden (unter 5.000 Einwohnerinnen und Einwohner) und kleinstädtischen Gemeinden (5.000–19.999 Einwohnerinnen und Einwohner) lag der Anteil der Ordinationen mit DGKP-Zusammenarbeit bei 44,4 % bzw. 45,5 % und damit etwa doppelt so hoch wie in städtischen (20.000–99.999 Einwohnerinnen und Einwohner: 22,2 %) und großstädtischen Gemeinden (100.000 und mehr Einwohnerinnen und Einwohner: 21,0 %). Auffallend ist dabei, dass es sich nicht um einen kontinuierlichen Abfall mit zunehmender Gemeindegröße handelte, sondern um einen deutlichen Sprung zwischen Gemeinden unter und über 20.000 Einwohnerinnen und Einwohnern.

Tabelle 4.2: Zusammenarbeit mit DGKP nach Gemeindegröße

Gemeindegröße	n	Zusammenarbeit: Ja	Anteil
Klein ländlich (< 5.000 EW)	124	55	44,4 %
Kleinstädtisch (5.000–19.999 EW)	77	35	45,5 %
Städtisch (20.000–99.999 EW)	27	6	22,2 %
Großstädtisch (≥ 100.000 EW)	81	17	21,0 %
Gesamt	309	113	36,6 %

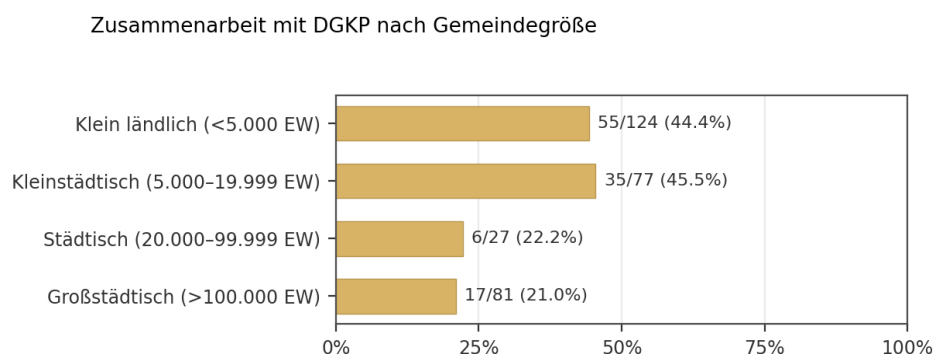


Abbildung 4.2: Anteil der Ordinationen mit DGKP-Zusammenarbeit nach Gemeindegröße

4.1.4. Aufschlüsselung nach Bundesland

Auch zwischen den Bundesländern zeigten sich erhebliche Unterschiede (Tabelle 4.3, Abbildung 4.3). Die höchsten Anteile fanden sich in Salzburg (53,1 %) und im Burgenland (51,6 %), wo jeweils mehr als die Hälfte der befragten Ordinationen mit DGKP

zusammenarbeitete, gefolgt von Oberösterreich (43,2 %) und Kärnten (40,6 %). Am unteren Ende lag mit deutlichem Abstand Wien, wo lediglich 10,0 % der befragten Ordinationen eine Zusammenarbeit angaben. Aufgrund der geringen Teilstichprobengrößen von 31 bis 40 Ordinationen je Bundesland sind die einzelnen Prozentwerte als Näherungswerte zu interpretieren; belastbar sind vor allem die deutlichen Unterschiede zwischen den Bundesländern mit der höchsten und der geringsten Verbreitung.

Tabelle 4.3: Anteil der Ordinationen mit DGKP-Zusammenarbeit nach Bundesland

Bundesland	n	Zusammenarbeit: Ja	Anteil
Salzburg	32	17	53,1 %
Burgenland	31	16	51,6 %
Oberösterreich	37	16	43,2 %
Kärnten	32	13	40,6 %
Steiermark	35	13	37,1 %
Vorarlberg	31	11	35,5 %
Tirol	33	11	33,3 %
Niederösterreich	38	12	31,6 %
Wien	40	4	10,0 %

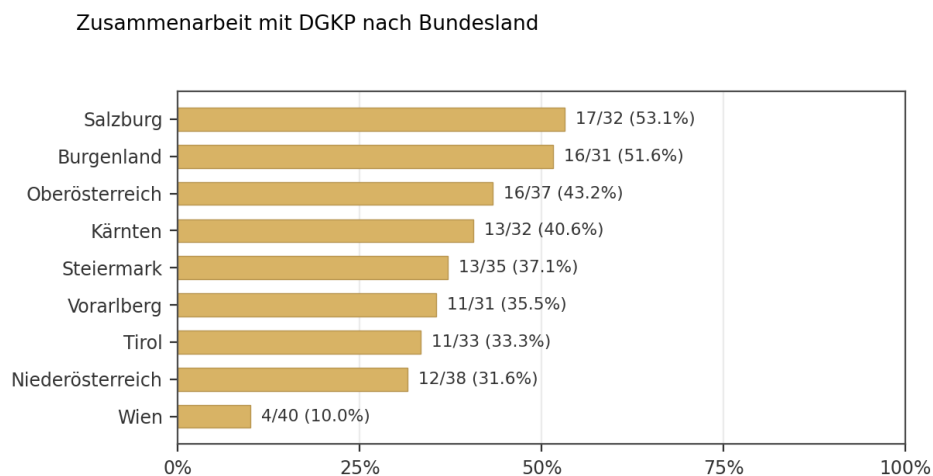


Abbildung 4.3: Anteil der Ordinationen mit DGKP-Zusammenarbeit nach Bundesland

4.1.5. Zusammenfassung der Ergebnisse der telefonischen Befragung

Die telefonische Befragung von 309 allgemeinmedizinischen Kassenordinationen zeigte, dass zum Erhebungszeitpunkt 36,6 % der befragten Ordinationen mit DGKP zusammenarbeiteten, während 63,4 % keine entsprechende Kooperation aufwiesen. Die Aufschlüsselung nach Regionen verdeutlichte erhebliche Unterschiede: Während in Salzburg und im Burgenland mehr als die Hälfte der Ordinationen eine Zusammenarbeit angab, betrug der Anteil in Wien lediglich 10,0 %. Nach Gemeindegröße betrachtet zeigte sich ein ausgeprägtes Stadt-Land-Gefälle mit Anteilen von rund 44–46 % in Gemeinden unter 20.000 Einwohnern gegenüber etwa 21–22 % in städtischen und großstädtischen Regionen. Die Zusammenarbeit zwischen Hausärztinnen bzw. Hausärzten und DGKP war somit bereits verbreitet, variierte jedoch regional und nach Siedlungsstruktur erheblich.

4.2. Ergebnisse der Online-Befragung

4.2.1. Rücklauf und Stichprobenbeschreibung

Im Erhebungszeitraum wurde der Online-Fragebogen von 103 Personen aufgerufen. Nach Ausschluss von acht Fragebögen mit auffällig kurzer Bearbeitungszeit verblieben 95 auswertbare Fragebögen, die die Grundlage der nachfolgenden Auswertung bilden. Bezogen auf die 1.250 versendeten Einladungen entspricht dies einer Rücklaufquote von 7,6 %. Von den 95 Teilnehmenden waren 56 (59 %) weiblich und 37 (39 %) männlich; zwei Personen (2 %) machten keine Angabe zum Geschlecht. Die am stärksten vertretene Altersgruppe war jene der 45- bis 54-Jährigen (42 %), gefolgt von den 35- bis 44-Jährigen (25 %). Hinsichtlich der Organisationsform arbeitete die deutliche Mehrheit in einer Einzelordination (71 %); 13 % waren in einer Primärversorgungseinheit und 12 % in einer Gruppenpraxis tätig, fünf Befragte (5 %) gaben eine andere Organisationsform an. Tabelle 4.4 zeigt die soziodemografischen Merkmale der Stichprobe im Überblick.

Tabelle 4.4: Soziodemografische Merkmale der Teilnehmenden der Online-Befragung

Merkmal	Anzahl (%)
Geschlecht: weiblich	56 (59 %)
Geschlecht: männlich	37 (39 %)
Geschlecht: keine Angabe	2 (2 %)
Alter: unter 35 Jahre	7 (7 %)
Alter: 35–44 Jahre	24 (25 %)
Alter: 45–54 Jahre	40 (42 %)
Alter: 55–64 Jahre	17 (18 %)
Alter: 65 Jahre und älter	7 (7 %)
Einzelordination	67 (71 %)
Gruppenpraxis	11 (12 %)
Primärversorgungseinheit (PVE/PVZ)	12 (13 %)
Andere Organisationsform	5 (5 %)

4.2.2. Verbreitung der Zusammenarbeit mit DGKP

Insgesamt gaben 71 der 95 Befragten (75 %) an, in ihrer Ordination mit DGKP zusammenzuarbeiten: 58 Teilnehmende (61 %) berichteten eine regelmäßige Zusammenarbeit (mehrmals pro Woche), 13 (14 %) eine gelegentliche Zusammenarbeit (weniger als einmal pro Woche). 24 Befragte (25 %) gaben an, derzeit nicht mit DGKP zusammenzuarbeiten (Abbildung 4.4). Die nachfolgenden Ergebnisse werden entsprechend dieser drei Gruppen (regelmäßige, gelegentliche und keine Zusammenarbeit) differenziert dargestellt.

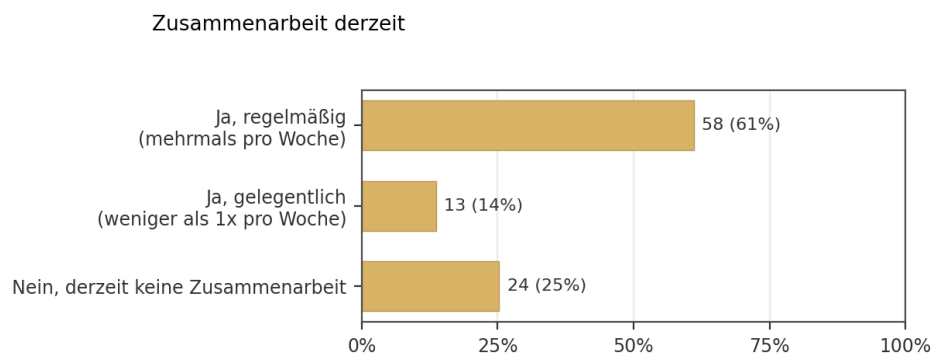


Abbildung 4.4: Zusammenarbeit mit DGKP in der eigenen Ordination

Bei Betrachtung der Zusammenarbeit nach Organisationsform zeigte sich ein deutlicher Zusammenhang: Alle zwölf Befragten aus Primärversorgungseinheiten berichteten eine regelmäßige Zusammenarbeit mit DGKP. Die gelegentlich Kooperierenden waren ausschließlich in Einzelordinationen tätig, und auch die Befragten ohne Zusammenarbeit arbeiteten nahezu vollständig in Einzelordinationen (Tabelle 4.5).

