

Fachhochschule Kärnten

Studienbereich Gesundheit & Soziales

Studiengang Gesundheits- und Pflegemanagement

# **Die Rolle der Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege in den österreichischen Primärversorgungszentren – Aufgaben und Chancen einer jungen Profession**

Bachelorarbeit 1

Zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Arts in Business (BA)

Vorgelegt von

**Suppan Lisa**

151 028 5011

Gutachter: FH-Prof. Dr. Ralf Reiche

Feldkirchen, Jänner 2018

# EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG

Ich erkläre hiermit:

- dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst und noch nicht anderweitig zu Prüfungszwecken vorgelegt habe.
- dass ich sämtliche benutzte Primär- und Sekundärquellen sowie Hilfsmittel angegeben, wörtliche und sinngemäße Zitate als solche gekennzeichnet habe.
- dass die eingereichte Fassung der elektronischen sowie der den BegutachterInnen vorgelegten Version entspricht.
- dass ich einwillige, dass ein Belegexemplar der von mir erstellten Bachelorarbeit in den Bestand der Fachhochschulbibliothek aufgenommen und benutzbar gemacht wird (= Veröffentlichung gem. § 8 UrhG).

Feldkirchen, Jänner 2018

---

## SPRACHLICHE HINWEISE

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die geschlechtsspezifische Bezeichnung, z.B. Pfleger/in, verzichtet. Die verwendeten Personenbezeichnungen gelten im Sinne der Gleichberechtigung und Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

## KURZZUSAMMENFASSUNG

Im Juni 2014 wurde im Rahmen der Bundeszielsteuerungskommission das österreichische Konzept der Primärversorgung beschlossen. Den Schwerpunkt stellt dabei eine patientenzentrierte Gesundheitsversorgung durch eine multidisziplinäre Zusammenarbeit dar (BMGF, 2015). Das Team eines Primärversorgungszentrums besteht aus zumindest einem Allgemeinmediziner, einem Ordinationsassistenten und einer Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson (PrimVG §2 Absatz 2). Somit ergeben sich für Pflegepersonen, als verpflichtender Bestandteil des Kernteams, neue berufliche Chancen. Primärversorgungszentren stellen daher ein neues Arbeitsgebiet für Berufsangehörige der Gesundheits- und Krankenpflege dar. Dahingehend ist es Ziel dieser Arbeit, die Aufgaben, die eine Diplomierte Pflegeperson in einem Primärversorgungszentrum übernimmt, zu identifizieren. Neben den pflegerischen Kernkompetenzen sowie den Tätigkeiten aus dem Kompetenzbereich der medizinischen Diagnostik und Therapie wurden auch Maßnahmen und Projekte in Bezug auf die Gesundheitsförderung von Klienten eruiert.

Die Erhebung der Daten erfolgte qualitativ anhand von leitfadengestützter Experteninterviews mit insgesamt sechs Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, die im Primärversorgungsbereich tätig sind. Die Ergebnisse der Inhaltsanalyse nach Mayring (2013) zeigen deutlich, dass die Pflegepersonen ihre Rolle in der Primärversorgung als wichtig wahrnehmen. Die Diplomierten Pflegekräfte übernehmen dabei hauptsächlich Aufgaben des Kompetenzbereiches der medizinischen Diagnostik und Therapie. Anhand der Befragung wurde ersichtlich, dass fünf von sechs Experten nach keinem Pflegemodell arbeiten. Eine Pflegeperson gab an, nicht bewusst nach einem bestimmten Modell zu agieren. Die Umsetzung eines Modells wäre im Primärversorgungsbereich jedoch denkbar. Gesundheitsfördernde Informationsgespräche werden hauptsächlich im Rahmen anderer pflegerischer Interventionen durchgeführt. Neben einzelnen Projekten gaben die befragten Pflegepersonen an, dass die geringen zeitlichen Ressourcen sowie eine erst kürzliche Eröffnung der Zentren die Umsetzung (weiterer) Projekte zum Thema Gesundheitsförderung behindert. Vier von sechs befragten Experten planen in Zukunft jedoch die Durchführung von gesundheitsförderlichen Aktionen, zwei davon konnten schon konkrete Pläne nennen.

Schlüsselbegriffe: Primärversorgung, Pflege, Medizin, Primärversorgungszentren, Gesundheitsförderung, Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheitsversorgung, Österreich

## ABSTRACT

The Austrian government adopted the primary health care concept in June 2014. The concept is focused on patient-centered health care using multidisciplinary collaborations (BMGF, 2015). The team of a primary health care center has to consist of at least one general practitioner, one secretary and a certified nurse (PrimVG §2 Absatz 2). This creates new career opportunities for caregivers. Therefore the primary care centers represent a new field of work for nursing professionals. The purpose of this paper is to identify the tasks a registered nurse performs in a primary health care center. In addition to the general competencies in nursing as well as the activities in the field of medical diagnosis and therapy, measures and projects relating to the health promotion of clients were also in this paper.

The qualitative data collection was conducted with the help of guideline-based expert interviews on six nursing professionals who work in primary care. The content analysis by Mayring (2013) has shown that the caregivers perceive their role in primary health care as important. The certified nurses mainly take over tasks of the competencies in medical diagnosis and therapy. Furthermore the results of the survey revealed that five out of six experts do not work according to a special care model. One respondent said he did not consciously implement a specific model. The implementation of a nursing model in the primary care sector would be conceivable. Moreover health-promoting information is only given during other nursing interventions. In addition to several projects, the experts said that the low time resources and the recent opening of the health care centers prevented them from implementing (further) health promotion projects. However, four out of six certified nurses plan to carry out health promoting activities; two of them already have a concrete concept.

Key words: primary care, nursing, medicine, primary care centers, health promotion, health care, Austria, certified nurses

## ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AKH	Allgemeines Krankenhaus
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BSc	Bachelor of Science
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson
EBN	Evidence-based Nursing
GKK	Gebietskrankenkasse
GRUG	Gesundheitsreformumsetzungsgesetz
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
G-ZG	Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz
ICN	International Council of Nursing
MPH	Master of Public Health
MSc	Master of Science
MZA	Medizinzentrum Anichstraße
OEFOP	Österreichisches Forum für Primärversorgung im Gesundheitswesen
ÖGKV	Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PHC	Primary Health Care
PrimVG	Primärversorgungsgesetz
PVE	Primärversorgungseinheit
PVZ	Primärversorgungszentrum
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
SMZ	Sozialmedizinisches Zentrum
WHO	Weltgesundheitsorganisation

# INHALT

1	Einleitung .....	9
1.1	Aufbau der Arbeit.....	9
1.2	Fragestellungen und Ziele .....	10
2	Das Konzept der Primärversorgung.....	11
2.1	Umsetzung in Österreich .....	11
2.2	Anforderungen und Leistungsumfang .....	13
2.3	Beteiligte Berufsgruppen und Partner .....	14
2.4	Organisations- und Rechtsformen.....	15
3	Kompetenzbereiche der Pflege.....	16
3.1	Pflegerische Kernkompetenzen .....	17
3.2	Kompetenz bei medizinischer Diagnostik und Therapie .....	19
3.3	Weitere Kompetenzbereiche.....	20
3.4	Spezialisierungen .....	21
4	Empirischer Teil.....	21
4.1	Methodik der Datenerhebung.....	22
4.1.1	Beschreibung des Erhebungsinstrumentes .....	23
4.1.2	Beschreibung der Datenerhebung.....	25
4.2	Datenanalyse.....	26
4.3	Gütekriterien in der qualitativen Forschung.....	29
4.4	Limitation .....	30
4.5	Ethische Aspekte .....	31
5	Das Berufsbild der Pflege in der Primärversorgung .....	31
5.1	Status Quo in Österreich.....	32
5.1.1	Übersichtskarte .....	37
5.2	Aufgaben der Pflege .....	38
5.2.1	Tätigkeiten nach Arztanordnung.....	39
5.2.2	Umsetzung der Kernkompetenzen .....	40
5.3	Stichwort: Gesundheitsförderung .....	42
5.4	Kooperationen und Partner.....	43

6	Diskussion.....	44
7	Literaturquellen.....	46
7.1	Abbildungsverzeichnis .....	50
7.2	Anhang .....	51



# 1 EINLEITUNG

Das Konzept zur österreichischen Primärversorgung wurde im Juni 2014 angesichts der Bundeszielsteuerungskommission von den zuständigen politischen Vertretern des Bundes und der Länder sowie Vertretern der Sozialversicherungsträger beschlossen. Der Fokus wurde hierbei auf eine patientenzentrierte Gesundheitsversorgung gelegt, deren Umsetzung durch multiprofessionelle Teamarbeit gekennzeichnet ist (BMGF, 2015). International haben sich multidisziplinäre Versorgungsstrategien bereits durchgesetzt. Das Österreichische Forum Primärversorgung im Gesundheitswesen plädiert deshalb zu einer zügigen Umsetzung der Konzepte (OEFOP, 2017a).

Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen weist in Bezug auf die geplanten Primärversorgungszentren unter anderem auf den Mehrwert einer besseren Vernetzung durch die unterschiedlichen Gesundheitsberufe hin (BMGF, 2015). Dahingehend sollte auch die Rolle des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege nicht außer Acht gelassen werden, da sich für die Berufsgruppe neue berufliche Chancen ergeben. Primärversorgungszentren stellen ein neues Arbeitsfeld für Berufsangehörige der Gesundheits- und Krankenpflege dar. Der Fokus der Bachelorarbeit wurde deshalb auf die Aufgabenfelder, die diplomierte Pflegefachkräfte in den Primärversorgungszentren übernehmen, gelegt.

## 1.1 AUFBAU DER ARBEIT

In Kapitel zwei wird das Konzept zur Umsetzung der Primärversorgung in Österreich beschrieben. Danach werden die Kompetenzbereiche der Pflege nach dem neuen Gesundheits- und Krankenpflegegesetz erläutert. Das darauffolgende Kapitel beschäftigt sich mit der empirischen Herangehensweise der Autorin. Um die Fragestellungen zu behandeln wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Dementsprechend wurden leitfadengestützte Interviews mit Diplomierten Pflegefachkräften, die in Primärversorgungsprojekten tätig sind, geführt. Die Auswertung erfolgte anhand der Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring.

Die Ergebnisse werden in Kapitel fünf (sDas Berufsbild der Pflege in der Primärversorgung%) dargestellt. Hierbei teilt sich das Kapitel in vier Abschnitte, sStatus quo in Österreich%(5.1), sAufgaben der Pflege%(5.2), sStichwort: Gesundheitsförderung%(5.3) und sKooperationen und Partner%(5.4), auf. Der erste Abschnitt schafft eine Übersicht über bereits bestehende und geplante Primärversorgungsprojekte sowie über die Anzahl und den Einsatz von diplomiertem Pflegepersonal in den Primärversorgungszentren. In den Subkapiteln zwei, drei und vier werden die Ergebnisse aus den geführten Interviews

und aus der Literaturrecherche dargestellt. Abschließend bildet Kapitel sechs die Diskussion zum Thema.

## 1.2 FRAGESTELLUNGEN UND ZIELE

Die vorliegende Bachelorarbeit beschäftigt sich mit folgenden Fragestellungen:

- 1.) Welche Tätigkeiten übernehmen Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in den österreichischen Primärversorgungszentren in Bezug auf die gesetzlichen Rahmenbedingungen und Anforderungen?
- 2.) Welche pflegerischen Interventionen werden hinsichtlich der Gesundheitsförderung in Primärversorgungszentren getroffen?

Mit der Beantwortung von Fragestellung 1.) soll aufgezeigt werden, welche Aufgaben diplomierte Pflegefachkräfte bereits in den vorhandenen nationalen Primärversorgungszentren umsetzen. Fragestellung 2.) beschäftigt sich mit den Maßnahmen der Pflege in Bezug auf die Gesundheitsförderung in einem Primärversorgungszentrum.

## 2 DAS KONZEPT DER PRIMÄRVERSORGUNG

Die Weltgesundheitsorganisation, kurz WHO, legte bereits am 12. September 1978 bei der internationalen Konferenz in Kasachstan den Fokus auf die primäre Gesundheitsversorgung. Die Erklärung von Alma-Ata wies alle Regierungsmitglieder und Verantwortlichen des Gesundheitswesens weltweit auf den notwendigen Handlungsbedarf hin, um die Gesundheit der Menschen zu bewahren und zu fördern (WHO, 2017, S. 1).

In der deutschen Version der Deklaration von Alma Ata 1978 (WHO, 2017, S. 2, Abschnitt VI) wurde zudem der Begriff *primäre Gesundheitsversorgung* wie folgt definiert: *„Unter primärer Gesundheitsversorgung ist eine grundlegende Gesundheitsversorgung zu verstehen [ö]. Sie ist die erste Ebene, auf der Einzelpersonen, Familien und die Gemeinschaft in Kontakt mit dem nationalen Gesundheitssystem treten, so dass die Gesundheitsversorgung so nahe wie möglich an Wohnort und Arbeitsplatz der Menschen gerückt wird, und stellt das erste Element eines kontinuierlichen Prozesses der Gesundheitsversorgung dar.“*

Zudem wurde darauf hingewiesen, dass das Handlungsfeld der primären Gesundheitsversorgung auch Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen umfasst sowie auch das Sicherstellen von Heil- und Rehabilitationsprogrammen. Die Notwendigkeit einer multiprofessionellen Teamzusammensetzung (Ärzte, Pflegekräfte, Hebammen, Hilfskräfte und Sozialarbeiter) auf der primären Versorgungsebene wurde 1978 ebenfalls deklariert (WHO, 2017, S. 2).

### 2.1 UMSETZUNG IN ÖSTERREICH

Durch die veränderten Anforderungen an das Gesundheitswesen, bedingt durch den demographischen Wandel, den technischen Fortschritt sowie den Anstieg von chronischen beziehungsweise Langzeiterkrankungen, ist eine dementsprechende Adaption des Gesundheitssystems notwendig (Auer, 2014, S. 8). Die ersten Schritte zur Umsetzung des neuen Primärversorgungskonzeptes in Österreich wurden im März 2014 bei der Bundesgesundheitskonferenz gesetzt. Am 30. Juni desselben Jahres folgte der einstimmige Beschluss der Bundeszielsteuerungskommission hinsichtlich der Planung und Umsetzung der österreichischen Primärversorgung (BMGF, 2015). Der Begriff *„Primärversorgung“* wurde dabei in §3 Z7 des Gesundheits-Zielsteuergesetz folgendermaßen definiert: *„Die allgemeine und direkt zugängliche Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung. Sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleisten“*

*ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung. Sie berücksichtigt auch gesellschaftliche Bedingungen.*

Neben dem damaligen Gesundheitsminister Alois Stöger, waren unter anderem auch der ehemalige Landeshauptmann Oberösterreichs Dr. Josef Pühringer, Dr. Christian Bernhard (Gesundheitslandesrat in Vorarlberg), Dr. Beate Prettner (Gesundheitslandesrätin in Kärnten) sowie Vertreter der Sozialversicherungen, unter dem Vorsitz des Verbandsvorstandes Dr. Hans-Jörg Schelling, an der Planung beteiligt (BMGF, 2015). Das beschlossene Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich stellt einen Schwerpunkt der Gesundheitsreform dar und soll den Ausbau der primären Versorgungsebene nach internationalen Vorbildern unterstützen (Auer, 2014, S. 7). Gemäß §19 Absatz 1 G-ZG bilden der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) sowie die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) die Basis zur Planung und Umsetzung der Gesundheitsversorgung für alle neun Bundesländer. Der ÖSG beinhaltet dabei nationale Vereinbarungen über Finanzierung und Koordination im Gesundheitswesen. Der RSG regelt innerhalb des jeweiligen Bundeslandes das angebotene Leistungsspektrum sowie die Strukturplanung im Gesundheitssektor, die unter anderem auch den Aufbau von Primärversorgungseinheiten vorgibt.

