



**CAMPUS
RUDOLFINERHAUS**
Die erste Adresse für Bildung in der Pflege

EINE KOOPERATION VON FH WIENER NEUSTADT UND RUDOLFINERHAUS WIEN

Bachelorstudiengang Gesundheits- und Krankenpflege
Studiengangsleiterin: Mag.^a Elisabeth Sittner

Primärversorgungszentren - Aufgabenbereiche der Pflege im Ländervergleich

Bachelorarbeit 2

zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Science in Health Studies (B.Sc.)

eingereicht von

Franziska Bittner

Matrikelnummer:
1310654105

BetreuerIn:
Anja Patschka, BA, MSc

Wien und Wiener Neustadt, 09.05.2016

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	1
1.1.	Problembeschreibung	2
1.2.	Fragestellung und Ziele	4
1.3.	Begriffsdefinitionen	4
2.	Methodik	9
2.1.	Verwendete Suchbegriffe	9
2.2.	Ein- u. Ausschlusskriterien	10
2.3.	Verwendete Datenbanken	10
2.4.	Übersichtstabelle	11
2.5.	Der Prozesses der Literaturrecherche	16
3.	Ergebnisse	17
3.1.	Organisatorische Aspekte eines Primärversorgungszentrums	17
3.2.	Globale Modelle von Primary Health Care	21
3.2.1	Australien	22
3.2.2	Großbritannien	23
3.2.3	Schweden	25
3.2.4	Österreich	26
3.2.5	Zusammenfassung des Ländervergleichs	28
3.3.	Der Nutzen des Konzepts	29
3.3.1	Für Patienten	29
3.3.2	Für Pflegepersonen	30
3.3.3	Für das Gesundheitssystem	31
3.4.	Die Zufriedenheit mit dem Konzept	31
3.5.	Die Entwicklung der Rolle und Chancen für den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich	32
4.	Diskussion und Resümee	34
5.	Literaturverzeichnis	35
6.	Anhang	39

Kurzzusammenfassung

Hintergrund: Primärversorgungszentren, auch bekannt als Primary Health Care Centers, gewinnen innerhalb Europas zunehmend an Bedeutung. Sei es einerseits, um eine Kostenersparnis für das Gesundheitssystem des jeweiligen Landes zu erreichen. Andererseits soll der Zugang zu Gesundheitsleistungen besser gesteuert werden, um eine bedürfnisorientierte Patientenversorgung zu gewährleisten. Der freie Zugang zu jeglicher Versorgungsstufe (ob Hausarzt, Spitalsambulanz oder Facharzt) hat sich als besonders kostenintensiv für Gesundheitssysteme herausgestellt. Um diesem Problem entgegenzuwirken, beschäftigen sich Länder wie Großbritannien, Schweden, Australien und seit einigen Jahren auch Österreich mit der Etablierung von Primärversorgungszentren.

Ziel: Im Zuge dieser Literaturarbeit werden die Aufgabenbereiche der Pflege innerhalb von Primärversorgungszentren in Großbritannien, mit denen in Schweden, Australien und Österreich verglichen. In Folge dessen wird der Nutzen für alle Beteiligten (Patienten, Pflegepersonen und das Gesundheitssystem), als auch die Zufriedenheit mit dem Konzept festgestellt.

Methodik: Von Jänner bis März 2016 erfolgte eine systematische Literaturrecherche in Datenbanken wie bibnet.org, Medline über die Plattform CINAHL und PubMed.

Ergebnisse: Die Aufgabenbereiche der Pflege in Primärversorgungszentren können grob in akute, chronische und präventive Tätigkeitsfelder unterteilt werden. In Ländern wie Großbritannien oder Australien, die als Vorreiter der Primärversorgung gelten, werden Pflegepersonen bereits in der Ausbildung intensiv auf alle Aufgabenfelder vorbereitet. Schweden legt den Schwerpunkt vermehrt auf die Versorgung chronisch erkrankter Menschen, wie dies z.B. bei Diabetes oder Adipositas der Fall ist. Österreich hingegen steht noch am Anfang der Entwicklung von Primärversorgungszentren. Das Ziel ist hier jedoch die Akutversorgung zu erweitern und somit eine Entlastung der Spitalsambulanzen zu ermöglichen. Außerdem soll auf das Thema Prävention besonderer Wert gelegt werden.

Schlussfolgerung: Der ausgewählte Themenbereich wurde im englischsprachigen Raum schon intensiv erforscht. Hinsichtlich der Aufgabenbereiche der Pflegepersonen ergeben sich teils beträchtliche organisatorische wie auch berufsrechtliche Unterschiede. Obwohl Primärversorgung auch im deutschsprachigen Raum existiert, sind nur wenige Literaturquellen in deutscher Sprache vorzufinden.