Tabelle 4.5: Organisationsform nach Intensität der Zusammenarbeit

Organisationsform	Regelmäßig (n = 58)	Gelegentlich (n = 13)	Keine (n = 24)
Einzelordination	32 (55 %)	13 (100 %)	22 (92 %)
Gruppenpraxis	9 (16 %)	0	2 (8 %)
Primärversorgungseinheit (PVE/PVZ)	12 (21 %)	0	0
Andere	5 (9 %)	0	0

4.2.3. Bereiche der Zusammenarbeit

Die Befragten mit bestehender Zusammenarbeit wurden nach den Bereichen gefragt, in denen die Zusammenarbeit hauptsächlich erfolgt (Mehrfachnennungen möglich). Tabelle 4.6 und Abbildung 4.5 zeigen die Verteilung getrennt nach regelmäßiger und gelegentlicher Zusammenarbeit.

Tabelle 4.6: Bereiche der Zusammenarbeit mit DGKP nach Intensität der Zusammenarbeit

Bereich	Regelmäßig (n = 58)	Gelegentlich (n = 12)
Wundversorgung	53 (91 %)	8 (67 %)
Diagnostische Tätigkeiten (z. B. Blutabnahme, EKG, Abstriche)	48 (83 %)	3 (25 %)
Präventionsangebote (z. B. Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen)	42 (72 %)	0
Chronische Krankheitsbetreuung	41 (71 %)	7 (58 %)
Administrative Tätigkeiten	41 (71 %)	1 (8 %)
Gesundheitsberatung	28 (48 %)	0
Andere	3 (5 %)	0

In beiden Gruppen war die Wundversorgung der am häufigsten genannte Bereich. Bei regelmäßiger Zusammenarbeit zeigte sich darüber hinaus ein breites Aufgabenspektrum: Diagnostische Tätigkeiten, Präventionsangebote, die chronische Krankheitsbetreuung und administrative Tätigkeiten wurden jeweils von rund drei Vierteln dieser Gruppe genannt, die Gesundheitsberatung von knapp der Hälfte. Bei gelegentlicher Zusammenarbeit beschränkte sich die Kooperation dagegen überwiegend auf die Wundversorgung und die chronische Krankheitsbetreuung, während Präventionsangebote und Gesundheitsberatung nicht genannt wurden. Eine intensivere Zusammenarbeit ging somit mit einem deutlich breiteren Tätigkeitsspektrum der DGKP einher.

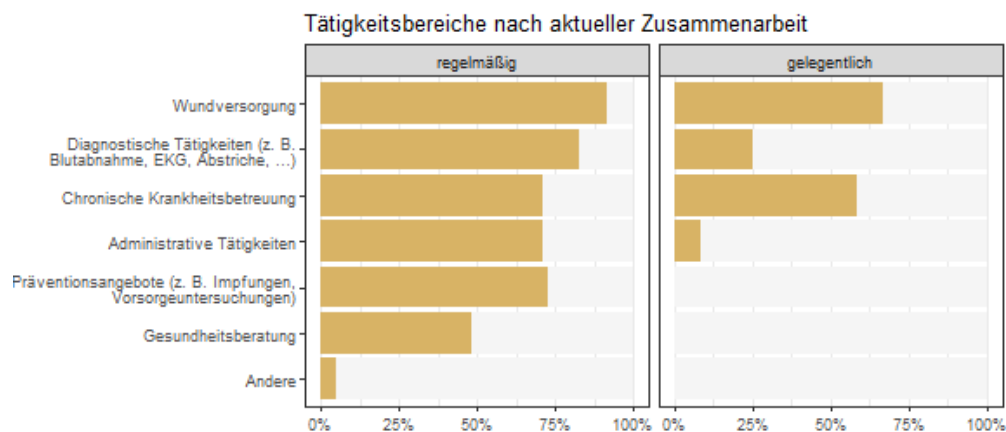


Abbildung 4.5: Bereiche der Zusammenarbeit nach Intensität der Zusammenarbeit

4.2.4. Bewertung der bestehenden Zusammenarbeit

Die Befragten mit bestehender Zusammenarbeit bewerteten diese anhand von drei Items auf fünfstufigen Skalen (1 = bestmögliche bis 5 = schlechtestmögliche Ausprägung). Tabelle 4.7 zeigt die Antwortverteilungen und Mittelwerte getrennt nach Intensität der Zusammenarbeit; Befragte ohne Zusammenarbeit wurden bei diesen Items als fehlend behandelt.

Tabelle 4.7: Bewertung der Zusammenarbeit mit DGKP nach Intensität der Zusammenarbeit

Gruppe	Item	1	2	3	4	5	M ± SD
Regelmäßig	Zufriedenheit	37 (66 %)	5 (9 %)	4 (7 %)	2 (4 %)	8 (14 %)	1,9 ± 1,5
Regelmäßig	Versorgungsqualität	39 (74 %)	9 (17 %)	3 (6 %)	0	2 (4 %)	1,4 ± 0,9
Regelmäßig	Prävention	17 (34 %)	11 (22 %)	22 (44 %)	0	0	2,1 ± 0,9
Gelegentlich	Zufriedenheit	6 (50 %)	3 (25 %)	1 (8 %)	1 (8 %)	1 (8 %)	2,0 ± 1,3
Gelegentlich	Versorgungsqualität	4 (36 %)	3 (27 %)	2 (18 %)	1 (9 %)	1 (9 %)	2,3 ± 1,3
Gelegentlich	Prävention	0	1 (12 %)	7 (88 %)	0	0	2,9 ± 0,4

Die Zusammenarbeit wurde in beiden Gruppen überwiegend positiv bewertet. Bei regelmäßiger Zusammenarbeit wählten zwei Drittel der Antwortenden die bestmögliche Zufriedenheitsbewertung, und drei Viertel nahmen eine deutliche Verbesserung der Versorgungsqualität wahr; zugleich zeigte sich eine kleine Gruppe ausgeprägt Unzufriedener. Bei gelegentlicher Zusammenarbeit fielen die Bewertungen etwas verhaltener aus. Hinsichtlich der Inanspruchnahme präventiver Leistungen berichtete mehr als die Hälfte der regelmäßig Kooperierenden eine Zunahme, während die gelegentlich Kooperierenden überwiegend keine Veränderung wahrnahmen. Eine Abnahme präventiver Leistungen wurde in keiner Gruppe angegeben.

4.2.5. Hürden für eine intensivere Zusammenarbeit

Nach den größten Hürden für eine intensivere Zusammenarbeit mit DGKP wurden alle Befragten gefragt (Mehrfachnennungen möglich). Tabelle 4.8 und Abbildung 4.6 zeigen die Nennungen getrennt nach den drei Gruppen.

Tabelle 4.8: Wahrgenommene Hürden für eine intensivere Zusammenarbeit nach Gruppen

Hürde	Regelmäßig (n = 52)	Gelegentlich (n = 11)	Keine (n = 24)
Fehlende finanzielle Ressourcen	25 (48 %)	7 (64 %)	18 (75 %)
Mangel an verfügbaren DGKP	19 (37 %)	8 (73 %)	8 (33 %)
Unklare rechtliche Rahmenbedingungen	20 (38 %)	3 (27 %)	5 (21 %)
Keine passende Infrastruktur	8 (15 %)	5 (45 %)	6 (25 %)
Keine Hürden vorhanden	15 (29 %)	0	0
Geringes Interesse auf beiden Seiten	2 (4 %)	0	0
Andere	9 (17 %)	0	4 (17 %)

Fehlende finanzielle Ressourcen stellten in allen drei Gruppen eine zentrale Hürde dar, wobei ihr Gewicht mit abnehmender Kooperationsintensität deutlich zunahm: Bei den Befragten ohne Zusammenarbeit nannten drei Viertel diesen Faktor, bei den regelmäßig Kooperierenden knapp die Hälfte. Der Mangel an verfügbaren DGKP wurde besonders häufig von den gelegentlich Kooperierenden angegeben, während unklare rechtliche Rahmenbedingungen mit zunehmender Kooperationsintensität eher an Bedeutung gewannen. Bemerkenswert ist, dass ausschließlich regelmäßig Kooperierende angaben, keine Hürden wahrzunehmen, und dass ein geringes Interesse auf beiden Seiten insgesamt nur zweimal genannt wurde.

13 Befragte nannten weitere Hürden in Form von Freitextantworten. Darin wurden insbesondere ungeklärte Haftungsfragen und Verantwortungsbereiche, fehlende Standardarbeitsanweisungen, fehlende Förderungen für Einzelordinationen, hohe Gehaltserwartungen von DGKP im Vergleich zum Krankenhausbereich, Spannungen mit bestehenden Ordinationsassistenzen sowie vereinzelt ein fehlender Bedarf bzw. fehlendes eigenes Interesse thematisiert. Die vollständigen Freitextantworten sind im Anhang dargestellt (Tabelle 0.1).

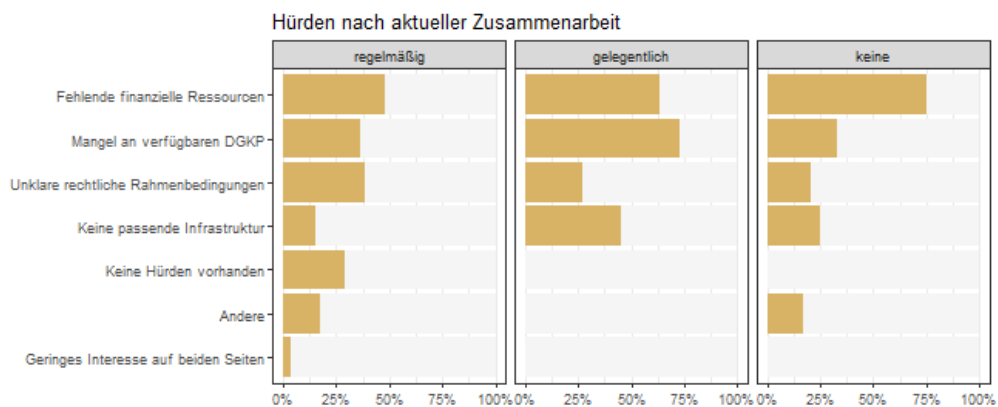


Abbildung 4.6: Wahrgenommene Hürden für eine intensivere Zusammenarbeit nach Gruppen

Zusätzlich wurden die wahrgenommenen Hürden nach Altersgruppen ausgewertet (Tabelle 4.9, Abbildung 4.7). Fehlende finanzielle Ressourcen wurden in allen Altersgruppen etwa gleich häufig genannt. Deutliche Unterschiede zeigten sich hingegen bei den unklaren rechtlichen Rahmenbedingungen, deren Nennung mit dem Alter zunahm und in der Gruppe ab 55 Jahren mehr als die Hälfte der Antwortenden erreichte, während sie bei den unter 45-Jährigen nur von rund einem Fünftel genannt wurde.