Die Ziele der österreichischen Primärversorgung stützen sich dabei auf drei Säulen: Einerseits wurden Ziele für Patienten festgelegt, die unter anderem den Zutritt zur Gesundheitsversorgung betreffen. Hierbei sollen vor allem die Versorgung außerhalb der üblichen Ordinationszeiten sowie die angebotenen Leistungen verbessert werden. Ein Schwerpunkt stellt unter anderem die medizinische Versorgung und Beratung von chronisch Erkrankten, Kindern und Jugendlichen sowie älteren Personen dar. Zudem sollen vermehrt Interventionen zur Vorbeugung von Krankheiten und zur Förderung der Gesundheit in der primären Versorgungsebene getroffen werden (Auer, 2014, S. 8).

Andererseits wurden auch Zielsetzungen für Berufstätige im Gesundheitswesen formuliert: Neben einer Verbesserung der Work-Life-Balance und einem flexibleren Arbeitszeitmodell soll auch das Netzwerk zwischen den Institutionen und den unterschiedlichen Berufsgruppen ausgebaut werden um die Kommunikation und Kooperation zu fördern und zu verbessern. Damit will man unter anderem das Interesse an der Tätigkeit im niedergelassenen Bereich sowohl bei der Ärzteschaft als auch bei Angehörigen anderer Gesundheitsberufe erhöhen. Zudem sollen neue Möglichkeiten für die praktische Ausbildung von Allgemeinmedizinern (zum Beispiel in der Form von Lehrpraxen) geschaffen werden (Auer, 2014, S. 8).

Auch hinsichtlich der Systemsteuerung wurden Ziele deklariert: Neben der Qualitätssicherung, der Transparenz und Evaluation von Gesundheitsmaßnahmen sind auch die Entwicklung von Finanzierungskonzepten und der Stärkung der Allgemeinmedizin aufgrund ihrer zentralen Rolle von Bedeutung (Auer, 2014, S. 8). Ein weiterer Punkt ist die *Sicherstellung der zielgerichteten Versorgung auf der richtigen Versorgungsstufe zur Vermeidung medizinisch nicht notwendiger Krankenhausaufenthalte und Entlastung überfüllter Spitalsambulanzen* (Auer, 2014, S. 9). Dr. Pamela Rendi-Wagner, Bundesministerin für Gesundheit und Frauen, erklärte dahingehend bei einer Pressekonferenz im August 2017, dass sogar ein Drittel aller Patienten, die eine Notfallambulanz in einer Krankenanstalt aufsuchen, auch gleichwertig in einer extramuralen Versorgungseinheit behandelt werden könnten (Der Standard, 2017a).

## 2.2 ANFORDERUNGEN UND LEISTUNGSUMFANG

Die Mindestanforderungen an eine PVE werden im Bundesgesetz über die Primärversorgung (PrimVG) geregelt. Laut § 4 des genannten Gesetzes sind hierbei neun Punkte zu erfüllen:

1. wohnortnaher Standpunkt und gute Verkehrsanbindung
2. Öffnungszeiten von Montag bis Freitag auch außerhalb der Tagesrandzeiten (mit ärztlicher Besetzung)
3. Sicherstellung von Hilfeleistungen für Akutfälle auch außerhalb der Öffnungszeiten (Bereitschaftsdienste, Kooperation mit anderen Institutionen)
4. Erreichbarkeit durch Implementierung einer telemedizinischen, telefon- und internetbasierten Servicediensten
5. bei Bedarf Durchführung von Hausbesuchen
6. Gewährleistung eines kontinuierlichen Behandlungsverlaufes
7. barrierefreie Zugänge und Sprachdienstleistungen
8. Bereitstellung von Medizintechnik und notwendigen Apparaten
9. Mitwirkung bei österreichweiten Screening-, Vorsorge- und Versorgungsprogrammen

Der Leistungsumfang einer Primärversorgungseinheit wurde im Primärversorgungsgesetz 2017, §5 Absatz 1 und 2 festgelegt. Laut Bundesgesetz soll eine diagnostische, therapeutische und pflegerische Versorgung von Kindern, Jugendlichen, älterer, chronisch kranker und/oder multimorbider Klienten gewährleistet werden. Zudem sollen eine psychosoziale Betreuung, das Medikamentenmanagement und

gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen unternommen werden. Auch eine Sicherstellung der abschließenden Akutbehandlung und einer Langzeitbetreuung und . therapie bei Patienten mit einer chronischen Erkrankung soll die Primärversorgungseinrichtung übernehmen.

Zudem ist jede PVE laut §6 Absatz 1 des PrimVG dazu verpflichtet ein Versorgungskonzept vorzuweisen. Dies soll gewährleisten, dass die oben genannten gesetzlichen Mindestanforderungen sowie der geforderte und verpflichtende Leistungsumfang erfüllt werden. Neben den Anforderungen und dem Leistungsspektrum enthält das Versorgungskonzept des Weiteren Details zur Ablauf- und Aufbauorganisation, zur Arbeits- und Aufgabenverteilung und den Öffnungszeiten. Auch Ziele des Teams und Strategien zur fortlaufenden Behandlung von multimorbiden Patienten beziehungsweise Patienten mit chronischen Erkrankungen müssen im Konzept berücksichtigt werden.

### 2.3 BETEILIGTE BERUFSGRUPPEN UND PARTNER

Grundsätzlich richtet sich die personelle Aufstellung, sprich die Anzahl und die fachliche Qualifikation der Mitarbeiter, nach dem angebotenen Leistungsspektrum der Primärversorgungseinrichtung. Eine entsprechende Teamzusammensetzung muss erfolgen, um in Hinblick auf das Versorgungsstufenkonzept, eine Bereitstellung der vorgesehenen Leistung der Primärversorgung sicherzustellen. Dahingehend wurden Mindestvoraussetzungen, die ein Primärversorgungsteam zu erfüllen hat, fixiert. Das Kernteam einer PVE hat sich laut dem Beschluss in der Bundeszielsteuerungskommission deshalb aus folgenden Berufsgruppen zusammenzusetzen:

- Ärzten für Allgemeinmedizin
- Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen
- Ordinationsassistenten (Auer, 2014, S. 14f).

Diese Berufsgruppen müssen zudem nachweislich Kompetenzen in den Bereichen der Gesundheitsförderung und Prävention, des Medikamentenmanagements, der psychosozialen Versorgung sowie der Behandlung und Betreuung von Kindern, Jugendlichen, älteren Personen sowie Palliativpatienten aufweisen. Das Kernteam kann, hinsichtlich der regionalen Anforderungen, durch andere Berufsgruppen erweitert werden. Eine Auflistung dazu ist in nachfolgender Grafik dargestellt (Auer, 2014, S. 14ff).



**ABBILDUNG 1: EIGENE DARSTELLUNG DER BETEILIGTEN BERUFSGRUPPEN EINER PRIMÄRVERSORGUNGSEINHEIT (PVE) NACH AUER (2014, S. 16).**

Zudem ergeben sich für eine primäre Versorgungseinheit auch Kooperationen mit anderen Partnern des Gesundheitswesens. Als Beispiel können hier etwa Apotheken, Bandagisten, Gemeinden, Krankenanstalten, Schulen oder Krankenkassen genannt werden (Auer, 2014, S. 16).

## 2.4 ORGANISATIONS- UND RECHTSFORMEN

Die gesetzliche Grundlage für Primärversorgungszentren wurde im Juni 2017 durch den Beschluss des Nationalrates mit dem Gesundheitsreformumsetzungsgesetz sowie dem darin enthaltenen Primärversorgungsgesetz geschaffen (Die Presse, 2017). Die Angehörigen der Gesundheits- und Sozialberufe bilden das Primärversorgungsteam unter der medizinischen Leitung eines Arztes. Die Aufgabengebiete und Tätigkeitsbereiche der einzelnen Berufsgruppen ergeben sich aus den jeweiligen Berufsgesetzen und den Kompetenzprofilen. Hinsichtlich der Aufbauorganisation kann zwischen zwei Modellen gewählt werden: Die Primärversorgungseinrichtung etabliert alle Teammitglieder an einem Standort, während das Primärversorgungsnetzwerk unterschiedliche Lokalisationen der zusammenarbeitenden Fachkräfte toleriert. So ist etwa ein Netzwerk aus unterschiedlichen Ordinationen durch verbindliche Arbeitsverträge und ein gemeinsames Auftreten nach außen möglich (Auer, 2014, S. 17ff).

Ein Primärversorgungszentrum kann laut PrimVG sowohl in Form einer Gruppenpraxis (§9) als auch als selbstständiges Ambulatorium (§10) geführt werden. Voraussetzungen

für die Errichtung einer Versorgungseinheit sind für beide Formen unter anderem ein Vertrag mit dem zuständigen Sozialversicherungsträger (§9 und §10) sowie ein positiver Abschluss eines Auswahlverfahrens nach §14. Die Entscheidung des Verfahrens hat gemäß §14 Absatz 1 PrimVG nach objektiven, antidiskriminierenden und nachvollziehbaren Anhaltspunkten zu geschehen. Die Beurteilung führt die Gebietskrankenkasse vor Ort in Kooperation mit anderen Versicherungsträgern sowie der Landesärztekammer durch (§14 Absatz 4 PrimVG). Zur Bewertung herangezogen werden das Versorgungskonzept nach §6, Kennzeichen zu den Reihungs-Verordnungen sowie die obligatorische Stellungnahme der Landesärztekammer und den gesetzlichen Vertretern privater Spitäler (§14 Absatz 5 PrimVG).

Zudem muss die Errichtung der primären Versorgungseinheit im Planungsvorhaben des Regionalen Strukturplans Gesundheit vorgesehen sein (§14 Absatz 2 PrimVG). Im August 2017 verkündete Gesundheitsministerin Pamela Rendi-Wagner bei einer Pressekonferenz in Kärnten die geplante Errichtung von insgesamt 75 Primärversorgungszentren in ganz Österreich (Der Standard, 2017a). 30 Einrichtungen auf primärer Versorgungsebene sollen dabei alleine in der Steiermark laut dem RSG 2025 errichtet werden (Gesundheitsfonds Steiermark, 2017).

### 3 KOMPETENZBEREICHE DER PFLEGE

Gemäß §2 Absatz 2 des Primärversorgungsgesetzes zählen Angehörige des gehobenen Gesundheits- und Krankenpflegedienstes zum Kernteam einer Primärversorgungseinheit. Dahingehend werden im folgenden Kapitel das Berufsbild sowie die Kompetenzbereiche des Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals nach dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz beschrieben, um mögliche Aufgabenfelder in der Primärversorgung identifizieren zu können.

Das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz wurde im September 2016 reformiert. Durch die Verabschiedung der neuen Novelle änderte sich für Angehörige des gehobenen Dienstes die Berufsbezeichnung in *„Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin“* beziehungsweise *„Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger“*. Spezielle Grundausbildungen wie die *„Kinder- und Jugendpflege“* sowie die *„psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege“* sind ab Jänner 2018 nicht mehr zulässig und laufen aus (§ 11 ff GuKG). Zudem soll die Ausbildung des gehobenen Dienstes bis 2024 ausschließlich auf tertiärer Ausbildungsebene stattfinden (Golla, 2017).



Das Berufsbild gemäß §12 Absatz 1 GuKG wird wie folgt definiert: *„Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege trägt die Verantwortung für die unmittelbare und mittelbare Pflege von Menschen in allen Altersstufen, Familien und Bevölkerungsgruppen in mobilen, ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungsformen sowie allen Versorgungsstufen (Primärversorgung, ambulante spezialisierte Versorgung sowie stationäre Versorgung). Handlungsleitend sind dabei ethische, rechtliche, interkulturelle, psychosoziale und systemische Perspektiven und Grundsätze.“*

Das Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal führt gesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative und palliative Tätigkeiten, auf wissenschaftlich fundierter Basis, aus. Im interprofessionellen Team tragen Berufsangehörige des gehobenen Dienstes zur Einhaltung der fortwährenden Behandlung und Betreuung bei. In Kooperation mit den Ärzten führen sie übertragene Interventionen durch (§12 Absatz 2 ff GuKG). Nach der GuKG-Reform 2016 wurde das Berufsbild zudem noch um folgenden Absatz (§12 Absatz 5 GuKG) ergänzt: *„Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege entwickelt, organisiert und implementiert pflegerische Strategien, Konzepte und Programme zur Stärkung der Gesundheitskompetenz, insbesondere bei chronischen Erkrankungen, im Rahmen der Familiengesundheitspflege, der Schulgesundheitspflege sowie der gemeinde- und bevölkerungsorientierten Pflege.“*

Zudem wurden nach Verabschiedung der neuen Novelle aus den vorangegangenen Tätigkeitsbereichen sogenannte *„Kompetenzbereiche“* die in sechs Kategorien aufgeteilt wurden. Diese umfassen die Kernkompetenzen der Pflege sowie die Kompetenz bei Notfällen, bei medizinischer Diagnostik und Therapie, bei Spezialisierungen, bei der Weiterverschreibung von Medizinprodukten und in der Zusammenarbeit mit mehreren Gesundheitsprofessionen (§13 GuKG).

### 3.1 PFLEGERISCHE KERNKOMPETENZEN

Als Kernkompetenz des Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals gilt unter anderem die Durchführung aller Schritte des Pflegeprozesses (§14 Absatz 1 GuKG). Der Pflegeprozess unterscheidet die professionelle Pflege von der Laienpflege und stellt eine Arbeitsmethode der Pflegepersonen dar, um einen strukturierten Ablauf ihrer Arbeit gemeinsam mit dem Patienten/Klienten sowie deren Angehörige zu gewährleisten. Zudem werden alle Schritte dieser Handlungsstrategie von den Pflegefachkräften dokumentiert um eine Verlaufskontrolle sowie die Nachvollziehbarkeit der Maßnahmen zu garantieren. Der Pflegeprozess nach Verena Fiechter und Martha Maier impliziert sechs Schritte, welche in nachfolgender Abbildung dargestellt werden (König, 2011, S. 266f).



**ABBILDUNG 2: EIGENE DARSTELLUNG DER SECHS SCHRITTE DES PFLEGEPROZESSES NACH FIECHTER UND MAIER (KÖNIG, 2011, S. 267) .**

Der erste Schritt des Prozesses umfasst die Erhebung von pflegerelevanten Informationen. Dies kann unter anderem durch ein Pflegeanamnesegespräch erfolgen. Der zweite Schritt impliziert die Pflegediagnostik mit der Einschätzung und Ermittlung von Pflegeproblemen sowie dem Erkennen von möglichen Ressourcen. Zu diesem Zeitpunkt werden von der Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson auch die Pflegediagnosen gestellt. Im nächsten Schritt werden Pflegeziele, die sowohl Fern- als auch Nahziele implementieren können, gesetzt. Um diese Ziele zu erreichen, werden in Schritt vier die dafür vorgesehenen Maßnahmen festgelegt. Der vorletzte Schritt umfasst die Umsetzung dieser pflegerischen Interventionen. Im letzten Schritt führt eine Diplomierte Pflegefachkraft die Evaluation der Ergebnisse durch (König, 2011, S. 266ff).