Abstract

Background: Primary Health Care Centers are increasing in value within Europe. On the one hand because of the interest to raise the cost savings for the governmental health system. On the other hand the access to health treatment is going to be regulated, to ensure that patients receive the treatment they require in the best way. Free access to any supply stage (general practitioner, hospital outpatient departments or medical specialist) has turned out to be very cost-intensive for the health systems. To antagonize these problems, governments of countries like Great Britain, Sweden, Australia and since a few years Austria, have begun to establish primary health care centers in their nations.

Aim: The different scopes of the nursing workforce in these countries, particular of Great Britain, Sweden, Australia and Austria are going to be reviewed and compared.

Methods: From January until March 2016 a systematic literature review was carried out. Therefore studies were analysed from databases like bibnet.org, Medline via CINAHL and PubMed.

Results: In Primary Health Care Centers, there are many different scopes, which can be divided into: acute, chronic, and preventive activities. In pioneer countries like Great Britain or Australia, nursing staff is taught along their education and getting well prepared for their future duties. The Primary Health Care in Sweden is focused on the treatment of chronic diseases, e.g. diabetes or adipositas. Austrias Primary Health Care Centers are still in their infancy but nevertheless the goal is to expand the acute care services and to relieve the outpatient-departments of the hospitals. Furthermore it is intended to focus on prevention more than up to now.

Conclusion: The chosen subject was already well researched and explored in the english-speaking area. The scopes of the nursing workforce in the reviewed countries are very different in the organisational and occupational way. Although Primary health care centers were already established in german-speaking countries, unfortunately there are only a few german studies available.

1. Einleitung

Primärversorgungszentren als mögliche Anlaufstelle für Patienten¹, ergänzend zu Hausärzten und Ambulanzen sind in Österreich noch ein relativ neues Konzept. Diese Art der Versorgung wird erst seit Mai 2015 erstmalig in Wien angeboten.² Dass es im ländlichen Bereich einen Hausärzte-Mangel gibt, den junge Mediziner schlicht nicht abdecken können, wurde in den letzten Jahren immer deutlicher.³ Im städtischen Bereich hingegen sind Spitalsambulanzen überlaufen, Patienten klagen häufig über stundenlange Wartezeiten.⁴ Als mögliche Antwort auf dieses versorgungstechnische Problem wird die Ergänzung des Gesundheitswesens durch Primärversorgungszentren gesehen. Um einen umfangreichen Einblick in diese Art der Patientenversorgung zu erhalten, werden in dieser Arbeit sowohl die Vorteile als auch Nachteile dieses Systems Erwähnung finden.

Der Begriff des Primärversorgungszentrums wird in diversen Ländern dieser Welt, die bereits dieses System eingeführt haben, sehr unterschiedlich definiert. Die vorliegende Literaturarbeit zeigt auf, welche Aufgabenbereiche durch Primärversorgungszentren oder auch "Primary Health Care Centres" genannt, abgedeckt werden können. Welche Tätigkeiten Pflegepersonen⁵ in diesem Zusammenhang übernehmen, wird Hauptbestandteil dieser vorliegenden Bachelorarbeit sein.

Im ersten Kapitel wird eine Problembeschreibung erfolgen, in der das bearbeitete Thema beschrieben und die Relevanz für die Pflege und auch die Gesellschaft erläutert wird. Darauf aufbauend ergibt sich die Fragestellung, die im Zuge dieser Literaturarbeit beantwortet werden soll. Für die bessere Abgrenzung der Thematik werden einerseits zentrale Begriffe als auch Ziele definiert.

Im Anschluss erfolgt ein Überblick über die systematische Literaturrecherche. Dabei wird sowohl ersichtlich, wie die Suche nach qualitativ vollen Quellen stattgefunden hat, als auch die Ergebnisse der gefundenen Studien werden zusammengefasst.

¹ In der folgenden Arbeit wird auf eine geschlechtsneutrale Schreibweise verzichtet, um einen besseren Lesefluss zu gewährleisten. Mit der männlichen gewählten Form sind somit immer beide Geschlechter gemeint.

² Vgl. Stadt Wien, 2015, <https://www.wien.gv.at/gesundheit-soziales/primaerversorgung.html>, Stand vom 17.03.2016.

³ Vgl. Cypionka/ Ulinski, 2014, S. 32

⁴ Vgl. Der Standard, 2015, <http://derstandard.at/2000014927345/Erste-Einblicke-in-Wiener-Primaerversorgungszentrum>, Stand vom 17.03.2016.

⁵ Die gewählte Schreibweise gilt grundsätzlich für beide Geschlechter. Im Weiteren werden wir für diese Arbeit, sowohl für männliche als auch für weibliche MitarbeiterInnen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege die Bezeichnung Pflegepersonen, Pflegenden bzw. Pfleger oder allgemein Pflegekräfte verwenden.