Tabelle 4.9: Wahrgenommene Hürden nach Altersgruppen

Hürde	Unter 45 Jahre (n = 27)	45–54 Jahre (n = 37)	55 Jahre und älter (n = 23)
Fehlende finanzielle Ressourcen	15 (56 %)	22 (59 %)	13 (57 %)
Mangel an verfügbaren DGKP	10 (37 %)	16 (43 %)	9 (39 %)
Unklare rechtliche Rahmenbedingungen	5 (19 %)	11 (30 %)	12 (52 %)
Keine passende Infrastruktur	5 (19 %)	7 (19 %)	7 (30 %)
Keine Hürden vorhanden	5 (19 %)	6 (16 %)	4 (17 %)
Geringes Interesse auf beiden Seiten	1 (4 %)	0	1 (4 %)
Andere	5 (19 %)	7 (19 %)	1 (4 %)

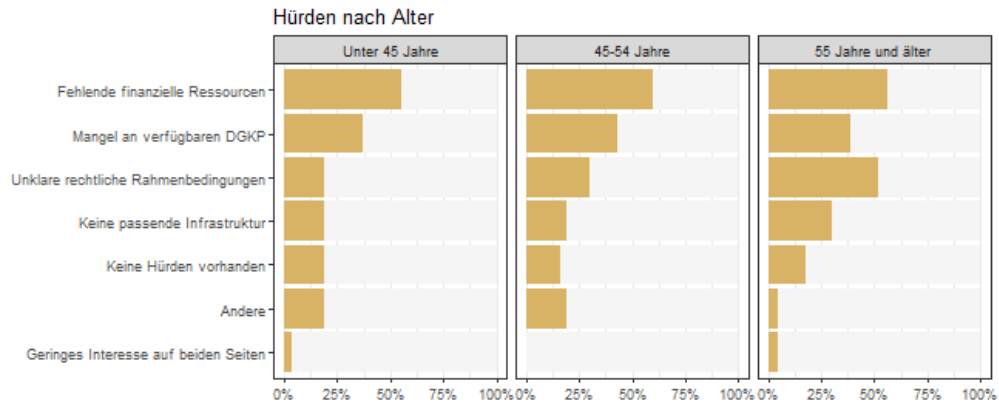


Abbildung 4.7: Wahrgenommene Hürden nach Altersgruppen

4.2.6. Wahrgenommene Vorteile der Zusammenarbeit

Auch die wahrgenommenen Vorteile einer Zusammenarbeit mit DGKP wurden von allen Befragten erhoben (Mehrfachnennungen möglich). Tabelle 4.10 und Abbildung 4.8 zeigen die Verteilung nach Gruppen.

Tabelle 4.10: Wahrgenommene Vorteile der Zusammenarbeit mit DGKP nach Gruppen

Vorteil	Regelmäßig (n = 52)	Gelegentlich (n = 10)	Keine (n = 24)
Entlastung im Arbeitsalltag	47 (90 %)	6 (60 %)	17 (71 %)
Verbesserung der Versorgungsqualität	38 (73 %)	7 (70 %)	13 (54 %)
Erweiterung des Leistungsspektrums	37 (71 %)	4 (40 %)	13 (54 %)
Mehr Zeit für komplexe Patientenfälle	36 (69 %)	4 (40 %)	7 (29 %)
Bessere Betreuung chronisch Erkrankter	36 (69 %)	7 (70 %)	17 (71 %)
Effizientere Praxisorganisation	33 (63 %)	6 (60 %)	4 (17 %)
Verbesserte Patientenzufriedenheit	31 (60 %)	4 (40 %)	7 (29 %)
Bessere Kontinuität der Betreuung	30 (58 %)	4 (40 %)	8 (33 %)
Verkürzung der Wartezeiten	30 (58 %)	5 (50 %)	7 (29 %)
Verbesserung der interprofessionellen Kommunikation	26 (50 %)	5 (50 %)	6 (25 %)
Erhöhte Inanspruchnahme präventiver Leistungen	21 (40 %)	3 (30 %)	3 (12 %)
Keine Vorteile erkennbar	0	1 (10 %)	3 (12 %)
Andere	2 (4 %)	0	0

Die Entlastung im Arbeitsalltag war in allen drei Gruppen der am häufigsten genannte Vorteil und wurde von den regelmäßig Kooperierenden fast durchgängig angegeben. Ebenfalls gruppenübergreifend häufig genannt wurden die bessere Betreuung chronisch Erkrankter und die Verbesserung der Versorgungsqualität. Bei mehreren Vorteilen zeigte sich ein deutliches Gefälle nach Kooperationsintensität: Mehr Zeit für komplexe Patientenfälle, eine effizientere Praxisorganisation, kürzere Wartezeiten und eine erhöhte Inanspruchnahme präventiver Leistungen wurden von den regelmäßig Kooperierenden erheblich häufiger wahrgenommen als von Befragten ohne Zusammenarbeit. Keine Vorteile erkennen konnten insgesamt lediglich vier Befragte, darunter niemand aus der Gruppe mit regelmäßiger Zusammenarbeit.

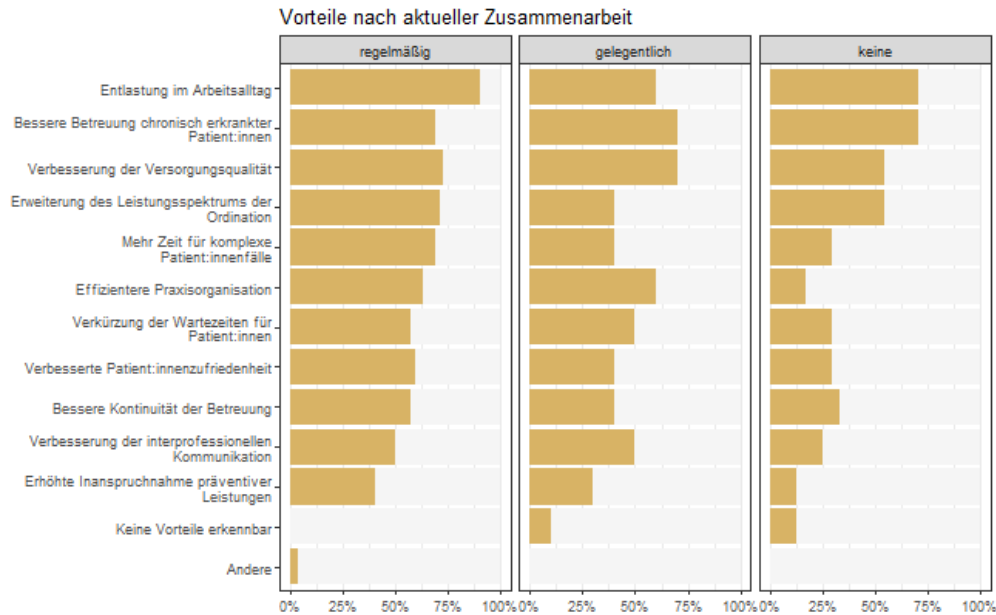


Abbildung 4.8: Wahrgenommene Vorteile der Zusammenarbeit mit DGKP nach Gruppen

4.2.7. Zukunftsperspektiven der Zusammenarbeit

Die Offenheit gegenüber einer engeren zukünftigen Zusammenarbeit mit DGKP war insgesamt hoch: 74 von 86 Antwortenden (86 %) konnten sich diese vorstellen (Antworten „ja, auf jeden Fall“ oder „eher ja“). Tabelle 4.11 zeigt die Verteilung nach Gruppen.

Tabelle 4.11: Mögliche engere zukünftige Zusammenarbeit mit DGKP nach Gruppen

Antwort	Regelmäßig (n = 52)	Gelegentlich (n = 10)	Keine (n = 24)
Ja, auf jeden Fall	38 (73 %)	5 (50 %)	7 (29 %)
Eher ja	11 (21 %)	3 (30 %)	10 (42 %)
Eher nein	2 (4 %)	2 (20 %)	5 (21 %)
Nein	1 (2 %)	0	2 (8 %)

Erwartungskonform war die Offenheit bei den regelmäßig Kooperierenden am höchsten; nahezu alle Befragten dieser Gruppe standen einer engeren Zusammenarbeit positiv gegenüber. Bemerkenswert ist jedoch, dass sich auch von den Befragten ohne aktuelle Zusammenarbeit 17 von 24 (71 %) eine engere zukünftige Zusammenarbeit vorstellen konnten; eine klare Ablehnung war in allen Gruppen selten.

4.2.8. Bekanntheit und Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit APN

Das APN-Konzept war der Mehrheit der Befragten nicht bekannt: 58 von 88 Antwortenden (66 %) gaben an, das Konzept nicht zu kennen, 26 (30 %) hatten davon gehört, und lediglich vier Befragte (5 %) bezeichneten sich als gut vertraut. Nennenswerte Unterschiede zwischen den Kooperationsgruppen zeigten sich dabei nicht; auch unter den regelmäßig Kooperierenden kannten 60 % das Konzept nicht.

Trotz dieser geringen Bekanntheit konnten sich 46 von 88 Antwortenden (52 %) eine zukünftige Zusammenarbeit mit einer APN-Fachkraft mit erweiterter klinischer Kompetenz und Entscheidungsbefugnis vorstellen (22 „ja, auf jeden Fall“, 24 „eher ja“), während zwölf Befragte (14 %) dies eher oder gänzlich ablehnten. 30 Teilnehmende (34 %) gaben an, das Konzept nicht gut genug zu kennen, um dies beurteilen zu können (Abbildung 4.9).