Neben dem Pflegeprozess zählen auch die Gesundheitsförderung und die Prävention, die pflegerische Beratungen und die Betreuung sowie die Forschung in Bezug auf die Pflege zu den pflegerischen Kernkompetenzen (§14 Absatz 1 GuKG). Eine Zusammenfassung der Kernkompetenzen wurde in §14 Absatz 2 des GuKG vorgenommen:

1. Gesamtverantwortung über alle Schritte des Pflegeprozesses
2. Setzen und Ausführen von pflegerischen Interventionen

3. Unterstützung in den Lebensaktivitäten
4. Überprüfung der gesundheitlichen Verfassung
5. theoriegestützte Kommunikation
6. Betreuung, Beratung sowie die Veranstaltung von Schulungen im Rahmen der Gesundheits- und Krankenpflege
7. Setzen von gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen sowie Maßnahmen zur Steigerung der Kompetenz hinsichtlich der eigenen Gesundheit
8. Verfassen von Pflegegutachten
9. Delegation, Subdelegation sowie die Beaufsichtigung unter Berücksichtigung der individuellen pflegerischen Situation
10. Anweisung und Beaufsichtigung von Assistenzberufen
11. Anweisung und Beaufsichtigung von Auszubildenden
12. pflegerisches Handeln auf Basis von ethischen Prinzipien und wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen
13. Ausbau und Steigerung der beruflichen Handlungskompetenzen
14. Mitarbeit an Projekten im Forschungsbereich sowie die Durchführung evidenzbasierter Ergebnisse in den Berufsalltag
15. Durchführung komplementärer Maßnahmen im Pflegebereich
16. Mitarbeit im Risiko- und Qualitätsmanagement
17. Setzen von psychosozialen Maßnahmen im Rahmen der Gesundheits- und Krankenpflege

### 3.2 KOMPETENZ BEI MEDIZINISCHER DIAGNOSTIK UND THERAPIE

§ 15 Absatz 1 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes beschreibt die Kompetenzen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege im Rahmen der medizinischen Diagnostik und der medizinischen Therapie nach Artanordnung. Während der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich gemäß §15 Absatz 5 des GuKG 1997 nur sieben Tätigkeitsbereiche auflistet, wurden diese im Rahmen der Reform auf 21 Handlungsfelder ausgeweitet. Diese werden in §15 Absatz 4 des GuKG 2016 wie folgt aufgelistet:

1. Arzneimittelgabe inklusive Zytostatika und Kontrastmittel
2. Gabe von Injektionen und Infusionen
3. Durchführung von Punktionen und Blutentnahmen aus den Kapillaren, den peripheren venösen Gefäßen sowie aus der Arterie Radialis und der Arterie Dorsalis Pedis und aus einem liegendem, zentralvenösen Gefäßsystem
4. Anlegen, Wechsel und Entfernen von peripheren Verweilkanülen sowie Maßnahmen zur Erhaltung der Durchgängigkeit dieser Kanülen
5. Austausch der Dialyselösung bei Peritonealdialyse

6. Gabe von Blutbestandteilen sowie Vollblut inklusive Bedside-Test
7. Legen von transurethralen Kathetern zur Ableitung von Urin, zur Instillation und zur Spülung bei Frauen und Männern sowie Restharnbestimmung im Rahmen einer Einmalkatheterisierung
8. Überprüfung der Restharmenge mit nichtinvasiven sonographischen Maßnahmen
9. Vorbereitung, Assistenz und Nachsorge in Bezug auf endoskopische Eingriffe
10. Unterstützung im chirurgischen Wundmanagement
11. Entfernung von Drainagen, Nähten oder Klammern sowie die Versorgung und der Wechsel von Verbänden und Bandagen
12. Setzen und Entfernen von transnasalen oder transoralen Magensonden
13. Gabe von Klistieren, Darmeinläufen oder Darmspülungen
14. Absaugen der oberen Atemwege und aus dem Tracheostoma
15. Austausch von suprapubischen Kathetern wie auch perkutanen gastraln Tauschsystemen
16. Fixieren von Miedern, Orthesen und vorab eingestellten, elektrischen Bewegungsschienen
17. Handhabung von zu- und ableitenden Systemen
18. Bedienung und Überwachung mittels Monitoring mit medizin-technischen Maschinen
19. Ausführung von standardisierten diagnostischen Interventionen
20. Ausführung von medizinisch-therapeutischen Maßnahmen, wie etwa die Anpassung von Insulin-, Schmerz- und/oder Antikoagulantientherapie nach Standard Operating Procedures (SOP)
21. Übertagung einzelner Tätigkeiten an Patienten und Personen gemäß §50a oder §50b ÄrzteG 1998 nach Arztanordnung

### 3.3 WEITERE KOMPETENZBEREICHE

Weitere Kompetenzbereiche umfassen unter anderem die Tätigkeiten bei medizinischen Notfällen, wie etwa die Verständigung eines Mediziners oder das Vollziehen lebensrettender Sofortmaßnahmen (§14a Absatz 1 GuKG). Des Weiteren ist es dem Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal seit der Gesetzesnovelle 2016 erlaubt, Medizinprodukte weiter zu verordnen, wenn zuvor eine ärztliche (Erst-)Anordnung erfolgt ist. Bei den Medizinprodukten handelt es sich um Erzeugnisse aus dem Ernährungssektor und um Artikel zur Mobilisation, zur Inkontinenz- beziehungsweise Stomaversorgung, zur Durchführung von Verbandswechsel sowie um Messgeräte und prophylaktische Hilfsmittel. Die Produkte dürfen solange weiterverschrieben werden, bis sich die Situation des Behandelten so ändert, dass eine Neuverordnung und/oder

Anpassung durch einen Mediziner notwendig sind beziehungsweise der Arzt die Anordnung ändert (§15a Absatz 1 GuKG).

Der §16 des GuKG beschreibt den letzten Kompetenzbereich und umfasst die Aufgaben des gehobenen Gesundheits- und Krankenpflagedienstes in einem multiprofessionellen Team. Gemäß §16 Absatz 2 GuKG beinhalten diese das Vorschlags- und Mitwirkungsrecht in einem Versorgungsteam mit mehreren Professionen sowie die Verantwortung in Bezug auf die Umsetzung von pflegerischen Maßnahmen. Das Fachwissen der Pflege im multidisziplinären Team umfasst laut §16 Absatz 3 GuKG folgende neun Punkte:

1. die Interventionen hinsichtlich der Vermeidung von Krankheiten und Unfällen sowie zur Gesundheitsförderung
2. das Aufnahme- sowie dem Entlassungsmanagement
3. die Beratung in Gesundheitsfragen
4. die Vernetzung innerhalb der verschiedenen Berufsgruppen
5. den Informations- und Wissenstransfer
6. der Organisation und der Gewährleistung einer fortlaufenden Behandlung
7. der Ersteinschätzung von Patienten anhand von standardisierten Triage- und Einschätzungssystemen
8. der Entscheidungsfindung beruhend auf ethischen Prinzipien
9. der Steigerung der Gesundheitskompetenz

### 3.4 SPEZIALISIERUNGEN

Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen haben gemäß §17 Absatz 1 GuKG die Möglichkeit Spezialisierungen in der Lehre, dem Management oder in setting- und zielgruppenbezogene Bereiche zu erlangen. Zu den setting- und zielgruppenspezifischen Spezialisierungen zählen unter anderem die Kinder- und Jugendlichenpflege, die Pflege bei Nierenersatztherapie, die Pflege im Operations-, Anästhesie- oder Intensivbereich, die Hospiz- und Palliativpflege sowie die Pflege im psychogeriatrischen Sektor. Zudem können auch Spezialisierungen im Bereich der Krankenhaushygiene, im Wundmanagement oder in der Stomaversorgung erworben werden (§17 Absatz 2 GuKG).

## 4 EMPIRISCHER TEIL

In folgendem Kapitel werden das Forschungsdesign sowie der Vorgang der Datenerhebung und der Analyse beschrieben. Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt, mit dem Ziel die Aufgabenbereiche des

Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals in einem Primärversorgungszentrum näher zu identifizieren.

Wie Hanna Mayer (2011, S. 73) erläutert, basiert der qualitative Forschungsansatz *sauf den Vorstellungen, die den Geisteswissenschaften nahestehen und greift auf die Induktion als grundlegendem Gedankengang des Erkenntnisgewinns zurück.* Die qualitative Forschung will Erscheinungen in Bezug auf das menschliche Erleben als Ganzes erfassen und analysieren und ist durch eine induktive Vorgehensweise gekennzeichnet. Die Ermittlung von Daten erfolgt mittels halb oder teilstandardisierter Erhebungsinstrumente. Für die Analyse des Datenmaterials werden interpretative Strategien herangezogen (Mayer, 2011, S. 75). Das Ziel dieses Ansatzes ist den Vorgang darzustellen, durch den die soziale Realität abgebildet wird (Lemnak & Krell, 2016, S. 44).

#### 4.1 METHODIK DER DATENERHEBUNG

Zur Erhebung der Informationen entschied sich die Autorin für die Durchführung von Experteninterviews. Robert Kaiser (2014, S. 6) definiert qualitative Experteninterviews als eine systematische Methode zur Informationsgewinnung anhand der Befragung von Personen mit exklusivem Kenntnissen zu einer bestimmten Thematik. Laut Fischer (2006, S. 17) bewährt sich das Experteninterview *snsbesondere zur Exploration, als Pretest zur Hypothesenentwicklung sowie zur Systematisierung eines vorwissenschaftlichen Verständnisses [ö ].* Diese Sonderform der Interviewführung wird vor allem im sozialwissenschaftlichen Bereich angewandt. Ein Vorteil dieser Befragungstechnik ist der relativ hohe Informationsbeginn bereits zu Beginn des Forschungsprozesses (Fischer, 2006, S. 16). Wie Fischer (2006, S.16) erläutert, sollte die Befragung von Experten jedoch nicht als alleinige Methode zur Datengewinnung herangezogen werden, da die Aussagen der Fachpersonen nicht die Kennzeichen einer allgemein gültigen und repräsentativen Erhebung haben. Die Informationen aus den Interviews können unter anderem mittels Daten aus der Literaturrecherche gestützt und/oder bestätigt werden.

Der Ausdruck *„Experte“* lässt sich vom lateinischen Begriff *„expertus“* ableiten, das übersetzt so viel wie *„erprobt“* oder *„bewährt“* bedeutet (Bogner, Littig & Menz, 2014, S.9). Einem Experten spricht man ein besonderes Wissen, in Bezug auf eine Funktion oder einen Beruf, zu (Kaiser, 2014, S.36). Als Experte für die Befragung sollten jene Personen herangezogen werden, deren Expertise im Forschungsschwerpunkt liegt und für den Forscher sowie für die Gesellschaft als Spezialist gilt (Bogner et al, 2014, S. 11). In der vorliegenden Arbeit wurden die Experten anhand ihrer Ausbildung (Diplom für

Gesundheits- und Krankenpflege) und anhand ihres Arbeitsplatzes im Bereich der Primärversorgung ausgewählt.

Um herauszufiltern, wie viele Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in den österreichischen Primärversorgungszentren tätig sind, wurde eine ausführliche Recherche im Zeitraum zwischen Oktober und November 2017 durchgeführt. Als Grundlage, um bereits bestehende sowie geplante Primärversorgungszentren zu identifizieren, diente die Versorgungskarte des Österreichischen Forums für Primärversorgung im Gesundheitswesen. Dahingehend wurde mit allen Zentren und Projekten per Mail sowie telefonisch Kontakt aufgenommen, um diese hinsichtlich des Angestelltenverhältnisses von Diplomierten Pflegepersonals zu befragen. Zudem wurden alle genannten Projekte und Zentren hinsichtlich des gesetzlichen Anforderungsprofils eines Primärversorgungszentrums geprüft. Für weitere Informationen hinsichtlich des Ausbaus der Primärversorgung wurde außerdem mit den jeweiligen Gebietskrankenkassen aller Bundesländer, mit dem Gesundheitsfonds Steiermark, mit dem Gesundheitsfonds Kärnten, mit der Landesärztekammer Steiermark sowie mit dem Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband Kontakt aufgenommen. Im ersten Abschnitt des Kapitels „Das Berufsbild der Pflege in der Primärversorgung“ werden die Erkenntnisse aus der Recherche präsentiert. Hierbei wird ein Überblick für jedes Bundesland hinsichtlich der derzeitigen Entwicklung und Umsetzung der Primärversorgung gegeben. Anhand der Übersichtstabelle ist zudem ersichtlich, wie viele Diplomierte Pflegepersonen derzeit in den Primärversorgungszentren tätig sind.

#### 4.1.1 BESCHREIBUNG DES ERHEBUNGSINSTRUMENTES

In der vorliegenden Arbeit wurden die Daten mittels leitfaden-gestützten Experteninterviews ermittelt. Leitfaden-gestützte Befragungen definieren sich durch eine strukturierte Art der Gesprächsführung, mit dem Ziel, spezifische Expertise hinsichtlich des Forschungsgegenstandes abzufragen. Der Fokus der Datenerhebung liegt dabei auf harte Fakten, die sich aus Informationsquellen entweder schwer oder gar nicht ermitteln lassen (Kaiser, 2014, S.35).

Die Erstellung des Leitfadens für die Befragung erfolgte nach dem Zugang von Robert Kaiser (2014). Dahingehend kam es zur Operationalisierung der Forschungsfragen in geeignete Interviewfragen. Ziel dieses Arbeitsprozesses ist die Erstellung von Interviewfragen, deren Ergebnisse später systematisch auf die Forschungsfrage übertragen werden können. (Kaiser, 2014, S.55f). Die Schritte dazu werden in nachfolgender Grafik dargestellt.



**ABBILDUNG 3: OPERATIONALISIERUNG DER FORSCHUNGSFRAGEN IN ANLEHNUNG AN KAISER (2014).**

Die sogenannten Analysedimensionen lassen sich dabei aus der Literatur beziehungsweise Theorie ableiten. Daraus wurden anschließend Fragenkomplexe entworfen, die im letzten Schritt zu den eigentlichen Interviewfragen ausgearbeitet wurden (Kaiser, 2014, S.56f). Die Autorin identifizierte anhand ihrer Forschungsfrage folgende Analysedimensionen und Fragenkomplexe:

- Aufgaben- und Tätigkeitsbereich
  - Tätigkeiten nach Arztanordnung
  - pflegerische Kernkompetenzen
- Fort- und Weiterbildung
  - Zusatzqualifikationen
  - Berufserfahrung
  - Weiterbildungen
- Gesundheitsförderung
  - Maßnahmen
  - Projekte
  - Ressourcen
  - Partner

Insgesamt konnte die Autorin 14 Interviewfragen aus den Fragenkomplexen ableiten. Der Interviewleitfaden wurde anschließend Experten zur Begutachtung vorgelegt. Der Input, auch in Form von weiteren Fragen, von Katrin Knödl und Thomas Findling vom EBN Institut in Graz, Dr. Martin Sprenger, MPH vom Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Privatdozent Dr. Stefan Korsatko, MBA vom Medical Research Center in Graz und Melitta Horak, BSc, MSc von der IMC Fachhochschule in Krems (Department of Health Sciences) wurden im Interviewleitfaden berücksichtigt. In der finalen Version konnte der Interviewleitfaden 20 Fragen verzeichnen, wobei sowohl direkte, spezifische und interpretative Fragestellungen vorkommen. Eine Kopie des Interviewleitfadens ist im Anhang der vorliegenden Arbeit zu finden.