Im letzten Kapitel steht die Beantwortung der vorangegangenen Fragestellung im Mittelpunkt. Im Zuge dessen werden Schlussfolgerungen für die Pflegepraxis dargestellt und Limitationen beschrieben.

1.1. Problembeschreibung

Im Zuge der Festlegung einer Definition, was Primärversorgung in Österreich beinhalten soll, wurden von der Bundes-Zielsteuerungskommission (Bund, Länder und Sozialversicherung) Ziele vereinbart, die sowohl Patienten, als auch dem dort tätigen Personal und der Systemsteuerung zu Gute kommen sollen. So geht es einerseits darum, die Zugänglichkeit zur Primärversorgung für die Bevölkerung, vor allem an Tagesrandzeiten zu verbessern. Andererseits wird eine Koordination der Versorgung zur Reduktion unnötiger Wege und unzumutbarer Wartezeiten für Patienten beitragen.⁶

Gleichzeitig soll das Konzept der Primärversorgungszentren die Zufriedenheit des medizinischen und pflegerischen Personals, wie auch der anderen Gesundheitsberufe verbessern. Dafür sorgen flexible Arbeitszeiten, die Arbeit in einem interdisziplinären Team ohne mehrfacher Dokumentationsarbeiten und somit mehr Konzentration auf Tätigkeiten direkt am Patienten.⁷ Davon profitieren im weiteren Sinne gleichfalls die Patienten, die sich laut einer Studie im Auftrag der Sozialversicherungsträger aus dem Jahr 2014, mehr Zeit für Gespräche und eine umfangreichere Gesamtbetreuung, wünschen würden. Mit Letzerem wäre z.B. die Koordination, falls auch andere Ärzte hinzugezogen werden müssten, gemeint.⁸

Auf Ebene der Systemsteuerung kann eine zielgerichtete Versorgung auf der richtigen Versorgungsstufe ermöglicht werden. Oftmals könnten somit überfüllte Spitalsambulanzen und niedergelassene Facharzt-Ordinationen entlastet (zweite Versorgungsstufe) und unnötige Krankenhausaufenthalte, die die dritte Versorgungsstufe darstellen, vermieden werden.⁹

Diese Ziele gehen auch einher mit dem, was sich Patienten der bereits erwähnten Studie aus dem Jahr 2014 von der Gesundheitsreform erhoffen. Die Erwartungen sind hoch, eine bessere Abstimmung zwischen Spitalsambulanzen und dem niedergelassenen Bereich steht dabei mit 42% ganz oben auf der Liste.¹⁰

⁶ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2014, S. 8

⁷ Ebenda, 2014, S. 7

⁸ Vgl. Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, 2014, S. 9

⁹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2014, S. 6; 9

¹⁰ Vgl. Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, 2014, S. 3

Sich dieser beschriebenen Problematik im Sinne der Gesundheitsförderung zu widmen, kann dabei eine Aufgabe der Pflege in einem Primärversorgungszentrum darstellen. Im Zuge dessen kümmert sich beispielsweise eine Pflegeperson darum, über weitere Maßnahmen zu Hause im Zuge einer Diabetes-Beratung zu informieren.¹¹ Ob diese Tätigkeit, wie auch ein großer Teil der Gesundheitsförderung, in den Bereich der Pflege fällt, wird je nach den internationalen Modellen von "Primary Health Care" (PHC)¹², unterschiedlich interpretiert.

Entscheidend für die Aufgabenbereiche der Pflege in der Primärversorgung ist auch die Ausbildung des dort tätigen Pflegepersonals. So werden in Österreich andere Maßstäbe gesetzt als in Großbritannien oder Australien. In der recherchierten Literatur finden oft die Begriffe der "(Advanced) Nursing Practitioners" oder "Practice Nurses" Anwendung, die Pflegepersonen miteinschließen, welche unter anderem ein abgeschlossenes Masterstudium im Bereich der gehobenen Gesundheits- und Krankenpflege vorweisen können.

Grundsätzlich kann festgestellt werden, dass mit der Einführung von Primärversorgungszentren in Österreich, eine neue Herausforderung für Pflegekräfte entsteht. Es entwickelt sich somit ein neuer Berufszweig innerhalb der Pflege, der vormals auf verschiedene Stellen in Krankenhäusern oder anderen Einrichtungen aufgeteilt war. Nun haben ausgebildete Pflegekräfte mit Zusatzausbildungen für Diabetesberatung oder Wundmanagement gezielt die Möglichkeit, Schulungen und Beratungen für Patienten in einem geeigneten Rahmen durchzuführen. Gebündeltes Fachwissen kann somit in Form von interdisziplinärer Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen innerhalb eines Standortes angeboten werden. So entsteht eine Erleichterung des Zugangs zu Gesundheitsinformationen bzw. Beratung für den Patienten, unter anderem aufgrund der längeren Öffnungszeiten oder auch eine frühzeitige Erkennung von Krankheiten durch geschultes Personal.