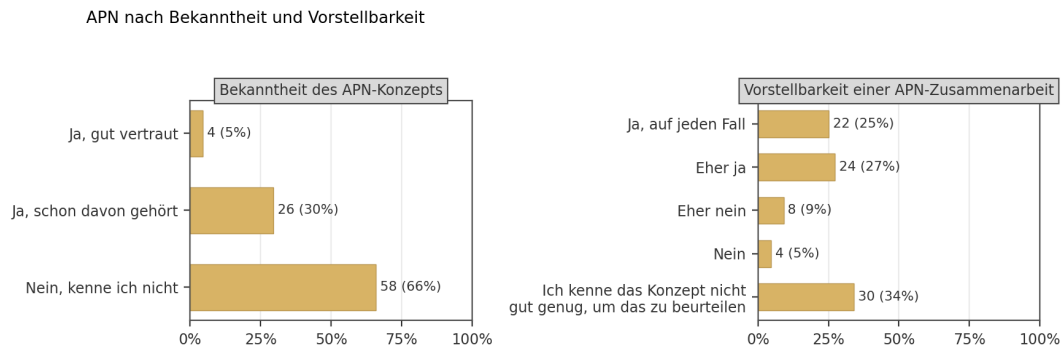


Abbildung 4.9: Bekanntheit des APN-Konzepts und mögliche APN-Zusammenarbeit

4.2.9. Zusammenfassung der Ergebnisse der Online-Befragung

Die Online-Befragung von 95 Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern zeigte, dass drei Viertel der Teilnehmenden mit DGKP zusammenarbeiteten, davon 61 % regelmäßig. Die Zusammenarbeit konzentrierte sich auf die Wundversorgung, diagnostische Tätigkeiten, Präventionsangebote und die chronische Krankheitsbetreuung, wobei eine regelmäßige Zusammenarbeit mit einem deutlich breiteren Aufgabenspektrum einherging als eine gelegentliche. Die bestehende Zusammenarbeit wurde überwiegend positiv bewertet; insbesondere die regelmäßig Kooperierenden nahmen mehrheitlich eine deutliche Verbesserung der Versorgungsqualität und eine Zunahme präventiver Leistungen wahr. Als zentrale Hürden wurden fehlende finanzielle Ressourcen – am stärksten ausgeprägt bei den Befragten ohne Zusammenarbeit –, der Mangel an verfügbaren DGKP und unklare rechtliche Rahmenbedingungen genannt, während ein geringes Interesse praktisch keine Rolle spielte. Die wahrgenommenen Vorteile, allen voran die Entlastung im Arbeitsalltag, wurden

gruppenübergreifend von einer breiten Mehrheit geteilt, und 86 % der Antwortenden standen einer engeren zukünftigen Zusammenarbeit positiv gegenüber – darunter auch 71 % der aktuell nicht Kooperierenden. Das APN-Konzept war hingegen zwei Dritteln der Befragten unbekannt; zugleich signalisierte rund die Hälfte grundsätzliche Offenheit gegenüber einer Zusammenarbeit mit APN-Fachkräften.

Auffällig war schließlich die Diskrepanz zum Ergebnis der telefonischen Befragung: Während dort 36,6 % der Ordinationen eine Zusammenarbeit mit DGKP angaben, lag der entsprechende Anteil in der Online-Stichprobe mit 75 % deutlich höher. Mögliche Ursachen dieser Differenz werden im Rahmen der Limitationen diskutiert.

5. Diskussion

Ziel der vorliegenden Arbeit war es zu untersuchen, in welchem Ausmaß Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner in Österreich derzeit mit DGKP zusammenarbeiten und wie sie deren Einbindung in die allgemeinmedizinische Versorgung bewerten. Die Ergebnisse der beiden Erhebungen zeichnen dabei ein konsistentes Gesamtbild: Die Zusammenarbeit mit DGKP ist im niedergelassenen Bereich bereits verbreitet, wird von den beteiligten Ärztinnen und Ärzten überwiegend positiv bewertet und stößt auf eine breite Offenheit für eine weitere Intensivierung. Zugleich verweisen die identifizierten Hürden auf strukturelle Rahmenbedingungen, die einer flächendeckenden Umsetzung derzeit entgegenstehen. Im Folgenden werden die zentralen Befunde vor dem Hintergrund der nationalen und internationalen Literatur diskutiert.

5.1. Verbreitung der Zusammenarbeit und regionale Unterschiede

Die telefonische Befragung von 309 Ordinationen ergab, dass österreichweit 36,6 % der allgemeinmedizinischen Ordinationen mit DGKP zusammenarbeiten. Dieser Wert dürfte die tatsächliche Verbreitung eher abbilden als die Online-Befragung, in der 75 % der Teilnehmenden eine Zusammenarbeit angaben; auf die dafür maßgebliche Selbstselektion wird im Rahmen der Limitationen eingegangen. Damit arbeitet gut ein Drittel der österreichischen Hausarztordinationen bereits mit diplomiertem Pflegepersonal zusammen – ein Befund, der angesichts der traditionell arztzentrierten Organisation der österreichischen Primärversorgung (45) auf eine bereits relevante Verbreitung interprofessioneller Zusammenarbeit hinweist, zugleich aber deutlich hinter jenen Ländern zurückbleibt, in denen Pflegefachpersonen fest in die hausärztliche Versorgung integriert sind, wie etwa im Vereinigten Königreich oder in den Niederlanden (28,38,39).

Auffallend ist das ausgeprägte Stadt-Land-Gefälle: Während in ländlichen und kleinstädtischen Gemeinden 44–46 % der Ordinationen mit DGKP zusammenarbeiten, sinkt dieser Anteil in städtischen und großstädtischen Regionen auf 21–22 %; in Wien betrug er lediglich 10 %. Dieses Muster könnte sich zum einen mit dem höheren Versorgungsdruck im ländlichen Raum erklären lassen: Wo hausärztliche Kapazitäten knapp sind, entsteht ein unmittelbarer Anreiz zur Delegation und Aufgabenteilung (28,37,53). Zum anderen begünstigen überschaubare regionale Netzwerke mit kurzen, oft informellen Kommunikationswegen das Zustandekommen interprofessioneller Kooperation, wie dies auch für ländliche Regionen der Steiermark beschrieben wurde (54). In Großstädten hingegen dürften die stärker fragmentierten Versorgungsstrukturen, die hohe Dichte an Fachärztinnen und Fachärzten sowie ambulanten

Alternativen und die organisatorische Trennung von ärztlicher Versorgung und Pflege eine Zusammenarbeit auf Ordinationsebene erschweren (27,45).

Eine gegenläufige Entwicklung zeigt sich allerdings innerhalb der städtischen Versorgungslandschaft: Alle in der Online-Befragung vertretenen Ärztinnen und Ärzte aus Primärversorgungseinheiten berichteten eine regelmäßige Zusammenarbeit mit DGKP, während in Einzelordinationen rund ein Drittel keine Kooperation angab und sowohl die gelegentlich Kooperierenden als auch die Befragten ohne Zusammenarbeit nahezu ausschließlich in Einzelordinationen tätig waren. Dieser Befund entspricht der Konzeption der PVE, in denen DGKP verpflichtender Bestandteil des multiprofessionellen Kernteams sind (41,48,49), und unterstreicht, dass der laufende Ausbau der Primärversorgungseinheiten (46,50) die strukturelle Verankerung interprofessioneller Zusammenarbeit auch im urbanen Raum vorantreiben dürfte. Die vorliegenden Ergebnisse legen somit nahe, dass die Zusammenarbeit mit DGKP derzeit zwei unterschiedlichen Logiken folgt: im ländlichen Raum einer aus Versorgungsdruck gewachsenen, häufig informellen Kooperation, im städtischen Raum einer strukturell verankerten, aber auf PVE konzentrierten Zusammenarbeit.

5.2. Aufgabenprofile: Dominanz klassischer Delegation

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Zusammenarbeit vor allem auf die Wundversorgung, diagnostische Tätigkeiten, Präventionsangebote und die Betreuung chronisch erkrankter Patientinnen und Patienten konzentriert, während die Gesundheitsberatung am seltensten genannt wurde. Auffallend ist zudem, dass eine regelmäßige Zusammenarbeit mit einem deutlich breiteren Aufgabenspektrum einherging, während sich gelegentliche Kooperationen überwiegend auf die Wundversorgung und die Chronikerbetreuung beschränkten. Damit folgt die gelebte Praxis in österreichischen Ordinationen überwiegend einem klassischen Delegationsmodell, in dem DGKP primär medizinisch-technische und unterstützende Aufgaben übernehmen. Erweiterte, eigenverantwortliche Rollen – etwa eigenständige Sprechstunden, strukturierte Chronikerprogramme oder umfassende Präventions- und Beratungsangebote, wie sie in der internationalen Literatur beschrieben und positiv evaluiert wurden (23,26,32,33) – spielen demgegenüber eine untergeordnete Rolle. Dieses Ergebnis deckt sich mit der vergleichenden Analyse von Maier und Aiken, die Österreich hinsichtlich der Aufgabenverlagerung von Ärztinnen und Ärzten auf Pflegefachpersonen im europäischen Vergleich den Ländern mit geringem Umsetzungsgrad zuordnet (28).

Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang die Diskrepanz zwischen der gelebten Praxis und dem sich rasch weiterentwickelnden rechtlichen Rahmen. Mit der im Juli 2024 kundgemachten

Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes wurde die bisherige demonstrative Aufzählung der Kompetenzen in § 15 GuKG durch eine allgemeine Umschreibung des Kompetenzbereichs ersetzt; standardisierte diagnostische Maßnahmen dürfen seither ohne ausdrückliche vorherige ärztliche Anordnung durchgeführt werden, und seit September 2025 sind DGKP gemäß § 15b GuKG zur Verordnung definierter Arzneimittel in pflegespezifischen Bereichen berechtigt (29,56). Die rechtliche Weiterentwicklung der Pflegekompetenzen läuft der praktischen Umsetzung im niedergelassenen Bereich damit derzeit voraus; das vorhandene Potenzial wird noch nicht ausgeschöpft.