Der Leitfaden wurde zudem einem Pre-Test unterzogen. Ein Pre-Test kennzeichnet mögliche Schwachstellen eines Interviewleitfadens oder Fragebogens. Dies kann vor allem die Formulierung der Fragen betreffen, da diese zwar für den Forscher verständlich sind, jedoch nicht für den Gesprächspartner (Kaiser, 2014, S. 69). Der Pre-Test wurde mit zwei Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen im November 2017 durchgeführt. Hierbei wurde der Leitfaden von der Autorin auf die Verständlichkeit und die Anordnung der Fragen sowie auf die Dauer des Gespräches geprüft.

#### 4.1.2 BESCHREIBUNG DER DATENERHEBUNG

Die Kontaktierung der Interviewpartner erfolgte zwischen November und Dezember 2017 per Mail sowie per Telefon. Dahingehend wurde nicht nur mit den Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal in Kontakt getreten sondern gegebenenfalls auch mit Vorgesetzten um eine Erlaubnis zur Gesprächsführung einzuholen.

Es wurden Anfragen für ein Experteninterview an alle Primärversorgungszentren, die im November 2017 bereits geöffnet hatten, gestellt. Um die Stichprobe zu erhöhen, wurde ebenfalls an den drei steirischen Gesundheitszentren angefragt, da diese alle Voraussetzungen eines PVZ bis auf die vertragliche Regelung mit der Sozialversicherung erfüllen. Es konnte jeweils eine Diplomierte Pflegekraft aus allen Primärversorgungszentren sowie zwei Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen aus zwei unterschiedlichen Gesundheitszentren befragt werden. Somit wurden insgesamt sechs Befragungen durchgeführt, die im Durchschnitt elf Minuten (Standardabweichung: 2.8) dauerten und willkürlich mit den laufenden Code-Nummern sNT001%bis sNT006% gekennzeichnet wurden.

Die Interviews fanden zwischen dem 18. Dezember 2017 und 13. Jänner 2018 statt. Die Termine und die Uhrzeit der Befragungen wurden gemeinsam mit den Experten vorab festgelegt. Aufgrund der räumlichen Distanz wurden die Interviews per Telefon geführt. Die Aufzeichnung erfolgte mit einem digitalen Diktiergerät der Firma ELEGANT. Alle Interviews wurden von der Autorin selbst durchgeführt.

Um die erhobenen Daten auswerten zu können, wurden die digitalen Aufzeichnungen transkribiert. Hierbei wurden sowohl Fragen als auch Antworten niedergeschrieben und kodiert (I = Interviewer, B = Befragter). Unverständliche Antwortpassagen wurden im Transkript gekennzeichnet, Aussprachen im Dialekt wurden ins Schriftdeutsche übersetzt. Anmerkungen in Bezug auf Hintergrundgeräusche, Pausen oder Hinweise der Autorin wurden dementsprechend markiert (< >% Angaben, die Rückschlüsse auf die interviewte

Person sowie auf das Institut schließen könnten, wurden anonymisiert. Das Transkript liegt in elektronischer Form an der Fachhochschule Kärnten auf.

## 4.2 DATENANALYSE

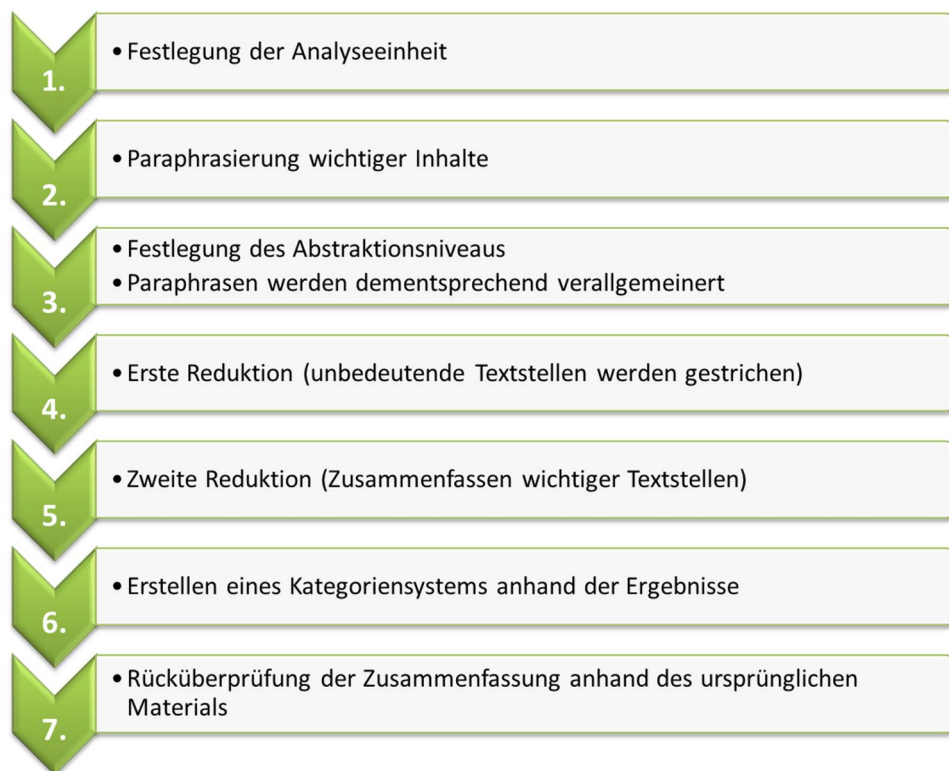
Wie Robert Kaiser (2014, S. 3) ausführt, können im Vergleich zu quantitativen Befragungsmethoden *die gewonnen Daten aus qualitativen Experteninterviews aufgrund der Offenheit und der geringen Standardisierung der Instrumente der Datenerhebung nicht sinnvoll statistisch ausgewertet werden.* Dahingehend werden bei Experteninterviews interpretative Analysemethoden zur Auswertung herangezogen. Die Anwendung erfolgt ebenfalls unter systematischen Bedingungen (Kaiser, 2014, S.3). In der vorliegenden Arbeit wurde zur Auswertung des Datenmaterials eine qualitative Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring durchgeführt. Die Inhaltsanalyse nach Mayring erfolgt in einzelnen Stufen, die vorab festgelegt werden. Dies gewährleistet eine Nachvollziehbarkeit sowie eine intersubjektive Nachprüfung. Das allgemeine Ablaufschema der Inhaltsanalyse wird von Mayring in neun Schritten beschrieben (Mayring, 2015, S. 61f):

1. Bestimmung des Materials
2. Untersuchung der Entstehungssituation
3. Formale Charakteristika des Datenmaterials
4. Richtung der Analyse
5. Theoretische Differenzierung der Fragestellung
6. Festlegung der Analysetechnik/Kategoriensysteme/Ablaufmodells
7. Begriffsbestimmung der Analyseeinheiten
8. Zusammenstellung und Interpretation der Ergebnisse
9. Beachtung der Gütekriterien

Die ersten drei Schritte der Analyse beschäftigen sich mit der Untersuchung des Ausgangsmaterials. Hierbei wird das zu untersuchende Datenmaterial festgelegt, die Entstehungssituation beschrieben sowie die Eigenschaften des Materials analysiert (Mayring, 2015, S. 54f). Eine genaue Ausführung dazu findet sich im Kapitel 4.2.1 wieder. Der vierte Schritt legt die Richtung der Untersuchung fest. Hierbei können der Gegenstand an sich, das emotionale Befinden des Kommunikators oder etwa die soziokulturellen Zusammenhänge im Fokus stehen (Mayring, 2015, S.58). Für die Verfasserin dieser Arbeit stand der Gegenstand im Mittelpunkt. Schritt fünf, die theoretische Differenzierung der Fragestellung, thematisiert die Regel- und Theoriegeleitetheit. Dies bedeutet, dass die Fragestellungen an die bisherigen theoretischen Erkenntnisse und Grundlagen anknüpfen sollen (Mayring, 2015, S. 60).

Dahingehend startete die Autorin ihre Untersuchung auch mit einer Recherche. Die Erkenntnisse der Recherche beziehungsweise der theoretische Input zur Thematik werden im Kapitel zwei und drei beschrieben. Zudem wurde der Interviewleitfaden gemeinsam mit Experten entworfen.

Schritt sechs beschäftigt sich mit der Festlegung der Analysetechnik beziehungsweise des Analysemodells. Mayring unterscheidet dabei drei verschiedene Arten von Interpretationsmodellen. Neben der Zusammenfassung zählen auch die Explikation und die Strukturierung zu diesen Grundformen. Die Form der Interpretation ist abhängig vom Forschungsgegenstand (Mayring, 2015, S. 67). Die Autorin hat sich für ihre Analysen für die Interpretationsart der Zusammenfassung entschieden. Diese Form ist dadurch gekennzeichnet, dass das Datenmaterial zwar stark minimiert wird, wichtige Aussagen und Inhalte dabei aber nicht verloren gehen (Mayring, 2015, S. 67). In der nachfolgenden Abbildung werden die Stufen der zusammenfassenden Inhaltsanalyse dargestellt.



**ABBILDUNG 4: EIGENE DARSTELLUNG DES ABLAUSCHEMAS DER ZUSAMMENFASSENDEN INHALTSANALYSE NACH MAYRING (MAYRING, 2015, S. 70).**

Schritt sieben beschäftigt sich mit der genauen Definition der Analyseeinheiten. Diese Einheiten werden festgelegt um das Ausgangsmaterial zusammenzufassen. Der kleinste Bestandteil des zu untersuchenden Materials wird als Kodiereinheit festgelegt. Der maximale Bestandteil als Kontexteinheit. Die Auswertungseinheit gibt an, in welcher

Reihenfolge die zu interpretierenden Textteile schlussendlich bearbeitet werden. Im Fokus dieses Arbeitsschrittes liegt immer die Bildung eines Kategoriensystems. Diese Kategorien werden anhand der theoretischen Grundlage samt den Fragestellungen sowie dem erhobenen Datenmaterial entwickelt (Mayring, 2015, S. 61). Für die vorliegende Arbeit ergaben sich in Anlehnung auf die vorab erarbeiteten Analysedimensionen und Fragenkomplexe nach Kaiser (2014) insgesamt vier Hauptkategorien und neun Subkategorien:

- Aufgaben im Kompetenzbereich der medizinischen Diagnostik und Therapie
  - Tätigkeiten im Berufsalltag
  - Durchführung von Hausbesuchen
  
- Aufgaben in Bezug auf die pflegerischen Kernkompetenzen
  - Tätigkeiten im Berufsalltag
  - Durchführung des Pflegeprozesses
  - Umsetzung eines Pflegemodells
  
- Gesundheitsförderung
  - Maßnahmen und Projekte
  - Partner
  
- berufliche Qualifikationen
  - Zusatzausbildungen
  - Berufserfahrung

Schritt acht, die Zusammenstellung und die Interpretation der Ergebnisse, erfolgte nach dem Schema der zusammenfassenden Inhaltsanalyse (siehe Abbildung vier). Die Einteilung des Textmaterials in das Kategoriensystem erfolgte ohne Verwendung eines speziellen Softwareprogramms. Die bedeutenden Textstellen wurden unterschiedlich farblich markiert und danach dem passenden Kategoriensystem zugeordnet. Danach wurde eine Paraphrasierung der Inhalte durchgenommen. Hierbei wurden nicht bedeutsame Bestandteile des Textes gestrichen und inhaltlich wichtige Bestandteile herausgefiltert und zusammengefasst. Mit der Rücküberprüfung wurde sichergestellt, dass alle inhaltlich wichtigen Textpassagen aus dem Ausgangsmaterial berücksichtigt wurden (Mayring, 2015, S. 71). Die Ergebnisse der Analyse werden in Kapitel fünf dargestellt. Der letzte Schritt, die Anwendung der inhaltsanalytischen Gütekriterien, wird im nachfolgenden Kapitel näher erläutert.

### 4.3 GÜTEKRITERIEN IN DER QUALITATIVEN FORSCHUNG

Gütekriterien dienen in der Wissenschaft dazu, das Niveau der empirischen Arbeitsweise zu ermitteln. Anhand dieser Kriterien können Aussagen zur Qualität der Forschung sowie über die korrekte Vorgehensweise zur Ermittlung der Ergebnisse getätigt werden. In Bezug auf den qualitativen Forschungsansatz lassen sich dabei folgende Kennzeichen nennen: Glaubwürdigkeit, Folgerichtigkeit und Angemessenheit. Die Glaubwürdigkeit beschreibt die korrekte Deutung der Daten, die von den Studienteilnehmern erhoben wurden. Die Folgerichtigkeit bezieht sich auf die Überprüfbarkeit und Plausibilität des Forschungsprozesses. Die Angemessenheit geht auf die sorgfältige Darstellung der Realität aus Sicht der Teilnehmer zurück (Mayer, 2011, S. 81f).

Da in der vorliegenden Arbeit die Interpretation der Daten anhand der Inhaltsanalyse von Philipp Mayring erfolgte, werden an dieser Stelle auch die sechs Gütekriterien der qualitativen Forschung nach Mayring näher erläutert. Das erste Qualitätskriterium nach Mayring stellt dabei die Verfahrensdokumentation dar. Diese soll sicherstellen, dass der Arbeitsprozess nachvollziehbar und sorgfältig dokumentiert ist (Mayer, 2011, S. 83). Um dies zu gewährleisten, wurden im Kapitel „Empirischer Teil“ die Methodik, das Erhebungsinstrument sowie das Analyseverfahren beschrieben. Im Anhang findet sich zudem der ausgearbeitete Interviewleitfaden wieder.

Ein weiteres Kriterium stellt die argumentative Interpretationsabsicherung dar. Die Deutung der erhobenen Daten nimmt in der qualitativen Forschung einen besonderen Stellenwert ein und muss stets begründet werden (Mayer, 2011, S. 83). Um dies zu gewährleisten, wurden die Interviews aufgezeichnet und transkribiert. Die Interpretationen der Autorin konnten somit durch Zitate abgesichert werden. Die Regelgeleitetheit beschreibt die systematische Vorgehensweise und das Festhalten an bestimmten Regeln (Mayer, 2011, S. 83). Um dieses Kriterium zu erfüllen, wurde die genaue Auswertungsmethode der Daten im Kapitel „Datenanalyse“ erläutert.

Ein weiteres Kriterium laut Mayring ist die Nähe zum Gegenstand. Hierbei sollen Teilnehmer nicht in ein Labor zur Datenerhebung geführt werden, sondern vor Ort, in ihrem gewohnten Umfeld, untersucht werden (Mayring, 2011, S. 83). Die Interviews mit den Diplomierten Pflegefachkräften haben in der Arbeitszeit, in ihrer üblichen Arbeitsumgebung stattgefunden. Lediglich ein Interview fand im privaten Umfeld der befragten Person, außerhalb der Dienstzeit, statt. Ein persönliches Gespräch war aufgrund der räumlichen Distanz bei keinem Interview möglich.