So viele Berufsgruppen sich auch für ein solches Versorgungskonzept aussprechen würden, gibt es dennoch eine starke kritische Stimme im Hintergrund - seitens der Ärzteschaft. Zumindest lokal auf Österreich bezogen, erhält die Primärversorgung nur zögerlichen Zuspruch seitens der Ärztekammer. Diese sieht eine Bedrohung für die Arbeit von Hausärzten, da Primärversorgungszentren als Konkurrenzangebot für die Patienten gesehen werden. Nicht unwesentlich erscheint hier die Erwähnung, dass es speziell für Jungärzte eine neuartige Option darstellen würde, sich im Gesundheitswesen selbständig zu machen. Von Vorteil wäre, wenn diese hierzu eine zielgerichtete Ausbildung zum Hausarzt bzw. zur

¹¹ Vgl. Danielson et al., 2008, S. 772

¹² Der Begriff "Primary Health Care" wird im internationalen Vergleich, wie auch in dieser Literaturarbeit synonym für die Bezeichnung "Primärversorgung" oder "Primärgesundheitsversorgung" verwendet.

Hausärztin, nach dem Beispiel von Deutschland, erhalten würden. Seit 2003 absolvieren Mediziner dort eine zusätzliche insgesamt fünfjährige Facharztausbildung für Innere Medizin und Allgemeinmedizin, wenn sie später als Hausarzt tätig werden möchten.¹³

Welche Ansichten auch zu diesem Konzept vorherrschen, geht es in dieser Literaturarbeit vorrangig um die Position der Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und welche Stellung sie in diesem neuen Gefüge der Primärversorgung einnehmen. Die Darlegung der Ergebnisse soll dazu dienen, einen internationalen Rundumblick zu erhalten und eine mögliche Entwicklung für Österreich offenzulegen.

1.2. Fragestellung und Ziele

Um zu einer geeigneten Fragestellung für diese Bachelorarbeit zu gelangen, war eine ausgiebige internationale Literaturrecherche im Vorfeld nötig, zumal im deutschsprachigen Raum noch kaum wissenschaftlich fundierte Daten zu der Thematik vorhanden sind. Die Fragestellung für die nachfolgende systematische Literaturarbeit lautet demnach wie folgt:

Welche Aufgabenbereiche können von Pflegepersonen in Primärversorgungszentren übernommen werden und wie gestalten sich diese im Ländervergleich?

Ziel dieser Arbeit ist eine Darstellung der Tätigkeiten von Pflegepersonen in einem Primärversorgungszentrum bzw. in Bereichen der Primärversorgung, die außerdem einen Vergleich zwischen mehreren Ländern miteinschließt. Es wird der Frage nachgegangen, ob Pflegepersonen, die in Österreich tätig sind, die gleichen Verantwortungsbereiche in solch einer Einrichtung inne haben, wie beispielsweise in Großbritannien, wo die Verschreibung von Medikamenten einen Teil des Tätigkeitsfeldes der Pflege ausmacht.

1.3. Begriffsdefinitionen

Um die vorliegende Literaturarbeit inhaltlich einzugrenzen, werden im folgenden Abschnitt einige Begriffe rund um das Thema Primärversorgung näher erklärt. Hierbei gibt es grundsätzlich verschiedene Ansätze in den einzelnen Ländern, die "Primary Health Care Centers" anbieten. Außerdem wird auch eine Unterscheidung vorgenommen, ob ein Zentrum von ärztlicher Seite oder von pflegerischer Seite geleitet wird. Unterschiedliche Bezeichnungen für Pflegepersonen mit deren individuellen Schwerpunkten, die in der Primärversorgung tätig sind, ergänzen dieses Kapitel.

¹³ Vgl. Czypionka/ Ulinski, 2014, S.30f

Versorgungsstufen: Primär-/ Sekundär-/ Tertiär-Stufe

Der Begriff der Primärversorgung beschreibt die Versorgung durch Hausärzte bzw. Ärzte für Allgemeinmedizin, im besten Fall, ergänzt durch ein multiprofessionelles Team aus anderen (nicht)-medizinischen Gesundheitsberufen. Die Sekundärstufe bezeichnet hingegen die ambulante Patientenversorgung durch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte, Ambulatorien und Spitalsambulanzen. Differenziert dazu beinhaltet die Tertiär-Stufe die spezialisierte Versorgung in einem Krankenhaus.¹⁴