5.3. Positive Bewertung der bestehenden Zusammenarbeit

Die Ärztinnen und Ärzte mit bestehender DGKP-Kooperation bewerteten diese überwiegend sehr positiv: neun von zehn regelmäßig Kooperierenden (91 %) nahmen eine Verbesserung der Versorgungsqualität wahr, mehr als die Hälfte berichtete eine Zunahme der Inanspruchnahme präventiver Leistungen, und eine Abnahme wurde von keiner einzigen Person angegeben. Diese subjektiven Einschätzungen stehen im Einklang mit der internationalen Evidenz, wonach interprofessionelle Zusammenarbeit und die Einbindung von Pflegefachpersonen in die Primärversorgung mit gleichwertigen oder besseren Behandlungsergebnissen, höherer Patientenzufriedenheit und einer verbesserten Betreuung chronisch Erkrankter einhergehen können (16,24,26,40). Auch die am häufigsten genannten Vorteile – die Entlastung im Arbeitsalltag (80 %), die bessere Betreuung chronisch erkrankter Patientinnen und Patienten (69,4 %) und die Erweiterung des Leistungsspektrums (64,7 %) – entsprechen den in der Literatur beschriebenen Potenzialen interprofessioneller Primärversorgung (12,20,33). Zugleich sollte die kleine Gruppe unzufriedener Befragter (14 % der regelmäßig Kooperierenden „sehr unzufrieden“) nicht übergangen werden. Die Literatur zu Förder- und Hemmfaktoren interprofessioneller Zusammenarbeit zeigt, dass deren Gelingen wesentlich von Rollenklarheit, gegenseitigem Vertrauen und funktionierenden Kommunikationsstrukturen abhängt (19,42,43). Die in den Freitextantworten genannten Spannungsfelder – etwa unklare Verantwortungsbereiche, fehlende Standardarbeitsanweisungen oder Abgrenzungsfragen gegenüber der Ordinationsassistenten – illustrieren, dass die bloße Anstellung einer DGKP noch keine gelingende Zusammenarbeit garantiert, sondern aktiver organisatorischer Gestaltung bedarf (15,17).

5.4. Strukturelle Hürden bei hoher Veränderungsbereitschaft

Eines der zentralen Ergebnisse der vorliegenden Arbeit ist die Diskrepanz zwischen hoher Veränderungsbereitschaft und begrenzten strukturellen Rahmenbedingungen: 86 % der Antwortenden standen einer engeren Zusammenarbeit mit DGKP positiv gegenüber – auch 71 % jener ohne bestehende Kooperation –, während ein geringes Interesse auf beiden Seiten mit 2 % praktisch keine Rolle als Hürde spielte. Die wahrgenommenen Barrieren sind demnach überwiegend struktureller und nicht motivationaler Natur. An erster Stelle standen fehlende finanzielle Ressourcen (57 %), gefolgt vom Mangel an verfügbaren DGKP (40 %) und unklaren rechtlichen Rahmenbedingungen (32 %).

Die Dominanz der Finanzierungsfrage ist vor dem Hintergrund der österreichischen Honorierungssystematik plausibel: Während DGKP in Primärversorgungseinheiten vertraglich und finanziell verankert sind (41), müssen Einzelordinationen die Kosten einer Anstellung im Wesentlichen selbst tragen, ohne dass dem ein adäquates Abgeltungsmodell gegenübersteht. Dass fehlende finanzielle Anreizsysteme interprofessionelle Zusammenarbeit hemmen, ist auch international gut belegt (19,21). Bemerkenswert ist dabei, dass die Finanzierungshürde bei den Befragten ohne bestehende Zusammenarbeit mit 75 % am stärksten ausgeprägt war – also genau in jener Gruppe, deren Einbindung gesundheitspolitisch angestrebt wird. Der an zweiter Stelle genannte Personalmangel verweist auf die angespannte Arbeitsmarktsituation in der Pflege (37): Der niedergelassene Bereich konkurriert mit Krankenanstalten und Langzeitpflege um knappes diplomiertes Personal, wobei die in den Freitextantworten thematisierten Gehaltserwartungen die begrenzte Konkurrenzfähigkeit kleiner Ordinationen zusätzlich verdeutlichen. Die von einem Drittel der Befragten genannte Rechtsunsicherheit erscheint schließlich bemerkenswert, da der Gesetzgeber die Kompetenzen der DGKP zuletzt gerade präzisiert und erweitert hat (29,56). Diese Wahrnehmungslücke deutet – ebenso wie die Freitextnennungen zu ungeklärten Haftungsfragen – darauf hin, dass die rechtlichen Neuerungen in der Ärzteschaft noch unzureichend bekannt sind bzw. deren praktische Umsetzung noch aussteht, etwa die per Verordnung zu definierende Arzneimittelliste, die zum Zeitpunkt der Erhebung noch nicht vorlag. Dass die Nennung unklarer rechtlicher Rahmenbedingungen mit dem Alter deutlich zunahm – von rund einem Fünftel der unter 45-Jährigen auf mehr als die Hälfte der Befragten ab 55 Jahren –, stützt diese Interpretation zusätzlich: Die wahrgenommene Rechtsunsicherheit scheint weniger die tatsächliche Rechtslage als deren Bekanntheit widerzuspiegeln. Ähnliche Befunde berichten auch qualitative Untersuchungen aus dem deutschsprachigen Raum, in denen rechtliche Grauzonen und Delegationsunsicherheiten als wesentliche Kooperationshemmnisse beschrieben werden (54,55).

5.5. Advanced Practice Nursing: Informationslücke bei grundsätzlicher Offenheit

Ein weiterer zentraler Befund betrifft das Konzept der Advanced Practice Nursing: Zwei Drittel der Befragten (66 %) kannten das Konzept nicht, und lediglich 5 % bezeichneten sich als gut vertraut. Dennoch konnte sich rund die Hälfte der Teilnehmenden (52 %) eine Zusammenarbeit mit einer APN-Fachkraft vorstellen, während nur 14 % dies ablehnten; ein weiteres Drittel fühlte sich für eine Beurteilung nicht ausreichend informiert. Die wesentliche Barriere für eine stärkere Etablierung erweiterter Pflegerollen in Österreich scheint demnach weniger in einer ablehnenden Haltung der Ärzteschaft zu liegen als in einer ausgeprägten Informationslücke. Dies ist insofern relevant, als die internationale Evidenz für APN-Modelle in der Primärversorgung – etwa hinsichtlich der Versorgung chronisch Erkrankter, der Patientenzufriedenheit und der Versorgung ländlicher Regionen – überwiegend positiv ausfällt (23,25,26,36). Erfahrungen aus Ländern mit etablierten APN-Rollen zeigen zudem, dass gelingende Kooperationsmodelle zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten und Nurse Practitioners maßgeblich von wechselseitigem Rollenverständnis abhängen (21) – eine Voraussetzung, die gezielte Informations- und Fortbildungsangebote für die österreichische Ärzteschaft nahelegt.

5.6. Einordnung in aktuelle Entwicklungen der österreichischen Primärversorgung

Die Ergebnisse fügen sich in eine Phase dynamischer Weiterentwicklung der österreichischen Primärversorgung ein. Neben dem Ausbau der Primärversorgungseinheiten (46,50) wurde mit der Pilotierung von Community Nursing in den Jahren 2022 bis 2024 ein weiterer Ansatz zur Stärkung pflegerischer Kompetenzen im kommunalen Setting erprobt. Die Ergebnisse der Pilotphase mit fast 500.000 dokumentierten Kontakten zeigen, dass aufsuchende, gesundheitsfördernde Pflege und regionale Netzwerkarbeit erfolgreich etabliert werden konnten, verweisen zugleich aber auf Herausforderungen bei der nachhaltigen strukturellen Verankerung (57). Die begleitende Evaluation betont darüber hinaus die Notwendigkeit eines einheitlichen Rollenverständnisses und spezifischer Qualifizierungsangebote (58). Für die hausärztliche Versorgung ergibt sich daraus eine doppelte Perspektive: Einerseits entstehen mit Community Nurses neue pflegerische Ansprechstrukturen auf Gemeindeebene, deren Schnittstelle zur Hausarztordination künftig aktiv gestaltet werden muss; andererseits bestätigen die Erfahrungen der Pilotprojekte die auch in der vorliegenden Arbeit identifizierte

Kernproblematik, dass innovative pflegerische Rollen ohne gesicherte Finanzierung und klare strukturelle Verankerung nicht nachhaltig wirksam werden können.

5.7. Implikationen für Praxis und Forschung

Aus den Ergebnissen lassen sich mehrere Ansatzpunkte ableiten. Erstens erscheint die Entwicklung tragfähiger Finanzierungs- und Honorierungsmodelle für die Anstellung von DGKP auch außerhalb von Primärversorgungseinheiten vordringlich, da die Einzelordination auf absehbare Zeit die häufigste Organisationsform der hausärztlichen Versorgung bleiben dürfte (53). Zweitens legen die identifizierte Rechtsunsicherheit und die geringe Bekanntheit des APN-Konzepts gezielte Informationsangebote nahe – etwa zur GuKG-Novelle 2024 und den erweiterten Kompetenzen der DGKP – sowohl in der ärztlichen Fort- und Weiterbildung als auch über die Standesvertretungen. Drittens verweisen die Freitextantworten auf die Bedeutung klarer Verantwortungsregelungen und standardisierter Abläufe für die gelingende Zusammenarbeit auf Ordinationsebene (19,42). Für die weitere Forschung wäre insbesondere eine komplementäre Befragung der DGKP selbst sowie eine Untersuchung objektiver Versorgungsergebnisse interprofessionell arbeitender Ordinationen wünschenswert, um die hier erhobenen ärztlichen Einschätzungen zu validieren (24,40).

Darüber hinaus sollten künftige Untersuchungen die Form der Zusammenarbeit genauer erfassen – insbesondere das Anstellungs- und Finanzierungsverhältnis der DGKP sowie die Verbindlichkeit der Kooperation –, um die hier nur pauschal abgebildete Zusammenarbeit differenzierter beschreiben und ihren Zusammenhang mit Finanzierungshürden gezielt untersuchen zu können.

5.8. Limitationen

Bei der Interpretation der vorliegenden Ergebnisse sind mehrere methodische Einschränkungen zu berücksichtigen.