Auch die kommunikative Validierung stellt für Mayring ein Kennzeichen für Güte in der qualitativen Forschung dar. Laut Mayring können die Ergebnisse der Studie noch genauer (hinsichtlich ihrer Gültigkeit) überprüft werden, wenn diese mit den Probanden nochmals diskutiert werden (Mayring, 2011, S. 83). Aufgrund der schwierigen Terminkoordination, der räumlichen Distanz sowie der begrenzten zeitlichen Ressourcen wurde auf eine Diskussion der Ergebnisse mit den Teilnehmern verzichtet.

Das letzte Kriterium ist die Triangulation. Hierbei geht es um die Berücksichtigung verschiedener Blickwinkel auf den Forschungsgegenstand sowie die Einbindung unterschiedlicher Erhebungsmethoden zur Qualitätserhöhung der Forschungsergebnisse (Mayer, 2011, S. 84). Neben den Interviews wurde auch eine Literaturrecherche durchgeführt. Zudem wurden Experten aus unterschiedlichen Disziplinen um Input, Literaturempfehlungen und Feedback gefragt.

#### 4.4 LIMITATION

Wie Schink (2013, S. 81, zit. nach Steinke, 2000, S. 324 ff) erläutert, gehört zu den Kernkriterien des qualitativen Forschungsansatzes unter anderem auch die Aufklärung über nichtbeantwortete Fragestellungen sowie die Reflexion. Hierbei sollte der Autor auch seinen Part im Forschungsverlauf kritisch betrachten.

Fünf der sechs Interviews wurden während der regulären Dienstzeit der Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen durchgeführt. Dies könnte eventuell zu einem Zeitdruck der Befragten geführt haben, wodurch diese Fragen eventuell nur kurz oder unzureichend beantwortet haben könnten. Durch die Durchführung der Interviews per Telefon musste auch immer mit Verbindungsstörungen und schlechtem Empfang sowie mit Unterbrechungen durch Hintergrundgeräusche gerechnet werden. Zudem ist es nicht nachvollziehbar, inwieweit sich die Pflegefachkräfte im Vorhinein mit dem Berufsgesetz und den Kompetenzbereichen auseinander gesetzt haben. Hierbei vermutet die Autorin, dass es eventuell zu Missverständnissen beziehungsweise zu einer falschen Beantwortung der Fragen gekommen sein könnte. Eine Frage des Interviewleitfadens (Frage 13.: Welcher Kompetenzbereich stellt den größten Anteil Ihrer alltäglichen Arbeit dar?) wurde dahingehend von der Autorin nicht ausgewertet. Des Weiteren wurden Tätigkeiten, die aufgezählt wurden, aber nicht in den gefragten Kompetenzbereich gehörten (Frage neun und zehn), nicht in der Auswertung der Frage berücksichtigt. Um dieses Problem zu umgehen, hätte die Verfasserin den Interviewpartnern einen Auszug des GuKG 2016 vorab zukommen lassen sollen.

## 4.5 ETHISCHE ASPEKTE

Nach dem ICN (International Council of Nursing) bilden die Wahrung der Menschenrechte sowie der ethischen Grundsätze sowohl die Basis im Berufsalltag als auch in der Pflegeforschung. Probanden eines Forschungsgegenstandes haben demnach das Recht, keine Schädigungen zu erlangen, frei zu entscheiden und ausreichend aufgeklärt zu werden. Zudem haben sie das Recht auf Anonymität und der Einhaltung der Privatsphäre (Institut für Pflegewissenschaft, o. D.).

Um persönliche Daten der Forschungsteilnehmer zu schützen, sollten deshalb nur jene ermittelt werden, die unbedingt für den Forschungszweck notwendig sind. Ein weiterer Schwerpunkt ist die informierte Zustimmung, die voraussetzt, dass die Probanden vollständig über den Forschungsgegenstand aufgeklärt sind (Kaiser, 2014, S. 49). Dahingehend wurden den Experten vor der Abhaltung des Telefoninterviews folgende Hintergrundinformationen telefonisch oder per Mail zur Verfügung gestellt:

- Vorstellung und Kurzbeschreibung der Autorin (Beruf, Studium, Bezug zum Forschungsthema)
- Beschreibung des Bachelorthemas und der Forschungsfrage
- Aufklärung über die Form der Erhebung und die Verwendung des Datenmaterials
- Informationen zur technischen Vorgehensweise (Gesprächsaufzeichnung)
- Informationen zur Dauer des Interviews
- Aufklärung über die Handhabung und die Vertraulichkeit von persönlichen Daten

Die Zustimmung zum Interview sowie zur Aufzeichnung des Gespräches erfolgte mündlich und wurde nochmals zu Beginn des Telefoninterviews abgefragt und aufgezeichnet. Zudem wurden vor den geplanten Interviewfragen noch offene Fragen der Teilnehmer beantwortet. Personenbezogene Daten oder Daten zur Arbeitsstelle wurden im Transkript anonymisiert. Der Zeitpunkt des Interviews wurde gemeinsam mit den Teilnehmern festgelegt.

## 5 DAS BERUFSBILD DER PFLEGE IN DER PRIMÄRVERSORGUNG

Mit dem Ausbau der Primärversorgung und der Errichtung von primären Versorgungszentren ergeben sich für Berufsangehörige der Gesundheits- und Krankenpflege neue berufliche Chancen und Tätigkeitsfelder. In diesem Kapitel wird eine Übersicht über die bisherige Umsetzung des Primärversorgungskonzeptes in Österreich sowie dem Einsatz des Diplombierten Pflegepersonals gegeben. Zudem werden die Ergebnisse aus den Experteninterviews hinsichtlich des Aufgabenbereiches des Dienstes für gehobene Gesundheits- und Krankenpflege präsentiert.

## 5.1 STATUS QUO IN ÖSTERREICH

Im folgenden Unterkapitel werden bereits bestehende sowie geplante Primärversorgungseinheiten in allen österreichischen Bundesländern vorgestellt. Der Fokus liegt hierbei auf die Einbindung von Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal in den Primärversorgungsprojekten. Statistiken zur genauen Anzahl von Beschäftigten Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen im primären Versorgungssektor beziehungsweise in Primärversorgungszentren konnten von der Autorin mittels „Statistik Austria“ nicht identifiziert werden. Auch dem Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband liegen keine Zahlen diesbezüglich vor. Der ÖGKV verweist dahingehend jedoch auf die vorgesehene Registrierung der Gesundheitsberufe. Diese verpflichtende Eintragung ins Register für Gesundheitsberufe, die sowohl den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege als auch die Pflegeassistenten und Pflegefachassistenten in allen Fach- und Versorgungsbereichen betrifft, ist ab Juli 2018 vorgesehen (BMGF, 2016).

Zur Identifizierung der Anzahl an Diplomierten Pflegefachkräfte in den Primärversorgungszentren diente als Grundlage somit die „Versorgungskarte“ des Vereins „Österreichisches Forum für Primärversorgung im Gesundheitswesen“, die alle bekannten Projekte auf ihrer Website zusammenfasst und grafisch darstellt (OEFOP, 2017b).

### BURGENLAND

In der „Versorgungskarte“ des OEFOP werden für das Burgenland insgesamt vier Primärversorgungsprojekte genannt. Zwei davon, das „Netzwerk Gesundheit Seewinkel“ sowie das Gesundheits- und Nahversorgungszentrum „Minihof-Liebau“ befinden sich noch in der Planung. Die Akutordination Oberwart ist seit 3. Oktober 2016 in Betrieb, das Ärztenetzwerk „annoniamed.net“ startete ebenfalls im Vorjahr (OEFOP, 2017b). Beide laufenden Projekte erfüllen jedoch nicht die Kriterien eines Primärversorgungszentrums laut gesetzlicher Vorgabe, womit das Burgenland derzeit kein offizielles PVZ führt. Dies wird von Seiten der Burgenländischen Gebietskrankenkassen von Dir. Mag. Christian Moder per Mail bestätigt.

Die Akutordination Oberwart ist ein Pilotprojekt zur Verhinderung einer unnötigen Inanspruchnahme von Spitalsstrukturen. Die Akutordination bietet eine allgemeinmedizinische Versorgung auch außerhalb der üblichen Ordinationszeiten (17 Uhr bis 22 Uhr), Hausbesuche sowie einen ärztlichen Telefondienst von 22 Uhr bis 7 Uhr (BGKK, 2016). Laut Auskunft von Dir. Mag. Moder ist es beabsichtigt, die Akutordination Oberwart sowie weitere Ordination in den übrigen Spitälern des Burgenlandes in noch zu



schaffende Primärversorgungsnetzwerke zu integrieren. Genaue Zeitgrenzen für dieses Vorhaben wurden nicht genannt.

## KÄRNTEN

Das Amt der Kärntner Landesregierung versicherte im Mai 2017, mittels einer elektronisch übermittelten Bestätigung zum Gesetzesentwurf des Gesundheitsreform- sowie des Primärversorgungsgesetzes 2017 an das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, einen *bedarfsgerechten Ausbau der Primärversorgung* (Amt der Kärntner Landesregierung, S. 1, 2017).

Anhand der  *Versorgungskarte* des OEFOP sind derzeit sechs Primärversorgungszentren an den Standorten Feldkirchen, Hermagor, Völkermarkt, Klagenfurt-Stadt, Spittal an der Drau und St. Veit an der Glan geplant (OEFOP, 2017b). Nach Informationen der Kärntner GKK sollen fünf Zentren bis 2020 eröffnet werden. Weitere Details hinsichtlich eines Eröffnungstermins eines Zentrums waren bis Dezember 2017 noch nicht bekannt.

## NIEDERÖSTERREICH

Auch in Niederösterreich sind derzeit keine offiziellen Primärversorgungszentren verfügbar. Die niederösterreichische Ärztekammer sowie die dort zuständige Gebietskrankenkasse haben die Verhandlungen bereits abgeschlossen. Die ersten Pilotprojekte sind für Mitte 2018 geplant (NÖGKK, 2017). Nach Auskunft von Mag. Daniela Ludwan (Stellvertretende Leiterin der Abteilung Ärztereferat-Innenrevision-Controlling der Niederösterreichischen GKK) läuft die Interessentensuche bis 28. Februar 2018. Angaben über konkrete Pilotprojekte sowie zur Anzahl der Interessenten konnten von Seiten der Niederösterreichischen GKK im Dezember 2017 noch nicht gemacht werden.

## OBERÖSTERREICH

In Oberösterreich gibt es bereits zwei bestehende Primärversorgungseinheiten: Einerseits das PVZ Enns (in Betrieb seit Jänner 2017) sowie das PVZ Marchtrenk, das seit Oktober 2017 existiert. Ein dritter Standort, das PVZ Haslach, wurde mit 2. Jänner 2018 eröffnet (OEFOP, 2017b). Bis 2020 sollen laut Angaben des Landes Oberösterreichs, der OÖGKK sowie der Ärztekammer OÖ noch weitere zehn Primärversorgungseinheiten hinzukommen (OÖGKK, 2017a).

Das PVZ Enns bildete die erste vollausgebaute Primärversorgungseinheit in Österreich. Das Team setzt sich aus insgesamt sechs Allgemeinmedizinerinnen, vier

Ordinationsassistenten, einem Psychologen, zwei Physiotherapeuten und einem Zentrumsmanager zusammen (OÖGKK, 2017b). Geschäftsführer Wolfgang Gruber bestätigte per Mail zudem das Angestelltenverhältnis zweier Diplomierter Pflegefachkräfte auf Vollzeitbasis. Zudem werden weitere 60 Stunden durch Pflegeassistenten abgedeckt.

Das Kernteam des PVZ Marchtrenk besteht aus drei Allgemeinmedizinerinnen, vier Ordinationsassistenten sowie zwei Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen. Zudem können die Patienten auch zusätzliche Angebote, wie etwa Leistungen von Physiotherapeuten, Logopäden oder Diätologen, direkt im PVZ in Anspruch nehmen (OÖGKK, 2017a).

Das Team des PVZ Haslach setzt sich aus drei Allgemeinmedizinerinnen, sechs Ordinationsassistenten und drei Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen zusammen. Zudem gehören auch Fachkräfte aus der Diätologie, der Ergotherapie, der Sozialarbeit, der Logopädie, der Physiotherapie und der Gesprächstherapie zum Team (Hausarzt Medizin Plus, 2018).

## SALZBURG

In einer Pressemitteilung vom Juni 2017 warnt die Arbeiterkammer Salzburg vor einer großen Herausforderung: Bis 2030 haben 75 Prozent der Allgemeinmediziner in Salzburg Anspruch auf Pension. Mit Primärversorgungseinheiten soll der Bedarf trotz Pensionierungswelle gedeckt werden können (Arbeiterkammer Salzburg, 2017). Derzeit werden zwei Projekte in der Versorgungskarte des Österreichischen Forums für Primärversorgung genannt: Das *Salzburgmed.net* sowie das Gesundheitsnetzwerk Tennengau (OEFOP, 2017b). Das *Salzburgmed.net* das seit 1. Oktober 2017 in Betrieb ist, stellt dabei einen Zusammenschluss von insgesamt 30 Ärzten in der Flachgau dar. Das Netzwerk rund um den Wallersee erfüllt nicht die Kriterien laut Primärversorgungsgesetz 2017 und zählt somit nicht offiziell als Primärversorgungseinheit (Salzburger Nachrichten, 2017).

Um nähere Informationen über das Gesundheitsnetzwerk Tennengau zu bekommen, wurde die geschäftsführende Obfrau, Mag. Gabriele Pichler, benachrichtigt. Das Netzwerk ist das erste Primärversorgungsprojekt in Salzburg und ist seit Juni 2017 in Betrieb. Das Gesundheitsnetzwerk stellt eine Verbindung zwischen den teilnehmenden Arztpraxen sowie den sozialen Diensten des Landes, wie etwa dem Hilfswerk, dem Caritasverband oder dem Roten Kreuz, dar. Laut Mag. Pichler gibt es derzeit keine Aufzeichnungen darüber, wie viele Diplomierte Pflegefachkräfte in den einzelnen Ordinationen oder in den extramuralen Diensten tätig sind.

## STEIERMARK

In der Steiermark sollen, wie im "Regionalen Strukturplan Gesundheit Steiermark" festgehalten, bis zum Jahr 2025 rund 30 Primärversorgungszentren entstehen (Der Standard, 2017b). Derzeit werden auf der sVersorgungskarte% sieben Projekte genannt, wobei fünf Projekte bereits in Betrieb sind (OEFOP, 2017b). Dazu zählt unter anderem das Sozialmedizinische Zentrum Liebenau. Im SMZ im Stadtteil Liebenau der Landeshauptstadt Graz sind sowohl zwei Allgemeinmediziner als auch Ordinationsassistenten, Sozialarbeiter, Physiotherapeuten, Hebammen sowie Fachkräfte mit dem Fokus sGesundheitsförderung% beschäftigt (SMZ Liebenau, 2014). Die Autorin nahm Kontakt mit der Angestellten Martina Frei, MPH, BSc, auf, um Nähere Informationen hinsichtlich eines Angestelltenverhältnisses einer Diplomiertenen Pflegekraft zu bekommen. Frau Frei bestätigte dahingehend per Mail, dass das SMZ, trotz seines 30-jährigen Bestehens als Modellprojekt der integrierten Gesundheitsversorgung, kein PVZ laut gesetzlichen Vorgaben darstellt. Derzeit ist auch keine Pflegekraft in der Versorgungseinheit tätig.