Primärversorgung in Österreich

In Österreich ist die Thematik der Primärversorgung noch relativ neu, nicht zuletzt deshalb, weil das erste Primärversorgungszentrum erst im Mai 2015 in Wien Mariahilf eröffnet wurde. Im Jahr 2016 sind in Österreich noch mindestens fünf solcher Zentren geplant. Eines davon ist gegenüber dem Wiener Krankenhaus SMZ Ost angedacht, eventuell werden weitere in Wien Hietzing und Hernals errichtet.¹⁵ Zwei Primärversorgungszentren sollen mit Ende 2016 auch in Enns und Haslach (Oberösterreich) in Betrieb gehen.¹⁶ Bislang gibt es noch keine Gesetzesgrundlage für diese Art der Primärversorgung, diese soll jedoch noch im Jahr 2016 erstellt werden. Derzeit laufen alle errichteten Zentren als fünfjähriges Pilotprojekt.¹⁷ Bislang wurde zumindest eine Legaldefinition für Primärversorgung lt. §3Z7 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz entwickelt, welche wie folgt lautet:

"Die allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung. Sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleistet ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung. Sie berücksichtigt auch gesellschaftliche Bedingungen."¹⁸

Primary Health Care laut Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Nach den Vorstellungen der WHO hingegen wird Primary Health Care so definiert, dass das ultimative Ziel eine bessere Gesundheit aller Menschen darstellt. Um diese hohe Erwartung an das System der Primärversorgung zu erfüllen, wurden fünf Hauptmerkmale in Form von Reformen ausgearbeitet. Das erste Ziel umfasst die Kernelemente, dass der Ausschluss von Gesundheitsversorgung vermieden und soziale Ungleichheiten reduziert werden. Dem zweiten Ziel zu Folge müssen Gesundheitsdienste den Bedürfnissen und Erwartungen der

¹⁴ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2014, S. 6

¹⁵ Vgl. ORF Wien, 2016a, <http://wien.orf.at/news/stories/2764121/>, Stand vom 22.03.2016

¹⁶ Vgl. Ärztekammer Oberösterreich, 2015, S. 1, Stand vom 22.03.2016

¹⁷ Vgl. Stadt Wien, 2015, <https://www.wien.gv.at/gesundheit-soziales/primaerversorgung.html>, Stand vom 17.03.2016

¹⁸ Bundesministerium für Gesundheit, 2014, S. 5

Menschen entsprechen. Laut dem dritten Ziel ist es von großer Bedeutung, dass Gesundheit in alle öffentlichen Sektoren integriert wird und ein gemeinschaftliches, politisches Modell verfolgt wird. Als letztes Ziel wird von der WHO die Erhöhung der Beteiligung der Betroffenen definiert.¹⁹

In der in Alma-Ata stattgefundenen Konferenz der WHO aus dem Jahre 1978 entstand erstmals ein Konzept für eine weltweite Primärversorgung. Diese Erklärung beinhaltet mehrere Ansätze für die Umsetzung einer Basisgesundheitsversorgung. Unter anderem beschreibt nachfolgende Definition Bereiche, die auch im Zuge dieser Arbeit behandelt werden:

"...beinhaltet mindestens folgende Elemente: Aufklärung in Bezug auf vorherrschende Gesundheitsprobleme und die Methoden zu ihrer Verhütung und Bekämpfung; Förderung der Nahrungsmittelversorgung und einer angemessenen Ernährung; eine ausreichende Versorgung mit sauberem Wasser und sanitären Anlagen; Gesundheitsschutz für Mütter und Kinder, einschließlich Familienplanung; Impfung gegen die schwersten Infektionskrankheiten; Prävention und Bekämpfung endemischer Krankheiten; angemessene Behandlung der häufigsten Krankheiten und Verletzungen; und Versorgung mit unentbehrlichen Arzneimitteln;..."²⁰

Aufgrund der Fülle an Elementen, die in der Primärversorgung abgedeckt werden sollen, wird sich diese Literaturarbeit nur ausgewählten Bereichen widmen, wie z.B. der Behandlung der häufigsten Krankheiten und Verletzungen oder der Gesundheitsförderung.

Aspekte, wie die Förderung der Nahrungsmittelversorgung oder Versorgung mit sauberem Trinkwasser, speziell in Entwicklungsländern, werden in der vorliegenden Arbeit nicht vorzufinden sein, zumal dies keine Bereiche der Pflege darstellen.