Eine zentrale Limitation der Online-Befragung stellt die Selbstselektion der Teilnehmenden dar. Da die Teilnahme freiwillig erfolgte, ist davon auszugehen, dass sich Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner mit bestehender oder positiv erlebter Zusammenarbeit mit DGKP vom Thema der Befragung stärker angesprochen fühlten und daher überproportional häufig teilnahmen. Diese Verzerrung lässt sich anhand der eigenen Daten belegen: Während in der Online-Stichprobe 75 % der Teilnehmenden eine Zusammenarbeit mit DGKP angaben, lag der entsprechende Anteil in der telefonischen Befragung, die auf einer zufälligen Auswahl von Ordinationen beruhte, bei lediglich 36,6 %. Es ist daher anzunehmen, dass die in der Online-Befragung erhobenen Werte zur Verbreitung der Zusammenarbeit sowie vermutlich auch zur

Zufriedenheit und zur Offenheit gegenüber einer Intensivierung die tatsächlichen Verhältnisse in der Grundgesamtheit überschätzen. Zugleich stellt die Kombination beider Erhebungsmethoden eine Stärke der Arbeit dar, da die telefonische Zufallsstichprobe diese Verzerrung hinsichtlich der zentralen Kernvariable korrigiert. Eng damit verbunden ist ein möglicher Non-Response-Bias: Von den insgesamt 1.250 per E-Mail eingeladenen Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern riefen 103 den Fragebogen auf; nach Ausschluss auffällig kurzer Bearbeitungen waren 95 Fragebögen auswertbar. Dies entspricht einer Rücklaufquote von lediglich 8,2 % bzw. 7,6 % bezogen auf die auswertbaren Fragebögen. Eine derart niedrige Rücklaufquote ist bei Online-Befragungen von Ärztinnen und Ärzten zwar nicht ungewöhnlich, verstärkt jedoch das Risiko systematischer Verzerrungen, da über die Merkmale und Einstellungen der überwiegenden Mehrheit der Eingeladenen, die der Einladung nicht folgten, keine Aussagen getroffen werden können.

Eine wesentliche inhaltliche Limitation betrifft die fehlende Differenzierung der Form der Zusammenarbeit. Der Fragebogen erfasste, ob und wie häufig eine Zusammenarbeit mit DGKP besteht, nicht jedoch deren organisatorische und finanzielle Ausgestaltung. Es bleibt daher offen, in welchem Anteil der Fälle die DGKP in der Ordination angestellt und aus dieser bezahlt wird und in welchem Anteil die Zusammenarbeit mit extern finanzierten Pflegepersonen – etwa der mobilen Hauskrankenpflege oder im Rahmen von Primärversorgungseinheiten – erfolgt. Die berichteten Anteile bilden somit ein breites Spektrum von der fest angestellten DGKP bis zur losen, punktuellen Kooperation ab. Auch die Verbindlichkeit und Intensität der Zusammenarbeit wurden über die Häufigkeitsangabe hinaus nicht näher bestimmt. Diese Einschränkung ist insofern bedeutsam, als die am häufigsten genannte Hürde – fehlende finanzielle Ressourcen – vor allem jene Ordinationen betrifft, die eine DGKP selbst anstellen und finanzieren, während sich diese Frage bei extern finanzierten Kooperationsformen nicht in gleicher Weise stellt. Der Zusammenhang zwischen der Form der Zusammenarbeit und den wahrgenommenen Hürden kann auf Basis der vorliegenden Daten daher nur eingeschränkt beurteilt werden.

Eine weitere wesentliche Limitation besteht darin, dass ausschließlich Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner befragt wurden. Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen selbst wurden in die Erhebung nicht einbezogen. Die dargestellten Ergebnisse zu Aufgabenbereichen, wahrgenommenen Vorteilen, Hürden und Zukunftsperspektiven bilden somit ausschließlich die ärztliche Perspektive auf die interprofessionelle Zusammenarbeit ab. Da gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit definitionsgemäß auf Gegenseitigkeit beruht, bleibt offen, ob DGKP die bestehende Zusammenarbeit, deren Rahmenbedingungen sowie die genannten Hürden – etwa hinsichtlich Rollenverteilung, Kompetenznutzung oder Arbeitsbedingungen im niedergelassenen Bereich – in vergleichbarer Weise einschätzen

würden. Aussagen über die Sichtweise der Pflege können auf Basis der vorliegenden Daten daher nicht getroffen werden. Die Meinung der Berufsgruppe der DGKP müsste in einer eigenen, separaten Erhebung erfasst werden, um beide Perspektiven der Zusammenarbeit gegenüberstellen und ein vollständigeres Bild der interprofessionellen Versorgungsrealität in der österreichischen Primärversorgung zeichnen zu können.

Darüber hinaus wurde zur Datenerhebung ein selbst entwickelter Fragebogen eingesetzt, der zwar hinsichtlich Verständlichkeit, Vollständigkeit und Praktikabilität geprüft, jedoch keiner psychometrischen Validierung unterzogen wurde.

Aufgrund des Querschnittsdesigns sind keine kausalen Aussagen möglich. So bleibt offen, ob die Zusammenarbeit mit DGKP die wahrgenommene Versorgungsqualität tatsächlich verbessert oder ob qualitätsorientierte Ordinationen eher zu einer solchen Zusammenarbeit neigen. Die Erhebung stellt zudem eine Momentaufnahme in einer Phase rascher rechtlicher und struktureller Veränderungen der österreichischen Primärversorgung dar, sodass sich die beschriebenen Verhältnisse in den kommenden Jahren verändern können. Die erhobenen Einschätzungen – etwa zum Einfluss auf die Versorgungsqualität oder auf die Inanspruchnahme präventiver Leistungen – beruhen ferner auf subjektiven Selbstauskünften der Befragten und wurden nicht durch objektive Versorgungsdaten überprüft; Verzerrungen im Sinne sozialer Erwünschtheit können nicht ausgeschlossen werden.

Hinsichtlich der Stichprobe ist einschränkend anzumerken, dass mit 95 auswertbaren Online-Fragebögen eine vergleichsweise kleine Stichprobe vorliegt und – dem explorativen Charakter der Arbeit entsprechend – keine formale Stichprobenkalkulation durchgeführt wurde. Die Repräsentativität der Online-Stichprobe hinsichtlich regionaler Verteilung und Organisationsformen kann daher nicht gewährleistet werden. Die Auswertung erfolgte rein deskriptiv; auf inferenzstatistische Verfahren wurde verzichtet, sodass beobachtete Gruppenunterschiede nicht auf statistische Signifikanz geprüft wurden.

Schließlich unterliegt auch die telefonische Befragung Einschränkungen: Sie umfasste lediglich eine einzelne dichotome Frage und erlaubte daher keine Differenzierung nach Intensität oder Qualität der Zusammenarbeit. Die Auskunft in der telefonischen Befragung wurde teils von den Ärztinnen und Ärzten selbst, teils von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Ordination erteilt. Da die Stichprobe nach Bundesländern annähernd gleich verteilt war, gewichtet der österreichweite Gesamtwert bevölkerungsreiche Bundesländer relativ unter; eine bevölkerungsproportionale Gewichtung würde den Gesamtanteil geringfügig verändern.

Trotz dieser Einschränkungen liefert die vorliegende Arbeit durch die Kombination einer breit angelegten telefonischen Zufallsstichprobe mit einer inhaltlich vertiefenden Online-Befragung erstmals einen differenzierten Überblick über Ausmaß, Ausgestaltung und Bewertung der

Zusammenarbeit zwischen Hausärztinnen bzw. Hausärzten und DGKP in der österreichischen Primärversorgung und kann als Ausgangspunkt für weiterführende Untersuchungen dienen.

6. Conclusio

Die vorliegende Arbeit untersuchte, in welchem Ausmaß Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner in Österreich derzeit mit DGKP zusammenarbeiten und wie sie deren Einbindung in die allgemeinmedizinische Versorgung bewerten. Auf Basis einer telefonischen Befragung von 309 Ordinationen sowie einer vertiefenden Online-Befragung von 95 Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner lässt sich die zentrale Forschungsfrage wie folgt beantworten: Etwas mehr als ein Drittel der österreichischen Hausarztordinationen (36,6 %) arbeitet derzeit mit DGKP zusammen, wobei die Verbreitung erheblich variiert – regional zwischen den Bundesländern ebenso wie zwischen ländlichen Gemeinden und dem großstädtischen Raum. Dort, wo eine Zusammenarbeit besteht, konzentriert sie sich auf die Wundversorgung, diagnostische Tätigkeiten, die Betreuung chronisch Erkrankter und administrative Aufgaben, und sie wird von den beteiligten Ärztinnen und Ärzten überwiegend positiv bewertet: Die große Mehrheit nimmt eine Verbesserung der Versorgungsqualität wahr, sieht in ihr eine spürbare Entlastung im Arbeitsalltag und würde die Zusammenarbeit gerne weiter intensivieren.

Als zentrales Ergebnis der Arbeit kann festgehalten werden, dass die Hürden für eine breitere Umsetzung interprofessioneller Zusammenarbeit im niedergelassenen Bereich nicht in einer mangelnden Bereitschaft der Ärzteschaft liegen. Rund 86 % der Befragten stehen einer engeren Zusammenarbeit mit DGKP positiv gegenüber, während ein geringes Interesse praktisch nie als Hindernis genannt wurde. Die entscheidenden Barrieren sind struktureller Natur: fehlende Finanzierungsmodelle für die Anstellung von DGKP außerhalb der Primärversorgungseinheiten, der Mangel an verfügbarem diplomiertem Pflegepersonal sowie als unklar wahrgenommene rechtliche Rahmenbedingungen – dies, obwohl der Gesetzgeber die Kompetenzen der DGKP zuletzt deutlich erweitert hat. Zwischen der rechtlich möglichen und der tatsächlich gelebten Aufgabenteilung besteht somit eine erhebliche Lücke. Ähnliches gilt für das Konzept der Advanced Practice Nursing, das zwei Drittel der Befragten unbekannt war, dem gegenüber sich aber rund die Hälfte grundsätzlich offen zeigte: Nicht Ablehnung, sondern fehlende Information erweist sich als wesentliche Barriere.

Aus diesen Befunden lassen sich konkrete Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung der österreichischen Primärversorgung ableiten. Vordringlich erscheint die Schaffung tragfähiger Finanzierungs- und Honorierungsmodelle, die die Anstellung von DGKP auch in Einzelordinationen und Gruppenpraxen ermöglichen, da diese Organisationsformen die

hausärztliche Versorgung auf absehbare Zeit prägen werden. Ergänzend bedarf es gezielter Informationsangebote für die Ärzteschaft zu den erweiterten pflegerischen Kompetenzen und zum APN-Konzept sowie klarer Regelungen von Verantwortlichkeiten und Abläufen auf Ordinationsebene. Der laufende Ausbau der Primärversorgungseinheiten, in denen die multiprofessionelle Zusammenarbeit strukturell verankert ist, sowie Initiativen wie das Community Nursing zeigen, dass sich die Rahmenbedingungen bereits in diese Richtung entwickeln.