Das Ärztenetzwerk sstyriamed.net% wird ebenfalls als Primärversorgungsprojekt auf der sVersorgungskarte% aufgeführt (OEFOP, 2017b). Ob und wie viele Diplomiertee Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in den ärztlichen Ordinationen tätig sind, konnte die Autorin nicht evaluieren. Auch eine Rücksprache mit Frau Eva Gutmann (Ärzttekammer Steiermark, Abteilung Marketing und Public Relations) ermöglichte keine Evaluierung, da der Ärztekammer keine Zahlen diesbezüglich vorliegen.

Des Weiteren werden von der OEFOP die Gesundheitszentren sMariazell% sJoglland% und sEisenerz% angeführt. Um weitere Informationen zu den Zentren zu erhalten, nahm die Autorin Kontakt mit Dr. Bernd Leinich, Geschäftsführer des Gesundheitsfonds Steiermark, auf. Dieser bestätigte, dass die Zentren inhaltlich bereits nach dem Konzept sDas Team rund um den Hausarzt% sowie den Vorgaben laut PrimVG aufgebaut sind. Im Dezember 2017 hatten die genannten Gesundheitszentren jedoch noch keinen Vertrag mit der Sozialversicherung, weshalb sie offiziell noch nicht als Primärversorgungszentren gelten. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Eröffnung der Gesundheitszentren bereits vor Verabschiedung des Primärversorgungsgesetzes stattfand. Die Besetzung von Diplomiertenen Pflegekräften in den Zentren sMariazell% sJoglland% und sEisenerz% ist laut Dr. Leinich entsprechend dem regionalen Bedarf geplant und im Verhältnis Arzt/Pflege von 1:1 gegeben. Nach telefonischer Auskunft bei den jeweiligen Gesundheitszentren konnte folgendes Angestelltenverhältnis ermittelt werden: Im Gesundheitszentrum sMariazell% sind insgesamt sieben Diplomierte Pflegefachkräfte beschäftigt, wobei fünf

Fachkräfte auf Teilzeitbasis angestellt sind. Die Gesundheitszentren in Joggland und Eisenerz beschäftigen jeweils zwei Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen auf Vollzeitbasis.

Ein Primärversorgungsnetzwerk im Bezirk Hartberg befindet sich noch in der Verhandlungs- beziehungsweise Planungsphase (OEFOP, 2017b). In Weiz soll, laut Auskunft des Gesundheitsfonds Steiermark, noch im Jänner 2018 ein Primärversorgungsprojekt starten. Ein weiteres ist im April 2018 in Graz (Bezirk St. Leonhard) geplant.

## TIROL

In Tirol bestehen die derzeitigen Strukturen auf primärer Versorgungsebene aus Netzwerken. In der OEFOP-Versorgungskarte werden dahingehend zwei Projekte genannt. Einerseits das, sich noch in Planung befindliche, Ärztenetz Tirol (OEFOP, 2017b). Andererseits das Medizinzentrum Anichstraße (MZA), dessen Konzept dem burgenländischen Pilotprojekt ähnelt und ebenfalls als Erstversorgungseinheit am Landeskrankenhaus Innsbruck dient. Laut schriftlicher Auskunft von Eleonora Pancheri (Abteilung Öffentlichkeitsarbeit der Tiroler Gebietskrankenkasse) ist das MZA seit April 2017 in Betrieb und stellt den Tiroler Beitrag zur Primärversorgung dar.

Das Medizinzentrum gewährleistet, laut Auskunft der Tiroler Gebietskrankenkasse, eine Erstversorgung von Montag bis Freitag, inklusive Feiertage, von 9 Uhr bis 20 Uhr. Ein Arzt sowie eine Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson stehen durchgehend in der Ordination zur Verfügung. Die Erstversorgungseinheit ist laut Eleonora Pancheri sowohl organisatorisch als auch dienstrechtlich der Notfallambulanz der Inneren Medizin des Universitätskrankenhauses Innsbrucks zugeordnet. Zudem sollen laut TGKK in Tirol bis 2021 insgesamt sechs Primärversorgungseinheiten errichtet werden.

## VORARLBERG

In Vorarlberg ist derzeit kein Primärversorgungszentrum in Betrieb. Landesrat Christian Bernhard bestätigte in einem Zeitungsinterview im Juli 2017 jedoch die Planung zweier Zentren an den Standorten Bregenz sowie in Bludenz oder Feldkirch (OEFOP, 2017b). Für das geplante PVZ in Bregenz gibt es laut Auskunft der Vorarlberger GKK bereits Interessenten, die Eröffnung ist für Mitte 2019 geplant. Für das zweite Zentrum laufen bereits Verhandlungen, fixe Daten konnten im Dezember 2017 von Seiten der VGKK noch keine genannt werden.

## WIEN

Auf der sVersorgungskarte% des OEFOP werden vier Primärversorgungsprojekte vorgestellt. Eines davon ist die allgemeinmedizinische Akutordination des AKH Wiens, die seit November 2016 in Betrieb ist und den Burgenländischen und Tiroler Akutordinationen ähnelt. Ein weiteres Projekt ist das PVZ Medizin Mariahilf (OEFOP, 2017b). Die Versorgungseinheit wurde ab 2010 als Gruppenpraxis von drei Allgemeinmedizinern geführt, bis sie im April 2015 zum ersten Primärversorgungszentrum in Österreich erweitert wurde. Die Patienten werden von Montag bis Freitag bis 19 Uhr von einem interdisziplinären Team betreut, wobei das Leistungsspektrum unter anderem Vorsorgeuntersuchungen, Laborkontrollen sowie die Behandlung und Beratung bei Diabetes mellitus umfasst (Medizin Mariahilf, o. D.). Das Team rund um die drei Hausärzte setzt sich aus insgesamt 12 Mitarbeitern, darunter fünf Ordinationsassistenten, ein Physiotherapeut, ein Diätologe sowie zwei Diplomierten Pflegefachkräfte, zusammen (OEFOP, 2017c). Die beiden Pflegekräfte sind laut schriftlicher Auskunft von Dr. Franz Mayrhofer jeweils für 30 Wochenstunden angestellt.

Seit September 2017 gibt es neben dem sMedizin Mariahilf% eine zweite Versorgungseinheit, die alle rechtlichen Voraussetzungen für ein Primärversorgungszentrum erfüllt: Die sPrimärversorgung Donaustadt%(OEFOP, 2017b). Das Kernteam, bestehend aus drei Allgemeinmedizinern, einer Ordinationsassistentin und einer Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson, wird auch von Fachkräften aus der Diätologie und Physiotherapie unterstützt. Das Leistungsspektrum umfasst unter anderem Vorsorge- sowie Führerscheinquersuchen, Schmerztherapie, Lasertherapie und Wundmanagement. Das Team ist von Montag bis Freitag zehn Stunden täglich verfügbar (Primärversorgung Donaustadt, 2017). Ein weiteres Zentrum in der Bundeshauptstadt, das sPrimärversorgungszentrum 1150% ist laut sVersorgungskarte% des Österreichischen Forums für Primärversorgung bereits in Planung (OEFOP, 2017b). Um weitere Informationen zu vorgesehenen Projekten zu erhalten, wurde mit der Wiener Gebietskrankenkasse im Dezember 2017 Kontakt aufgenommen. Laut schriftlicher Auskunft von Frau Regine Bohrn (Abteilung Öffentlichkeitsarbeit) bereitet die Sozialversicherung gerade den PHC-Gesamtvertrag auf Grundlage des PrimVG vor. Da die Wiener Ärztekammer weitere PHC-Pilotprojekte auf Basis bereits bestehender Gruppenpraxen ablehnte, wird nun auf diesen den Gesamtvertrag gewartet. Im Dezember 2017 konnte die Wiener GKK deshalb keine weiteren konkreten Projekte nennen.

### 5.1.1 ÜBERSICHTSKARTE

In der nachstehenden Tabelle werden die Ergebnisse aus der Recherche nochmals zusammenfassend dargestellt. Aufgelistet werden alle Primärversorgungszentren, die die Voraussetzungen laut Primärversorgungsgesetz 2017 erfüllen sowie die steirischen

Gesundheitszentren, da diese bis auf den Vertrag mit der Sozialversicherung die Anforderungen laut PrimVG einhalten.

Bundesland	Anzahl der PVZ	Anzahl der DGKP
Burgenland	0	0
Kärnten	0	0
Niederösterreich	0	0
Oberösterreich	2	4
Steiermark	3*	11**
Tirol	0	0
Vorarlberg	0	0
Wien	2	3

**TABELLE 1: ANZAHL DER PRIMÄRVERSORGUNGSZENTREN UND DER ANGESTELLTEN DIPLOMIERTEN GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGEPERSONEN IN ÖSTERREICH (STAND DEZEMBER 2017).**

\*Anzahl bezieht sich auf die Gesundheitszentren

\*\*Anzahl inkludiert auch DGKP mit Teilzeitbeschäftigung

Mit Jänner 2018 hat in Oberösterreich bereits das dritte PVZ eröffnet. Das PVZ Haslach beschäftigt drei Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen.

## 5.2 AUFGABEN DER PFLEGE

Insgesamt wurden von der Verfasserin sechs Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen aus sechs verschiedenen Einrichtungen hinsichtlich ihrer Tätigkeiten im Berufsalltag befragt. Im folgenden Kapitel werden nun die Ergebnisse dieser Expertenbefragung dargestellt.

Um die Anonymität und die Privatsphäre zu wahren, wurden keine persönlichen oder geschlechtsspezifischen Daten bis auf das Geburtsjahr der Experten erhoben. Die Befragten hatten dabei ein durchschnittliches Alter von 44 Jahren, wobei der älteste Teilnehmer 56 Jahre alt war und der Jüngste 28 Jahre alt. Die Diplomierten Pflegefachkräfte hatten zudem eine durchschnittliche Berufserfahrung von 13 Jahren (Standardabweichung: 6.49). Die Teilnehmer haben vor ihrer Tätigkeit in einem Primärversorgungszentrum im stationären, ambulanten und extramuralen Bereich gearbeitet (B1, 31-32; B2, 149-150; B3, 272-273; B4, 402, 404-405; B5, 501; B6, 613). Kein Teilnehmer war als Diplomierte Pflegefachkraft zuvor in einer Langzeiteinrichtung angestellt.

Einer der Teilnehmer gab an, einen Workshop zur Durchführung von Blutabnahmen nach der Anstellung in einem PVZ besucht zu haben, um alle geforderten Leistungen erfüllen zu können (B6, 624-629). Alle anderen Befragten gaben an, keine Zusatzqualifikation (außer der regulären Ausbildung zur Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson) für die Tätigkeit in einem Primärversorgungszentrum benötigt zu haben. Nachfolgend werden alle Fort- und Weiterbildungen, die von den Experten im Laufe ihrer Berufslaufbahn besucht wurden, aufgezählt:

- Wundversorgung (B1, 42; B5, 504; B6, 620)
- zertifiziertes Wundmanagement (B4, 409)
- Validation- Schulung (B1, 41; B4, 409)
- Diabetes mellitus-Schulung (B2, 158; B6, 619)
- Stoma-Schulung (B2, 158; B4, 410)
- Weiterbildung für Ambulanzen und Notaufnahmen (B3, 275)
- Tracheotomie-Fortbildung (B4, 410)
- Hospizausbildung (B5, 503)
- Hygiene-Schulung (B6, 619)

Eine Person gab an, sich gerade in der Ausbildung zum zertifizierten Wundmanager zu befinden (B1, 35-36). Zwei weitere Teilnehmer gaben an, dass diese Ausbildung noch geplant ist (B2, 153; B3, 281). Die Teilnehmer der Telefoninterviews wurden zudem gefragt, warum sie einer Tätigkeit in einem Primärversorgungszentrum nachgehen. Dahingehend nannten die Befragten den Wunsch nach Veränderung, die Dienstzeiten (keine Wochenend- und Feiertagsdienste), den Tätigkeitsbereich (zum Beispiel Wundversorgung) sowie die weniger anstrengende körperliche Belastung im Vergleich zum stationären Bereich (B1, 45-46; B2, 162-164; B4, 416-418; B5, 509).

### 5.2.1 TÄTIGKEITEN NACH ARZTANORDNUNG

Mit Frage acht des Interviewleitfadens wurde die persönliche Meinung der Experten in Bezug auf die Rolle der Pflegepersonen in der Primärversorgung erfragt. Drei Teilnehmer gaben dabei an, dass die Pflegepersonen *æine sehr große Rolle* (B2, 167; B3, 290; B4, 422) beziehungsweise *æine ganz essentielle* (B6, 635) in der Primärversorgung spielen. *so wenn man aus der Pflege kommt, dann hat man doch auch einen anderen Blick. Ich versorge nicht nur die chronische Wunde, sondern schaue mir den ganzen Patienten an* (B2, 167-169). Ein anderer Teilnehmer erläuterte, dass viele Versorgungstätigkeiten ambulant und nicht im stationären Bereich erledigt werden können. Zudem können viele dieser Tätigkeiten von Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen abgedeckt werden (B5, 512-515). Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege kann außerdem viele Tätigkeiten übernehmen, die für einen Allgemeinmediziner aufwendig

sind und hohe zeitliche Ressourcen beanspruchen (B3, 291-293). Die Pflegekräfte wirken somit ergänzend zu anderen Berufsgruppen (B6, 635-636).

Neben der subjektiven Meinung zur Rolle der Pflege in der Primärversorgung wurden die Experten auch zu ihrem Berufsalltag befragt. Hierbei mussten die Teilnehmer Tätigkeiten des Kompetenzbereiches der medizinischen Diagnostik und Therapie aufzählen, die eine Diplomierte Pflegefachkraft in einem Primärversorgungszentrum übernimmt. Dahingehend wurden folgende Aufgaben genannt:

- Wundversorgung/Verbandswechsel (B1, 57; B2, 177; B3, 297; B4, 424; B5, 518)
- Entfernung von Nähten und Klammern (B4, 425)
- Durchführung von Blutabnahmen (B1, 60; B2, 176; B3, 296; B4, 427; B5, 520; B6, 639)
- Durchführung von Injektionen (B2, 176; B3, 296)
- Zubereitung und Verabreichung von Infusionen (B2, 176; B3, 296; B4, 425; B6, 639)
- Legen einer peripheren Verweilkanüle (B4, 426)
- Blutdruck-Kontrollen (B4, 426)
- Durchführung einer Elektrokardiographie (B4, 426; B6, 639)
- Verabreichen von Impfstoffen (B4, 427)
- Ersteinschätzung/Triage (B5, 520)
- Diabetes-Management (B6, 639-640)

Fünf von sechs befragten Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen führen auch Hausbesuche/Visiten durch, wobei ein Teilnehmer angab, diese aufgrund von zeitlichen Engpässen nur selten durchzuführen (B2, 220-221; B3, 325; B4, 464-465; B5, 545; B6, 685). Vier Pflegekräfte führen die Besuche selbstständig nach Arztanordnung durch (B2, 222-223; B3, 329-331; B4, 466-467), eine Pflegekraft ausschließlich gemeinsam mit einem Allgemeinmediziner (B5, 547-548). Einer der Befragten führt sowohl selbstständig als auch in Begleitung des Mediziners Hausvisiten durch (B6, 686-688). Ein weiterer Teilnehmer gab an, dass die Durchführung von Hausbesuchen geplant ist, aber aufgrund mangelnder personeller Ressourcen derzeit noch nicht umgesetzt wurde (B1, 95-96).