"Nurse-led" Primary Health Care Centers

Von den vorangegangenen Definitionen zu unterscheiden ist die nun folgende Begriffsklärung, die auch den betriebswirtschaftlichen Hintergrund näher beleuchtet. Die Bezeichnung "Nurse-led Primary Health Care Center" beschreibt ein Primärversorgungszentrum (vorzugsweise in Großbritannien und Australien), welches von Pflegepersonal geleitet wird.²¹

¹⁹ Vgl. WHO, 2016, http://www.who.int/topics/primary_health_care/en/, Stand vom 30.03.2016

²⁰ Vgl. WHO, 2016, p. 2, Stand vom 31.03.2016

²¹ Vgl. NHS, 2015,

<http://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/Emergencyandurgentcareservices/Pages/Walk-incentresSummary.aspx>, Stand vom 31.03.2016

Hingegen in Österreich bestehen drei Möglichkeiten wie ein Primärversorgungszentrum entstehen kann und wer schlussendlich dessen Leitung inne hat:

- Mehrere in Ordinationen bzw. Praxen freiberuflich tätige Personen bzw. weitere Gesundheits-Dienstleister, die strukturiert und vertraglich verbindlich zusammenarbeiten und gegenüber Patienten und der Sozialversicherung als Einheit auftreten.
- Ärztliche Gruppenpraxen, die andere Berufsgruppen entweder angestellt haben oder als vertraglich gebundene Kooperationspartner integriert haben.
- Ambulatorien mit multiprofessioneller Zusammensetzung.

Die bevorzugte Variante in Österreich, die bisher Anwendung fand und auch für zukünftige Projekte geplant ist, ist jene in Form eines Zusammenschlusses in Gruppenpraxen.²²

Differenzierung verschiedener Berufsbezeichnungen des Pflegepersonals

Während in Österreich die Ausbildung im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege ausreicht, um in der Primärversorgung direkt tätig zu werden, gibt es in anderen Ländern unterschiedliche Bezeichnungen und gesonderte Aufgabenbereiche für das Pflegepersonal.

In Österreich werden alle Pflegepersonen mit einer allgemeinen Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege unter dem Begriff "Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege" subsummiert. Es gibt auch noch spezielle Unterscheidungen für die Kinder- und Jugendlichenpflege und der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege, aber auf diese wird im Verlauf dieser Arbeit nicht näher eingegangen.²³ Nachdem in der Literatur vorwiegend von Pflegepersonen mit einer allgemeinen Pflegeausbildung für Erwachsene gesprochen wird, erfolgt an dieser Stelle keine genauere Erklärung zu den erweiterten und speziellen Tätigkeitsbereichen.

Grundsätzlich werden in den Ländern, in denen Primärversorgungszentren vorherrschen, verschiedene Bezeichnungen für Pflegepersonal verwendet. Je nach ihrer Funktion werden Pflegepersonen "Nurse Practitioner", "Practice Nurse", "Health visitor" oder "District Nurse" genannt. Ähnlich verhält es sich in Großbritannien, wo mindestens drei verschiedene Bezeichnungen für Pflegepersonal vorherrschen. Um diese in der Primärversorgung tätigen Personengruppen näher zu beschreiben, ist nachfolgend eine Tabelle angeschlossen. Diese erleichtert, die weiteren Ausführungen in Bezug auf die recherchierten Studien, besser

²² Bundesministerium für Gesundheit, 2014, S. 21

²³ Vgl. Lust/ Weiss-Faßbinder, Gesundheits- u. Krankenpflegegesetz, 2010, S. 88

nachvollziehen zu können, da die unterschiedlichen Berufsbezeichnungen immer wieder vorzufinden sind.²⁴

Übersichtstabelle: Unterschiedliche Bezeichnungen für Pflegepersonal in Großbritannien in Zusammenhang mit Primärversorgungszentren

	District Nurse	General Practice Nurse/ Practice Nurse	Advanced Nurse Practitioner
Setting	Extramuraler Pflegebereich, Kommunale Gesundheitszentren	Hausarzt-Praxen	Stationärer Bereich
Aufgabenbereiche	Hausbesuche (speziell bei komplexen Pflegesituationen)	Klinische Tätigkeiten (EKG, Wundversorgung, Blutabnahme)	Auswahl und Verschreibung von Medikamenten
	Unterstützung bei chronischen Krankheiten	Impfungen	Erstellung von Diagnosen
	Unterstützung pflegender Angehöriger	Familienplanung und sexuelle Gesundheit	Erstellung interdisziplinärer Versorgungspläne
		Raucherentwöhnung	
Ziele	Reduktion der Krankenhauseinweisungen	Unterstützung der Hausärzte/ Hausärztinnen	Unterstützung der Ärzte

Gatekeeper-Funktion

Ebenfalls ein wichtiger Terminus, der im Zusammenhang mit Primärversorgung in der Literatur oft Erwähnung findet ist die sogenannte "Gatekeeper-Funktion". Dieser Begriff beinhaltet, dass sich eine Person, vorwiegend der Hausarzt des Patienten, um dessen richtige Vermittlung an Fachpersonal kümmert. In Großbritannien wird dieses System angewandt, unter anderem um Kosten für teure Facharzt- bzw. Krankenhausbesuche einzusparen. Übernehmen Hausärzte in einem Land diese "Gatekeeper-Funktion", ist ein freier Zugang zu allen Versorgungsstufen, wie es derzeit in Österreich der Fall ist, demnach nicht möglich.