Insgesamt verdeutlicht die vorliegende Arbeit, dass die Zusammenarbeit zwischen Hausärztinnen bzw. Hausärzten und DGKP ein erhebliches, derzeit nur teilweise genutztes Potenzial für die Bewältigung der Herausforderungen der österreichischen Primärversorgung birgt – vom zunehmenden hausärztlichen Versorgungsdruck über die wachsende Zahl chronisch erkrankter Patientinnen und Patienten bis zur Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung. Die hohe Zufriedenheit der bereits kooperierenden Ärztinnen und Ärzte und die breite Offenheit der Befragten legen nahe, dass eine stärkere Einbindung diplomierter Pflegepersonen weniger eine Frage der Überzeugung als der strukturellen Ermöglichung ist. Zukünftige Forschung sollte die Perspektive der DGKP selbst einbeziehen und die Auswirkungen interprofessioneller Zusammenarbeit auf objektive Versorgungsergebnisse untersuchen, um die hier dokumentierten Einschätzungen zu vertiefen und die Weiterentwicklung der Primärversorgung evidenzbasiert zu begleiten.

Literaturverzeichnis

1. Statistik Austria. Einrichtungen und Personal im Gesundheitswesen [Internet]. 2025 [zuletzt aufgerufen am 6. Juni 2026]. Verfügbar unter: <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheit/gesundheitsversorgung-und-ausgaben/einrichtungen-und-personal-im-gesundheitswesen>.
2. Czásny I, Hagleitner J, Hlava A, Sagerschnig S, Stürzlinger H, Willinger M. Ärztinnen und Ärzte: Bedarf und Ausbildungsstellen 2010 bis 2030 [Internet]. Wien: Gesundheit Österreich GmbH; 2012 [zuletzt aufgerufen am 6. Juni 2026]. Verfügbar unter: <https://jasmin.goeg.at/id/eprint/197/>.
3. ORF.at. Pro Jahr: 1.900 Ärzte müssen nachbesetzt werden [Internet]. 2025 [zuletzt aufgerufen am 6. Juni 2026]. Verfügbar unter: <https://orf.at/stories/3401707/>.
4. Österreichische Ärztekammer. Ärztestatistik 2023 [Internet]. 2024 [zuletzt aufgerufen am 6. Juni 2026]. Verfügbar unter: <https://www.aerztekammer.at/statistik-2023>.
5. Gesundheit Österreich GmbH. Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG) 2023 [Internet]. 2023 [zuletzt aufgerufen am 11. Juni 2026]. Verfügbar unter: https://goeg.at/OESG_2023.
6. Atalaia A, Schnegg CJ, Bodenhofer J, Grabner B, Roth M. Primary health care in Austria: qualitative analysis of requirements and challenges in interprofessional collaboration from the perspective of health care and social professionals. *Prim Health Care Res Dev*. 2025;26:e31. doi:10.1017/S1463423625000234 [Epub 18. März 2025].
7. Barkley S, Marten R, Reynolds T, Kelley E, Dalil S, Swaminathan S, et al. Primary health care: realizing the vision. *Bull World Health Organ*. 2020; 98(11):727-727A.
8. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Q*. 2005; 83(3):457–502.
9. Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T, et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *Br J Gen Pract*. 2013; 63(616):e742–50.
10. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a Glance 2021: OECD Indicators. Paris. OECD Publishing; 2021.
11. Kringos DS, Boerma W, Van Der Zee J, Groenewegen P. Europe's Strong Primary Care Systems Are Linked To Better Population Health But Also To Higher Health Spending. *Health Aff (Millwood)*. 2013; 32(4):686–94.
12. Carron T, Rawlinson C, Arditi C, Cohidon C, Hong QN, Pluye P, et al. An Overview of Reviews on Interprofessional Collaboration in Primary Care: Effectiveness. *Int J Integr Care*. 2021;21(2):31. doi:10.5334/ijic.5588 [Epub 22. Juni 2022].
13. Gilbert JHV, Yan J, Hoffman SJ. A WHO report: framework for action on interprofessional education and collaborative practice. *J Allied Health*. 2010;39 Suppl 1:196–7.

14. Kluge H, Kelley E, Barkley S, Theodorakis PN, Yamamoto N, Tsoy A, et al.. How primary health care can make universal health coverage a reality, ensure healthy lives, and promote wellbeing for all. *Lancet*. 2018; 392(10156):1372–4.
15. Reeves S. *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*. 1st ed. Hoboken: John Wiley & Sons, Incorporated; 2010.
16. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(8):CD000072.
17. McInnes S, Peters K, Bonney A, Halcomb E. Understanding collaboration in general practice: a qualitative study. *Fam Pract*. 2017; 34(5):621–6.
18. Martin P, Moran M, Forman D. Interprofessional competencies: the poor cousin to clinical skills? *MedEdPublish*. 2017; 6:123. doi:10.15694/mep.2017.000123 [Epub 07. Juli 2017].
19. Rawlinson C, Carron T, Cohidon C, Arditi C, Hong QN, Pluye P, et al. An Overview of Reviews on Interprofessional Collaboration in Primary Care: Barriers and Facilitators. *Int J Integr Care*. 2021; 21(2):32. doi:10.5334/ijic.5589 [Epub 22. Juni 2021].
20. Bodenheimer T, Ghorob A, Willard-Grace R, Grumbach K. The 10 Building Blocks of High-Performing Primary Care. *Ann Fam Med*. 2014; 12(2):166–71.
21. Schadewaldt V, McInnes E, Hiller JE, Gardner A. Experiences of nurse practitioners and medical practitioners working in collaborative practice models in primary healthcare in Australia – a multiple case study using mixed methods. *BMC Fam Pract*. 2016; 17(1):99. doi:10.1186/s12875-016-0503-2 [Epub 29. Juli 2016].
22. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Entwicklungen in der Primärversorgung [Internet]. 2025 [zuletzt aufgerufen am 9. Juni 2026]. Verfügbar unter: <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/primaerversorgung/entwicklungen.html>.
23. Delamair ML, Lafortune G. *Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries*. Paris: OECD Publishing; 2010. (OECD Health Working Papers; No 54).
24. Matthys E, Remmen R, Van Bogaert P. An overview of systematic reviews on the collaboration between physicians and nurses and the impact on patient outcomes: what can we learn in primary care? *BMC Fam Pract*. 2017; 18(1):110. doi:10.1186/s12875-017-0698-x [Epub 22. Dezember 2017].
25. Roots A, MacDonald M. Outcomes associated with nurse practitioners in collaborative practice with general practitioners in rural settings in Canada: a mixed methods study. *Hum Resour Health*. 2014; 12(1):69. doi:10.1186/1478-4491-12-69 [Epub 11. Dezemeber 2014].
26. Laurant M, Van Der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, Van Vught AJ. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;(7):CD001271.

27. Organisation for Economic Co-operation and Development. European Observatory on Health Systems and Policies. Austria: Country Health Profile 2023. OECD; 2023. (State of Health in the EU).
28. Maier CB, Aiken LH. Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. *Eur J Public Health*. 2016; 26(6):927–34.
29. Bundeskanzleramt Österreich. RIS - Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - Bundesrecht konsolidiert [Internet]. 2026 [zuletzt aufgerufen am 9. Juni 2026]. Verfügbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/geltendefassung.wxe?abfrage=bundesnormen&gesetzesnummer=10011026>.
30. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Zielsteuerungsvertrag 2024 bis 2028 [Internet]. 2024 [zuletzt aufgerufen am 9. Juni 2026]. Verfügbar unter: <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-%28Zielsteuerung-Gesundheit%29/Zielsteuerungsvertrag-2024-bis-2028.html>.
31. Gesundheit Österreich GmbH. Gesundheitsberufe in der Primärversorgung [Internet]. 2020 [zuletzt aufgerufen am 9. Juni 2026]. Verfügbar unter: https://goeg.at/Gesundheitsberufe_PV.
32. Boyle E, Saunders R, Drury V. A qualitative study of patient experiences of Type 2 Diabetes care delivered comparatively by General Practice Nurses and Medical Practitioners. *J Clin Nurs*. 2016; 25(13–14):1977–86.
33. Stephen C, McInnes S, Halcomb E. The feasibility and acceptability of nurse-led chronic disease management interventions in primary care: An integrative review. *J Adv Nurs*. 2018; 74(2):279–88.
34. World Health Organization. The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever. Geneva: World Health Organization; 2008.
35. Hutchison B, Levesque JF, Strumpf E, Coyle N. Primary Health Care in Canada: Systems in Motion. *Milbank Q*. 2011; 89(2):256–88.
36. Ammi M, Ambrose S, Hogg B, Wong S. The influence of registered nurses and nurse practitioners on patient experience with primary care: results from the Canadian QUALICO-PC study. *Health Policy*. 2017; 121(12):1215–24.
37. Drennan VM, Ross F. Global nurse shortages—the facts, the impact and action for change. *Br Med Bull*. 2019; 130(1):25–37.
38. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RB, European Observatory on Health Systems and Policies, Herausgeber. Building primary care in a changing Europe. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2015. (Observatory studies series; no. 38).
39. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RB, European Observatory on Health Systems and Policies, Herausgeber. Building primary care in a changing Europe: Case studies. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2015. (Observatory studies series; no. 40).