### 5.2.2 UMSETZUNG DER KERNKOMPETENZEN

Die Experten wurden auch hinsichtlich der Durchführung der pflegerischen Kernkompetenzen befragt. Hierbei zählten die Teilnehmer folgende Tätigkeiten anhand ihres Berufsalltages auf:

- Information/Aufklärung (B1, 63; B2, 300)



- Kontrolle der Vitalfunktionen (B5, 544)

Des Weiteren wurden die Diplomierten Pflegefachkräfte im Rahmen des Telefoninterviews gefragt, ob sie nach einem Pflegemodell arbeiten. Pflegemodelle dienen zur Simplifizierung und zur Veranschaulichung von Pflege-theorien, nach denen Berufsangehörige ihr praktisches Handeln ausrichten. Jedes Modell setzt dabei unterschiedliche Schwerpunkte in Bezug auf die Pflege. Das Ziel von Pflegemodellen ist es, die Realität zu erfassen und darzustellen sowie einen Plan zu entwickeln und die Vorhaben dementsprechend anzuwenden. Als Beispiele können die Modelle nach Nancy Roper, Dorothea Orem, Monika Krohwinkel und Virginia Henderson genannt werden (Messer, 2004, S. 77). Die Arbeit nach einem Pflegemodell wurde von fünf Teilnehmern verneint (B1, 65-66; B2, 182-183; B3, 302-303; B4, 439-440; B5, 537-539). Als Begründung wurde unter anderem *„Wir sind [ö ] noch im Aufbau“* (B1, 67) und *„Das Pflegekonzept wird erst erstellt“* (B5, 538-539) angegeben. Ein Teilnehmer gab an, nicht bewusst nach einem bestimmten Pflegemodell zu arbeiten (B6, 649-651).

Frage 12 des Interviewleitfadens beschäftigte sich mit der Umsetzung des Pflegeprozesses (siehe Kapitel 3.1). Hierbei wollte die Autorin wissen, ob der Prozess oder Teile davon in einem Primärversorgungszentrum von den Pflegefachkräften umgesetzt werden. Drei Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen antworteten mit *„Nein“* (B1, 68-69; B2, 184-185; B5, 540-541), eine Pflegekraft mit *„Eher schwierig“* (B3, 307) und ein Experte mit *„So eher nicht, nein. Nein. So wie wir das im Krankenhaus [ö ] haben nicht“* (B4, 441-442). Ein Teilnehmer gab an, dass nach gewisse *„Standards“* gearbeitet wird, *„der Rest“* müsste erst aufgebaut werden (B1, 69). Ein Interviewteilnehmer, der den Pflegeprozess nicht ganzheitlich umsetzt, meinte zudem: *„Das war uns noch gar nicht bewusst, das ist ein guter Ansatz bei chronischen Verbänden, ja, da sehr wohl. [ö ]“* (B2, 185-187). Eine befragte Pflegefachkraft gab an, in *„bestimmten Fällen“* eine Anamnese durchzuführen. Dies betrifft unter anderem Patienten, bei denen längerfristig Verbandswechsel geplant sind. *„Also da wird dann geplant und durchgeführt, aber das ist wirklich nur vereinzelt“* (B3, 308-313). Eine Anamnese wird auch von einer weiteren befragten Pflegefachkraft im Rahmen ihrer Tätigkeit in einem Versorgungszentrum durchgeführt. *„[ö ] beim Erstkontakt wird immer eine Anamnese erstellt bei uns. Also wir haben einen eigenen Anamnesebogen“* (B5, 524-526). Der Teilnehmer gibt jedoch an, dass dies keine Pflegeanamnese sei. *„[ö ] wir haben uns da etwas zusammengestellt, das ist nicht rein Pflege, sondern eher für den Ordinationsbereich. [ö ] Ob eben Allergien vorhanden sind, Vorerkrankungen, die Medikamentenliste wird erfragt, Operationen [ö ] Es wird dann eben geschaut, ob im sozialen Bereich alles passt [ö ]“* (B5, 528-536). Eine befragte Pflegefachkraft gab an, den

Pflegeprozess umzusetzen. *Ja* schon. Also so mit Maßnahmen planen und evaluieren. Und gegebenenfalls neu planen bei der Wundversorgung zum Beispiel (B6, 654-655).

### 5.3 STICHWORT: GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Um erfolgreich Projekte im Bereich der Gesundheitsförderung umsetzen zu können, muss zuerst der Begriff „Gesundheit“ unter Berücksichtigung der Zielgruppe, definiert werden (Hackmann, 2005, S. 19). Die WHO bezeichnet ein ganzheitliches Wohlbefinden im körperlichen, geistigen und sozialen Bereich als „gesund“ (Kollin, 2015, S. 34). Hackmann (2005, S. 19) schreibt dem Begriff neben dem Nichtvorhandensein von Schmerzen oder anderen Beschwerden zudem die Leistungs- und Handlungsfähigkeit zu.

Die Gesundheitsförderung an sich legt ihren Fokus auf die Gesundheit und auf die Menschen und nicht primär auf eine Erkrankung oder Krankheit. Dahingehend sollen einer Zielgruppe bestimmte Kompetenzen vermittelt werden, damit sie ihre Gesundheit selbst positiv beeinflussen können (Hackmann, 2005, S. 27). Die Gesundheitsförderung ist auch gesetzlich verankert: Im G-ZG §5 Abschnitt 2 („Prinzipien der Zielsteuerung-Gesundheit“) sowie in §6 Abschnitt 1 („Ziele und Handlungsfelder der Zielsteuerung-Gesundheit“) wird die Stärkung der Vermittlung von Kenntnissen und Fähigkeiten zum Erhalt der Gesundheit bereits an erster Stelle angeführt. Dahingehend wurde die Thematik auch in den Experteninterviews besprochen. Hierbei sollten bereits durchgeführte, bestehende oder geplante gesundheitsförderliche Maßnahmen und Projekte für Klienten in einem PVZ beschrieben werden (Frage 14, 16 und 17). Ein Experte gab an, hierbei eher als „Vermittler“ zu dienen und gegebenenfalls Partner, wie etwa Physiotherapeuten oder Diätologen, einzuschalten (B1, 74-77). Auch zwei weitere Befragte gaben die Ernährungsberatung, meistens durchgeführt von Diätologen, an (B5, 555-557; B6, 659-661). Zwei Interviewpartner führten an, „Aufklärungsgespräche“ beziehungsweise „Tipps und Hinweise“ in Bezug auf die Gesundheitsförderung zu geben (B1, 77; B4, 443-444). Dies bestätigte ein weiterer Experte, der ebenfalls Informationen zur Gesundheitsförderung an seine Klienten weitergibt (B3, 317-321). Die Informationsweitergabe erfolgt dabei während anderer pflegerischer Interventionen wie etwa der Gesundenuntersuchung oder im Rahmen eines Verbandwechsels (B3, 324-328).

Des Weiteren wurden Projekte, wie ein kostenloses Impfprogramm, „Geistig fit im Alter“ oder „Therapie aktiv“ angegeben (B2, 190-200; B3, 349-352; B4, 443-444; B5, 552-557; B6, 641-642), wobei letzteres von der Hälfte der befragten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen angegeben wurde. „Therapie aktiv . Diabetes im Griff“ ist ein

„Disease Management“-Programm, das seit 2007 umgesetzt wird und eine Verbesserung der medizinischen Betreuung von Menschen mit Diabetes mellitus Typ zwei im niedergelassenen Bereich anstrebt. Entwickelt wurde das Programm von der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse für die Österreichische Sozialversicherung. Mittlerweile wird das Projekt österreichweit umgesetzt (Therapie aktiv, o. D.).

Hinsichtlich zukünftiger Projekte im Bereich der Gesundheitsförderung erklärten zwei von sechs Befragten, dass bereits Aktionen geplant werden (B1, 84-87; B5, 560-561). Ein Experte erklärte, dass derzeit keine Projekte aufgrund von mangelnden zeitlichen Ressourcen umgesetzt werden können (B6, 673-675). Zwei weitere Experten konnten bereits genauere Angaben zu geplanten Projekten machen. Der Fokus der gesundheitsfördernden Aktionen liege dabei auf Personen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen beziehungsweise auf Personen mit einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit geplant (B2, 203-206; B3, 354-355).

#### 5.4 KOOPERATIONEN UND PARTNER

Frage 15 des Interviewleitfadens beschäftigt sich mit der Zusammenarbeit mit Partnern, innerhalb und außerhalb der Primärversorgungszentren, auch in Hinblick auf gesundheitsförderliche Maßnahmen. Dahingehend gaben fünf von sechs Experten an, mit Physiotherapeuten zusammen zu arbeiten. Vier Diplomierte Pflegefachkräfte kooperieren auch mit einer Fachperson aus der Diätologie. Jeweils zwei von sechs Mal wurde die Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten, Ergotherapeuten, Sozialarbeitern, Masseurinnen und der Hauskrankenpflege erwähnt. Zudem wurden jeweils einmal auch Kooperationen mit Orthopäden, Labormitarbeitern, Spitalsambulanzen und Fachärzten von den befragten Experten genannt. Des Weiteren wurde von einer befragten Pflegekraft auch die Zusammenarbeit mit einer Pharmafirma, Bandagisten und Apothekern erläutert (B1, 75-93; B2, 207-2013; B3, 338-343; B4, 450-455; B5, 562-569; B6, 662-669).

Frage 18 befasst sich mit der Zusammenarbeit der Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen eines PVZ und dem Umfeld ihrer Klienten. Als Beispiel für das „Umfeld der Klienten“ wurden von der Autorin die Familie, die Gemeinde aber auch übergeordnete Organisationen genannt. Ein Experte erklärte: *„Da hat man Gesprächspartner überall“* (B1, 90-91). Neben Angehörigenschulungen und -gesprächen wurden hier auch die Zusammenarbeit mit der 24-Stunden-Pflegekraft der Klienten genannt (B1, 88-93; B2, 220-221; B3, 358-363, B4, 458-460; B5, 572-573; B6, 678-679). Zudem gibt es laut einem Befragten immer wieder Kontakt mit der zuständigen Gebietskrankenkasse (B3, 349). Eine direkte Zusammenarbeit mit der

Patientenanwaltschaft hat keiner der interviewten Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen angegeben. Vielmehr dienen sie hier wieder als Vermittler oder weisen den Klienten dem Sozialarbeiter zu (B5, 572-575; B6, 682-683)

## 6 DISKUSSION

Die Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson gehört laut PrimVG 2017 zum Kernteam eines Primärversorgungszentrums (PrimVG §2 Absatz 2). Dahingehend richtete sich das Ziel dieser Arbeit auf die Identifikation der Tätigkeitsbereiche von examinieren Pflegefachkräften, die in einem PVZ tätig sind. Ein besonderes Augenmerk lag dabei auf die Erhebung von Maßnahmen hinsichtlich der Gesundheitsförderung von Klienten. Die Forschungsfragen wurden mit Hilfe von sechs Experteninterviews anhand eines Leitfadens beantwortet.

Die befragten Experten gaben an, dass Pflegefachkräfte eine große Rolle in der Primärversorgung spielen. Wie die Interviewteilnehmer erläuterten, ergänzen und entlasten die Pflegekräfte andere Berufsgruppen, vor allem die Allgemeinmediziner, mit der Übernahme von Tätigkeiten wie etwa der Durchführung von Blutabnahmen und Verbandswechsel, der Vorbereitung und der Verabreichung von Infusionen, der Gabe von subkutanen oder intramuskulären Injektionen, der Kontrolle von Vitalfunktionen sowie der Durchführung von Hausbesuchen. Im Schatten des Kompetenzbereiches der medizinischen Diagnostik und Therapie stehen die pflegerischen Kernkompetenzen, die im Kapitel 3.1 von der Autorin näher beschrieben werden. Die Umsetzung des Pflegeprozesses erfolgt weitestgehend nur in der Durchführung einzelner Schritte beziehungsweise nur in bestimmten Situationen, wie etwa im Rahmen eines längerfristig geplanten Verbandswechsels. Zudem konnte anhand der Interviews eruiert werden, dass fünf von sechs Befragten nach keinem Pflegemodell arbeiten. Ein Teilnehmer gab an, nicht bewusst nach einem bestimmten Modell zu agieren. Die Umsetzung eines Pflegemodells wäre für die Autorin jedoch denkbar. Auch Osterbrink & Münzinger (2005, S. 335) erläutern, dass das Modell des Lebens (1980) auf den theoretischen Grundlagen von Nancy Roper in der ambulanten Pflege durchaus praktisch umsetzbar ist. Das Modell berücksichtigt sowohl bestehende Gesundheitsprobleme als auch präventive beziehungsweise gesundheitsförderliche Maßnahmen. Die Einschätzung der (pflege-)relevanten Gesundheitsprobleme und Ressourcen erfolgt mithilfe der Lebensaktivitäten nach Roper. Die Beurteilungen können auch für die Planung und Durchführung des Pflegeprozesses herangezogen werden (Osterbrink et al, 2005, S. 335).

Die Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen agieren im Rahmen ihrer Tätigkeit in einem Primärversorgungszentrum in einem multidisziplinären Netzwerk. Am häufigsten wurde von den befragten Pflegepersonen eine Zusammenarbeit mit den Physiotherapeuten genannt. Zudem wurden auch Kooperationen mit Diätologen, Psychotherapeuten, Ergotherapeuten, Masseur\*innen, Sozialarbeitern, Fachärzt\*innen, Orthopäden, Apothekern und Spitalsambulanzen beschrieben. Auch der Kontakt zu Pharmafirmen oder österreichischen Krankenkassen wurden erwähnt. Im direkten Umfeld der Klienten arbeiten die Pflegefachkräfte vor allem mit Familienangehörigen sowie mit Betreuungskräften, wie etwa den 24-Stunden-Pflegern, zusammen.

Neben der Mitarbeit an Projekten wie dem „Disease Management“-Programm „Therapie aktiv“ wurden von den Befragten hinsichtlich der Gesundheitsförderung am häufigsten Aufklärungs- beziehungsweise Informationsgespräche im Rahmen anderer pflegerischer Interventionen als Beitrag zur Gesundheitsförderung der Klienten von und durch die Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen genannt. Dies hat für die Autorin den Anschein, als würde die Gesundheitsförderung derzeit noch eine geringe Rolle spielen. Die Experten nannten sowohl die Knappheit an zeitlichen Ressourcen als auch eine erst kürzliche Eröffnung der Zentren als Hindernisse für die Umsetzung von (weiteren) gesundheitsfördernden Projekten und Maßnahmen. Wie Hasseler und Meyer (2006, S. 9) erläutern, stellt die Gesundheitsförderung für Berufsangehörige der Pflege zudem noch eine Herausforderung dar. Trotz gesetzlicher Verankerung hat der Bereich der Gesundheitsförderung sowohl während der Ausbildungszeit als auch im Berufsalltag einen noch geringen Stellenwert, vor allem im Vergleich mit anderen europäischen Ländern, wo Pflegepersonen bereits selbstständig in diesem Feld handeln (Hasseler et al, 2006, S. 9). Auch Hackmann verweist neben den oft geringen Kenntnissen der Pflegefachkräfte hinsichtlich der Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen auch auf strukturelle Hindernisse, wie etwa dem fehlenden Budget für die Durchführung solcher Projekte. Die Vorteile von gesundheitsfördernden Maßnahmen, durchgeführt von DGKP, untermauert Hackmann unter anderem mit einer randomisierten kontrollierten Untersuchung aus Neuseeland, bei der durch ein bestimmtes Bewegungsprogramm Stürze verhindert werden sollten. Neben der Reduktion von Stürzen konnte in der Interventionsgruppe auf eine maßgebliche Kosteneffektivität beobachtet werden (Hackmann, 2005, S. 51f).