²⁴ Vgl. Filippon, 2015, p. 171f

2. Methodik

Im folgenden Kapitel wird die Methode der Literaturrecherche näher erläutert und verwendete Suchbegriffe aufgeschlüsselt. Außerdem sind in diesem Abschnitt die festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien vorzufinden, sowie eine Übersichtstabelle mit allen Studien, die in der Literaturarbeit erwähnt werden.

2.1. Verwendete Suchbegriffe

Im nun folgenden Abschnitt werden die verwendeten Suchbegriffe für die Literaturrecherche angeführt, um die Suche nach qualitativ vollen Quellen nachvollziehen zu können. Als Basis wurde dabei der englische Begriff "primary health care" verwendet, da nur diese Wortkombination auch den richtigen Schwerpunkt bei den Ergebnissen lieferte. Das Hauptaugenmerk bei der Suche lag darauf, nur die für die Pflege relevanten Themengebiete in Primärversorgungsformen zu filtern. Mit Hilfe von Operatoren wie AND wurden die Begriffe miteinander kombiniert.

Suchbegriff	Textwort	Schlagwort
Pflegepersonen in Primärversorgungszentren	primary health care nurs*	primary health care nurses, primary health care nursing
Primärversorgungszentren	primary health care centers*, primary health care centres*	primary health care centers, primary health care centres, Basisgesundheitsversorgung, Wohnortnahe Gesundheitsversorgung
Rolle der Pflegepersonen	Primary health care role*	Primary health care role
Aufgabenbereiche der Pflege	Primary health care duties*	Primary health care duties
Modelle von PHC	Primary health care models*	Primary health care models
Organisation von PHC's	Primary health care centers organisation*	Primary health care centers organisation

2.2. Ein- u. Ausschlusskriterien

Um einen besseren Überblick über die Suchkriterien der ausgewählten Literaturquellen zu erhalten, folgt in diesem Abschnitt eine Aufstellung der festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien.

	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Inhaltliche Variablen und Phänomene:	Primärversorgung Primary Health Care Aufgabenbereiche der Pflege	Primärversorgung in Entwicklungsländern
Bevölkerungsgruppe:	Personen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege	Andere Gesundheitsberufe Paramedizinische Assistenzberufe
Setting:	Primärversorgungszentren	
Publikationsarten:	Systematische Reviews Qualitative und quantitative Einzelstudien	Nicht-wissenschaftliche Literatur
Zeitraum:	1999 - 2016	
Sprache:	Deutsch, Englisch	
Kulturraum:	Westliche Industriestaaten	Entwicklungsländer

2.3. Verwendete Datenbanken

Die Literaturrecherche erfolgte zunächst in der Datenbank CINAHL, wo auch ein Großteil der gefundenen Studien verwendet werden konnte. Ebenso wurde in der Literaturdatenbank bibnet.org und Medline über die Suchoberfläche PubMed recherchiert. Mittels der Berry-Picking-Methode konnten auch einige Quellen in der Fachbibliothek des Rudolfinerhauses gefunden werden. Die Suche erstreckte sich auch auf die Universitätsbibliothek des Allgemeinen Krankenhauses Wien, die jedoch in Hinblick auf das ausgewählte Thema erfolglos verlief.

2.4. Übersichtstabelle

Im nun folgenden Abschnitt werden recherchierte Literaturquellen, die für diese Arbeit von besonderer Bedeutung sind, in Form einer Übersichtstabelle aufgelistet.

Autor, Quellenangabe gesamt	Jahr	Personengruppe/ Setting	Inhalt bzw. Ziel	Methode, Studiendesign	Land
ORGANISATORISCHES					
<p>Bywood P./ Erny-Albrecht K. (2016): Barriers to primary health care - an update. März 2016, Internetadresse: http://www.phcris.org.au/phplib/filedownload.php?file=/elibr/lib/downloaded_files/publications/pdfs/phcris_pub_8454.pdf, Stand vom: 17.04.2016.</p>	2016	Primärversorgungszentren und ihre Grenzen	Barrieren der Primärversorgung in Australien hinsichtlich benachteiligter Bevölkerungsgruppen.	Systematic Review	Australien
<p>Czypionka T./ Ulinski S. (2014): Primärversorgung. Studie im Auftrag vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Februar 2014, Internetadresse: http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10008.602001&action=b&cacheability=PAGE&version=1410347801, Stand vom: 07.03.2016.</p>	2014	Konzeptualisierung von Primärversorgung	Vorstellung internationaler Modelle von Primärversorgung und die Umsetzung in Österreich.	Systematic Review	Österreich