40. Bouton C, Journeaux M, Jourdain M, Angibaud M, Huon JF, Rat C. Interprofessional collaboration in primary care: what effect on patient health? A systematic literature review. BMC Prim Care. 2023; 24(1):253. doi:10.1186/s12875-023-02189-0 [Epub 29. November 2023].
41. Gesamtvertrag über die ärztliche Hilfe für Primärversorgungseinheiten (AVSV 2019/0073) [Internet]. 2019 [zuletzt zugegriffen am 10. Juni 2026]. Verfügbar unter: https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Avsv/AVSV_2019_0073/AVSV_2019_0073.html.
42. Pullon S. Competence, respect and trust: Key features of successful interprofessional nurse-doctor relationships. J Interprof Care. 2008; 22(2):133–47.
43. Kvarnström S. Difficulties in collaboration: A critical incident study of interprofessional healthcare teamwork. J Interprof Care. 2008; 22(2):191–203.
44. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Gesundheitssystem [Internet]. 2019 [zuletzt aufgerufen am 11. Juni 2026]. Verfügbar unter: <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem.html>.
45. Bachner F, Bobek J, Habimana K, Ladurner J, Lepuschütz L, Ostermann H, et al. Austria: Health system review 2018 [Internet]. Bd. 20. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 [zuletzt aufgerufen am 6. Juni 2026]. Verfügbar unter: <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits/austria-hit-2018>.
46. Bundeskanzleramt Österreich. 100 Primärversorgungseinheiten in Österreich: Meilenstein für moderne Gesundheitsversorgung [Internet]. 2025 [zuletzt aufgerufen am 11. Juni 2026]. Verfügbar unter: <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/eu-aufbauplan/aktuelles/100-primarversorgungseinheiten-in-oesterreich-meilenstein-fuer-moderne-gesundheitsversorgung.html>.
47. Österreichische Sozialversicherung. Die neue Primärversorgung ist Schlüssel zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung [Internet]. 2021 [zuletzt aufgerufen am 11. Juni 2026]. Verfügbar unter: <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.843942&portal=svportal>.
48. Primärversorgungsgesetz (PVG), BGBl. I Nr. 131/2017 [Internet]. 2017 [zuletzt aufgerufen am 11. Juni 2026]. Verfügbar unter: <https://ris.bka.gv.at/eli/bgbl/I/2017/131>.
49. Plattform Primärversorgung. Arbeiten im Team [Internet]. 2023 [zuletzt aufgerufen am 11. Juni 2026]. Verfügbar unter: <https://primaerversorgung.gv.at/arbeiten-im-team>.
50. Plattform Primärversorgung. Entwicklung der PVE in Österreich [Internet]. 2026 [zuletzt aufgerufen am 11. Juni 2026]. Verfügbar unter: <https://primaerversorgung.gv.at/pve-entwicklung-oesterreich>.
51. Plattform Primärversorgung. Standorte PVE-Landkarte [Internet]. 2026 [zuletzt aufgerufen am 11. Juni 2026]. Verfügbar unter: <https://primaerversorgung.gv.at/standorte-pve-landkarte>.
52. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Fragen und Antworten zur Primärversorgung [Internet]. 2025 [zuletzt aufgerufen am 11. Juni 2026]. Verfügbar unter: <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/primaerversorgung/faq.html>.

53. Rechnungshof Österreich. Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich 2018 bis 2023 [Internet]. 2025 [zuletzt aufgerufen am 11. Juni 2026]. Verfügbar unter: https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/news/Meldungen_2025/Aerztliche-Versorgung-im-niedergelassenen-Bereich.html.
54. Muckenhuber J, Stocker MB, Hoffmann K, Wendler R. Herausforderungen der interdisziplinären Zusammenarbeit in der gesundheitlichen Primärversorgung in ländlichen Regionen in der Steiermark. *soziales_kapital* [Internet]. 2022 [zuletzt aufgerufen am 11. Juni 2026];26:300–10. Verfügbar unter: <https://soziales-kapital.at/sozialeskapital/article/view/747>.
55. Zimansky M, Ceylan B, Klukas E, Hamacher M, Van De Sand H, Gustaevel M, et al. Interprofessionelle Zusammenarbeit von Hausärzt_innen und Pflegefachpersonen in der Primärversorgung: Eine qualitative Studie. *Pflege*. 2024; 37(1):11–8.
56. Falb A. GuKG-Novelle: Was ändert sich? AERZTE Steiermark [Internet]. 2024 [zuletzt aufgerufen am 14. Juli 2026];(10). Verfügbar unter: <https://www.aekstmk.or.at/aerztekammer-683/aerzte-steiermark-53/aerzte-steiermark-artikel-507?articleId=13767>.
57. Eberle L, Edtmayer A, Hagmann E, Kerschbaum A, Kucera S, Leuprecht E. Pilotierung von Community Nursing in Österreich 2022–2024. Erkenntnisse und Ergebnisse aus der Pilotphase [Internet]. Wien: Gesundheit Österreich GmbH; 2025 [zuletzt aufgerufen am 14. Juli 2026]. Verfügbar unter: <https://jasmin.goeg.at/id/eprint/4712/>.
58. Bauer C, Lidolt-Petscher B. Evaluation Community Nursing Österreich: Endbericht [Internet]. Feldkirchen: Fachhochschule Kärnten; 2024 [zuletzt aufgerufen am 14. Juli 2026]. Verfügbar unter: https://cn-oesterreich.at/system/files/inline-files/EvalCN_Endbericht_final.pdf.

Anhang

Fragebogen

**Zusammenarbeit zwischen HausärztInnen und diplomierten
Gesundheits- und
Krankenpflegepersonen (DGKP) in der Primärversorgung**

Diplomarbeit von:
Thomas Morscher

Betreuer:
Univ.-Prof. Dr. Alfred Doblinger
Medizinische Universität Innsbruck
Institut für Allgemeinmedizin

Datum: Februar 2026



**MEDIZINISCHE
UNIVERSITÄT**
INNSBRUCK

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen meiner Diplomarbeit an der Medizinischen Universität Innsbruck untersuche ich die Zusammenarbeit zwischen HausärztInnen und diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP) in der Primärversorgung. Ich bitte Sie, sich einige Minuten Zeit zu nehmen, um die folgenden Fragen zu beantworten. Die Befragung erfolgt anonym und freiwillig. Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Fragebogen

1. In welcher Altersgruppe befinden Sie sich?
 - Unter 35 Jahre
 - 35-44 Jahre
 - 45-54 Jahre
 - 55-64 Jahre
 - 65 Jahre und älter
 2. Welchem Geschlecht ordnen Sie sich zu?
 - Männlich
 - Weiblich
 - Divers
 - Möchte ich nicht angeben
 3. In welcher Organisationsform arbeiten Sie derzeit hauptsächlich?
 - Einzelordination
 - Gruppenpraxis
 - Primärversorgungseinheit (PVE/PVZ)
 - Möchte ich nicht angeben
 - Andere: _____
 4. Arbeiten Sie derzeit in Ihrer Ordination regelmäßig mit diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP) zusammen?
 - Ja, regelmäßig (mehrmals pro Woche)
 - Ja, gelegentlich (weniger als einmal pro Woche)
 - Nein, derzeit keine Zusammenarbeit
 5. In welchen Bereichen erfolgt die Zusammenarbeit mit DGKP hauptsächlich?
(Mehrfachnennungen möglich)
 - Chronische Krankheitsbetreuung
 - Präventionsangebote (z. B. Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen)
 - Wundversorgung
 - Gesundheitsberatung
 - Administrative Tätigkeiten
 - Diagnostische Tätigkeiten (z.B. Blutabnahme, EKG, Abstriche)
 - Andere: _____
 - Keine Zusammenarbeit
 6. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Zusammenarbeit mit DGKP?
(Bitte bewerten Sie auf einer Skala von 1 bis 5)
- 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

(1 = sehr zufrieden, 5 = sehr unzufrieden)

7. Wie bewerten Sie den Einfluss der Zusammenarbeit mit DGKP auf die Versorgungsqualität in Ihrer Ordination?

(Bitte bewerten Sie auf einer Skala von 1 bis 5)

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

(1 = deutliche Verbesserung, 5 = deutliche Verschlechterung)

8. Kennen Sie das Konzept "Advanced Practice Nursing" (APN)?

- Ja, gut vertraut
- Ja, schon davon gehört
- Nein, kenne ich nicht

9. Können Sie sich vorstellen, in Ihrer Praxis zukünftig mit einer APN-Fachkraft zusammenzuarbeiten (z. B. mit erweiterter klinischer Kompetenz und Entscheidungsbefugnis)?

- Ja, auf jeden Fall
- Eher Ja
- Eher Nein
- Nein
- Ich kenne das Konzept nicht gut genug, um das zu beurteilen

10. Haben sich durch die Zusammenarbeit mit DGKP die Inanspruchnahme präventiver Leistungen in Ihrer Praxis verändert?

(Bitte bewerten Sie auf einer Skala von 1 bis 5)

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

(1 = hat deutlich zugenommen, 5 = hat deutlich abgenommen)

11. Welche der folgenden Faktoren stellen für Sie die größten Hürden für eine intensivere Zusammenarbeit mit DGKP dar? (Mehrfachnennungen möglich)

- Fehlende finanzielle Ressourcen
- Unklare rechtliche Rahmenbedingungen
- Keine passende Infrastruktur
- Mangel an verfügbaren DGKP
- Geringes Interesse auf beiden Seiten
- Keine Hürden vorhanden
- Andere: _____

12. Welche Vorteile sehen Sie in der Zusammenarbeit mit diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP) in Ihrer Ordination?

(Mehrfachnennung möglich)

- Entlastung im Arbeitsalltag

- Mehr Zeit für komplexe Patientenfälle
- Verbesserung der Versorgungsqualität
- Bessere Betreuung chronisch erkrankter PatientInnen
- Erhöhte Inanspruchnahme präventiver Leistungen
- Verbesserte Patientenzufriedenheit
- Bessere Kontinuität der Betreuung
- Effizientere Praxisorganisation
- Verkürzung der Wartezeiten für PatientInnen
- Erweiterung des Leistungsspektrum der Ordination
- Verbesserung der interprofessionellen Kommunikation
- Keine Vorteile erkennbar
- Andere: _____

13. Könnten Sie sich in Zukunft vorstellen, enger mit DGKP in Ihrer Praxis zusammenzuarbeiten?

- Ja, auf jeden Fall
- Eher ja
- Eher nein
- Nein

Tabelle 0.1: Hürden für eine intensivere Zusammenarbeit – Freitextantworten

14. Hürden – Freitextantworten (offene Eingabe)
Teils fehlende SOPs, nicht ganz klare Verantwortung von Tätigkeiten, gelegentlich zu wenig ärztliche Rücksprache vor z. B. Laborabnahmen
Haftungsfragen
Spannung mit Ordinationsassistentinnen
Habe bereits eine DGKP Vollzeit angestellt
Geringes Interesse auf meiner Seite
Zu teuer; DGKP, die Krankenhausgehalt gewöhnt sind, sind meist auch mit deutlich übertariflicher Vergütung unzufrieden; DGKP mögen meist mehr Medizinisches als Administratives
Fehlende Förderung für Einzelordinationen
Komplexität medizinischer Entscheidungen erfordert ärztliche Expertise
Ich sehe keinen Vorteil darin, in der Ordination eine DGKP anzustellen; meine Ordinationsassistentinnen können alles, was ich in der Ordination brauche
DGKP mit dem Willen, der Verantwortung gerecht zu werden
Zu wenig Bedarf
Persönliche Ressourcen
Nach einiger Zeit treten die DGKP in zunehmenden Konkurrenzkampf, meinen, zu schlecht bezahlt zu werden, wollen an erster Stelle bei den Patienten stehen