Dahingehend wären weitere Forschungsarbeiten notwendig, die sich auf die Erstellung von ganzheitlichen Konzepten in Bezug auf die Umsetzung von gesundheitsfördernden Projekten speziell in der Primärversorgung beziehen. Alles in allem sollte der breitgefächerte Aufgabenbereich auf der primärer Versorgungsebene, auch hinsichtlich

der Umsetzung möglicher gesundheitsfördernder Maßnahmen, für Angehörige des Pflegeberufes als Chance gesehen werden, sich nicht nur als medizinischen Assistenzberuf auszuzeichnen sondern sich auch als eigenständige Berufsgruppe zu präsentieren und zu etablieren.

## 7 LITERATURQUELLEN

Amt der Kärntner Landesregierung (19.05.2017). Gesundheitsreformgesetz 2017 . GRUG 2017; Stellungnahme. Zugriff am 27.11.2017 unter [https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/SNME/SNME\\_11993/imfname\\_637428.pdf](https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/SNME/SNME_11993/imfname_637428.pdf)

Arbeiterkammer Salzburg (26.06.2017). Im Rahmen der Primärversorgung Neu braucht es vor allem Zusammenarbeit. Zugriff am 27.11.2017 unter [https://sbg.arbeiterkammer.at/service/presse/pressemitteilungen/AK\\_zu\\_Zukunftsthema\\_Primaerversorgung.html](https://sbg.arbeiterkammer.at/service/presse/pressemitteilungen/AK_zu_Zukunftsthema_Primaerversorgung.html)

Atteslander, Peter (2010). Methoden der empirischen Sozialforschung. (13. Auflage). Berlin: Erich Schmidt Verlag

Auer Clemens Martin (30. 06.2014). Das Team rund um den Hausarzt. Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. Wien: Bundesgesundheitsagentur. Zugriff am 07.10.2017 unter <https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/2/6/CH1443/CMS1404305722379/primaversorgung.pdf>

BGKK . Burgenländische Gebietskrankenkasse (29.09.2016). Start der Akutordination Oberwart. Zugriff am 27.11.2017 unter <http://www.bgkk.at/portal27/bgkkportal/content?contentid=10007.771393&viewmode=content>

BMGF . Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (06.11.2015). Das Konzept der Primärversorgung. Zugriff am 07.10.2017 unter <https://www.bmgf.gv.at/home/primaversorgung>

BMGF . Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (30.09.2016). Informationen zum Gesundheitsberufsregister. Zugriff am 07.01.2018 unter <https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Berufe/Gesundheitsberuferegister/>

Bogner, Alexander, Littig, Beate & Menz, Wolfgang (2014). Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung. Wiesbaden: Springer Fachmedien

Der Standard (09.08.2017a). Bis 2010 sollen österreichweit 75 Primärversorgungszentren entstehen. Zugriff am 08.10.17 unter <http://derstandard.at/2000062461392/Rendi-Wagner-Bis-2021-sollen-75-Primaerversorgungszentren-entstehen>

Der Standard (14.06.2017b). Steirischer Plan: 30 Gesundheitszentren bis 2025. Zugriff am 02.11.2017 unter <http://derstandard.at/2000059277183/Steirischer-Plan-30-Gesundheitszentren-bis-2025>

Die Presse (28.06.2017). Der Nationalrat hat Primärversorgungsgesetz beschlossen. Zugriff am 08.10.2017 unter <https://diepresse.com/home/innenpolitik/5242736/Nationalrat-hat-Primaerversorgungsgesetz-beschlossen>

Fischer, Tim E. (2006). Unternehmenskommunikation und Neue Medien. Das neue Medium Weblog und seine Bedeutung für die Public-Relations-Arbeit. Wiesbaden: Gabler Verlag

Gesundheitsfonds Steiermark (2017). Regionaler Strukturplan Gesundheit Steiermark 2025. Zugriff am 06.12.2017 unter <http://www.gesundheitsfonds-steiermark.at/Seiten/Regionaler-Strukturplan-Gesundheit-Steiermark-2025.aspx>

Golla Markus (13.06.2016). Beschluss der Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes/Ausbildungsreform im Ministerrat. Zugriff am 06.12.2017 unter <http://pflege-professionell.at/beschluss-der-novelle-des-gesundheits-und-krankenpflegegesetzes-ausbildungsreform-im-ministerrat>

Hackmann, Mathilde (2005). Gesundheitsförderung und Prävention. In: Immenschuh, Ursula, Scheele-Schäfer, Jutta & Spahn, Claudia (Hrsg.), Ambulante Pflege. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft, 17-66.

Hasseler, Martina & Meyer, Martha (2006). Prävention und Gesundheitsförderung. Neue Aufgaben für die Pflege. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft

Hausarzt Medizin Plus (2018). Wir stellen uns vor. Das Team des Gesundheitszentrum Haslach. Zugriff am 10.01.2017 unter <http://www.hausarztmedizinplus.at/about/>

Institut für Pflegewissenschaft (o.D.). Ethik in der Pflegeforschung. Zugriff am 06.01.2018 unter <https://pfliegewissenschaft.univie.ac.at/forschung/ethik/>

Kaiser, Robert (2014). Qualitative Experteninterviews. Konzeptionelle Grundlagen und praktische Durchführung. Wiesbaden: Springer VS

Kollin, Stephanie (2015). Psychosoziales Gesundheitsmanagement für Führungskräfte. Hamburg: Igel Verlag

König, Peter (2011). Pflegeprozess. In: Menche, Nicole (Hrsg.). Pflege heute. München: Elsevier GmbH, 266-279.

Lamnek, Siegfried & Krell, Claudia (2016). Qualitative Sozialforschung. (6. Auflage). Weinheim Basel: Beltz Verlag

Mayer, Hanna (2011). Pflegforschung kennenlernen. Elemente und Basiswissen für die Grundausbildung. (5. Auflage). Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG

Mayring, Philipp (2015). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. (12. Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Verlag

Medizin Mariahilf (o. D.). Medizin Mariahilf. Zugriff am 28.11.2017 unter <https://www.medizinmariahilf.at/medizin-mariahilf-2/>

Messer, Barbara (2004). Tägliche Pflegeplanung in der stationären Altenpflege. Handbuch für eine fähigkeitsorientierte Pflegeplanung. (2. Auflage). Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft

NÖGKK . Niederösterreichische Gebietskrankenkassa (10.11.2017). Startschuss für Primärversorgung in Niederösterreich. Zugriff am 27.11.2017 unter <https://www.noegkk.at/portal27/noegkkportal/content?contentid=10007.785577&viewmode=content>

OEFOP . Österreichisches Forum Primärversorgung im Gesundheitswesen (31.03. 2017a). Österreichs Primärversorgung am Scheideweg. Zugriff am 24. 11. 2017 unter <https://primaerversorgung.org/presse>



OEFOP . Österreichisches Forum Primärversorgung im Gesundheitswesen (22.06.2017c). Medizin Mariahilf. Zugriff am 28.11.2017 unter <https://primaerversorgung.org/standort/medizin-mariahilf/>

OEFOP- Österreichisches Forum Primärversorgung im Gesundheitswesen (2017b). Versorgungskarte. Zugriff am 02.11.2017 unter <https://primaerversorgung.org/versorgungskarte/>

OÖGKK . Oberösterreichische Gebietskrankenkasse (13.09.2017a). Primärversorgung in OÖ: Weitere Einheit ab Oktober in Marchtrenk. Zugriff am 27.11.2017 unter <https://www.oegkk.at/portal27/oegkkportal/content?contentid=10007.784245&portal:componentId=gtn6e2e2419-9c5b-4f0f-8153-2700094d0984&viewmode=content>

OÖGKK . Oberösterreichische Gebietskrankenkasse (15.02.2017b). Österreichs erste vollausgebaute Primärversorgung in Enns eröffnet. Zugriff am 27.11.2017 unter <https://www.oegkk.at/portal27/oegkkportal/content?contentid=10007.784245&portal:componentId=gtn6e2e2419-9c5b-4f0f-8153-2700094d0984&viewmode=content>

Osterbrink, Brigitte & Münzinger, Angelika (2005). Die Pflege und Betreuung von Menschen mit Diabetes mellitus. In: Immenschuh, Ursula, Scheele-Schäfer, Jutta & Spahn, Claudia (Hrsg.), Ambulante Pflege. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft, 323-370.

Primärversorgung Donaustadt (2017). Ihre Erstversorgung und Hausarztordination. Zugriff am 28.11.2017 unter <http://www.phc-donaustadt.at/>

Salzburger Nachrichten (06.10.2017). Flachgauer Ärzte lassen sich von neuem Gesetz nicht aufhalten. Zugriff am 27.11.2017 unter <https://www.sn.at/salzburg/politik/flachgauer-aerzte-lassen-sich-von-neuem-gesetz-nicht-aufhalten-18936727>

Schink, Andrea (2013). Flexibler Umgang mit Brüchen. Empirische Erhebung individueller Strukturierungen zu Teil, Anteil und Ganzem. Wiesbaden: Springer Fachmedien

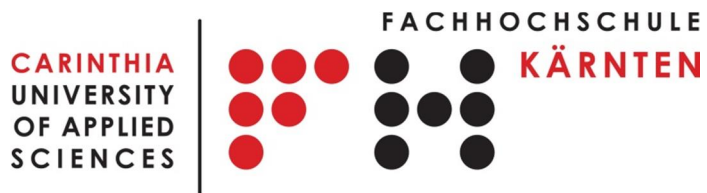
SMZ Liebenau . Sozialmedizinisches Zentrum Liebenau (2014). Über uns. Zugriff am 28.11.2017 unter <https://smz.at/about.phtml>

Therapie aktiv (o. D.). Wir über uns. Zugriff am 22.01.2018 unter [https://diabetes.therapie-aktiv.at/portal27/diabetesportal/content?contentid=10007.728478&portal:componentId=gt\\_n158947c6-fbe1-4b91-8f11-92ec49674bf7&viewmode=content](https://diabetes.therapie-aktiv.at/portal27/diabetesportal/content?contentid=10007.728478&portal:componentId=gt_n158947c6-fbe1-4b91-8f11-92ec49674bf7&viewmode=content)

WHO . Weltgesundheitsorganisation (2017). Erklärung von Alma Ata (1978). Zugriff am 07.10.2017 unter <http://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/declaration-of-alma-ata,-1978>

## 7.1 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

<b>ABBILDUNG 1:</b> EIGENE DARSTELLUNG DER BETEILIGTEN BERUFSGRUPPEN EINER PRIMÄRVERSORGUNGSEINHEIT (PVE) NACH AUER (2014, S. 16). .....	15
<b>ABBILDUNG 2:</b> EIGENE DARSTELLUNG DER SECHS SCHRITTE DES PFLEGEPROZESSES NACH FIECHTER UND MAIER (KÖNIG, 2011, S. 267) .....	18
<b>ABBILDUNG 3:</b> OPERATIONALISIERUNG DER FORSCHUNGSFRAGEN IN ANLEHNUNG AN KAISER (2014). .....	24
<b>ABBILDUNG 4:</b> EIGENE DARSTELLUNG DES ABLAUSCHEMAS DER ZUSAMMENFASSENDEN INHALTSANALYSE NACH MAYRING (MAYRING, 2015, S. 70). .....	27



---

## Protokollbogen Experteninterview

Laufende Code-Nr.:

Ort:

Zeit:

Dauer:

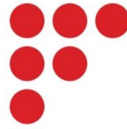
Aufklärung über:

Hintergrund des Interviews/Forschungsfragen . JA / NEIN

Vertraulicher Umgang mit persönlichen Daten . JA / NEIN

Anonymisierung . JA / NEIN

Aufzeichnung des Gespräches . JA / NEIN



---

## INTERVIEWLEITFADEN **Das Berufsfeld der Pflege in der Primärversorgung**

### **Einführungsfragen:**

Sind Sie mit dem Interview und der Aufnahme dieses Gespräches einverstanden?

Sie wurden über die Forschungsfragen beziehungsweise den Hintergrund des Interviews aufgeklärt . haben Sie noch offene Fragen dazu?

### **Strukturierte Interviewfragen:**

1. Geburtsjahr der Expertin:
2. Berufserfahrung als DGKP:
3. Wo haben Sie vor Ihrer Tätigkeit in einem PVE gearbeitet?
4. Haben Sie Zusatzqualifikationen, neben der regulären Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege, erworben (wie z.B. Wundmanagement)?
  - Wenn ja, welche?
5. Haben Sie spezielle Fort- oder Weiterbildungen besucht?
  - Wenn ja, welche?
6. Gab es Zusatzqualifikationen, die Sie insbesondere für Ihre jetzige Tätigkeit erworben haben?
  - Wenn ja, welche?
7. Wieso haben Sie sich für einen Job in einem Primärversorgungszentrum entschieden?
8. Welche Rolle spielen Pflegepersonen Ihrer Meinung nach in der Primärversorgung?

9. Wenn Sie an Ihren Arbeitsalltag denken, welche Aufgaben erfüllen Sie hinsichtlich des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereiches/Kompetenzbereiches der medizinischen Diagnostik und Therapie?
10. Welche Aufgaben, in Bezug auf die pflegerischen Kernkompetenzen, führen Sie durch?
11. Arbeiten Sie nach einem Pflegemodell?
  - Wenn ja, welchem?
12. Setzen Sie den Pflegeprozess um?
  - Wenn ja, welche Teile davon?
13. Welcher Kompetenzbereich stellt den größten Anteil Ihrer alltäglichen Arbeit dar?
14. Welche Maßnahmen setzen Sie hinsichtlich der Gesundheitsförderung Ihrer Klienten?
15. Mit welchen Partnerinnen und Partnern arbeiten Sie - innerhalb und außerhalb der PVE - bei gesundheitsförderlichen Maßnahmen zusammen?
16. Welche Projekte/Aktionen zum Thema Gesundheitsförderung haben Sie bereits durchgeführt?
17. Sind (weitere) Projekte zum Thema Gesundheitsförderung geplant?
18. Inwieweit arbeiten Sie auch mit dem Umfeld von Patientinnen und Patienten zusammen und nutzen die Ressourcen in einer Betreuungssituation?
  - Mit der Familie
  - Mit der Gemeinde
  - Mit sonstigen, übergeordneten Organisationen (z.B. Patientenanwaltschaft etc.)
19. Arbeiten Sie nur innerhalb des PVE oder sind Sie auch bei Hausbesuchen involviert?
20. Inwieweit können Sie auch selbstständig Hausbesuche durchführen?