Czypionka T./ Kraus M./ Kronemann F. (2015): Bezahlungssysteme in der Primärversorgung. Studie im Auftrag vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Februar 2015, Internetadresse: http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10007.750107&action=2 , Stand vom: 24.04.2016.	2015	Bezahlungssysteme der Primärversorgung	Internationaler Vergleich der finanziellen Primärversorgungszentren, unter anderem am Beispiel von Schweden.	Systematic Review	Österreich
Desborough J./ Forrest L./ Parker R. (2011): Nurse-led primary healthcare walk-in centers: an integrative literature review. In: Journal of Advanced Nursing, Vol. 68, No. 2, p. 248-263.	2011	Von Pflegepersonal geführtes Walk-In-Zentrum	Die Prüfung der Effektivität von Walk-In- Zentren, um den Zugang zu Primärversorgung zu verbessern.	Mixed Methods - Studie	Australien
Boerma W./ Groenewegen P./ Hutchinson A./ Kringos D./ Van der Zee J. (2010): The breath of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. In: Biomed Central Health Services Research, Vol.10, No. 65, p. 1-13.	2010	Organisation von Primärversorgungszentren	Der Umfang von Primärversorgung und welche Voraussetzungen dafür nötig sind.	Systematic Review	Niederlande
MODELLE VON PHC					
Fuller J./ Gebbie K./ Henderson J./ Koehne K./ Verrall C. (2014): How is Primary Health Care conceptualised in nursing in Australia? A review of the literature. In: Health and Social Care in the Community, Vol. 22, No. 4, p. 337- 351.	2014	Pflegepersonen in Australien	Der Status der Pflegepersonen in der Primärversorgung in Australien.	Review	Australien

Filippon J./ Giovannella L./ Toso B. (2016): Nurses' performance on primary care in the National Health Service in England. In: Revista Brasileira de Enfermagem, Vol. 69, No. 1, p. 169-177.	2016	Pflegepersonen in England	Leistungsbereiche der Pflege im National Health Service und die Entwicklung des Berufsstandes in England.	Qualitative Studie	UK
DIE ROLLE DER PFLEGEPERSONEN					
Sibbald B./ Williams A. (1999): Changing roles and identities in primary health care: exploring a culture of uncertainty. In: Journal of Advanced Nursing, Vol. 29, No. 3, p. 737-745.	1999	Die Rolle der Pflegepersonen in der Primärversorgung	Die kulturellen Rollenunterschiede zwischen Ärzten und Pflegepersonen innerhalb der Primärversorgung.	Qualitative Studie	UK
Dawson A./ Nkowane A./ Whelan A. (2015): Approaches to improving the contribution of the nursing and midwifery workforce to increasing universal access to primary health care for vulnerable populations: a systematic review. In: Human Resources for Health, Vol. 13, No. 97, p. 1-23	2015	Die Rolle der Pflegeperson gemeinsam mit Hebammen in der Primärversorgung	Die Entwicklung von Unterstützungsangeboten für spezielle Patientengruppen, um den Zugang zu Primärversorgung zu verbessern.	Systematic Review	Australien
Mountford L./ Rosen R. (2002): Developing and supporting extended nursing roles: the challenges of NHS walk-in centres. In: Journal of Advanced Nursing, Vol. 39, No. 3, p. 241-248.	2002	Pflegepersonen	Die Entwicklung der Rolle der Pflegepersonen in Hinblick auf Walk-In Centres in Großbritannien.	Qualitative Studie	UK

AUFGABENBEREICHE FÜR DIE PFLEGE UND HÄUFIGE KRANKHEITSBILDER					
Ahlstrom G./ Hansson L./ Rasmussen F. (2011): General practitioners' and district nurses' conceptions of the encounter with obese patients in primary health care. In: Biomed Central Family Practice, Vol. 12, No. 7, p. 1-10.	2011	Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und District Nurses	Ein Versorgungskonzept für adipöse Patienten von Hausärzten und District Nurses im Rahmen der Primärversorgung.	Qualitative Studie	Schweden
Danielson E./ Edwall L./ Hellström A./ Öhrn I. (2008): The lived experience of the diabetes nurse specialist regular check-ups, as narrated by patients with type 2 diabetes. In: Journal of Clinical Nursing, Vol. 17, p. 772-781.	2008	Pflegepersonen mit Schwerpunkt Diabetes-Versorgung	Die Betreuung durch speziell geschulte Pflegepersonen für Diabetes Typ 2, erzählt aus Patientensicht.	Qualitative Studie	Schweden
NUTZEN FÜR DIE GESELLSCHAFT					
Del Mar C./ Eley D./ Hegney D./ Iles R./ Patterson E./ Scuffham P./ Synnott R./ Young R. (2014): Revenue effects of practice nurse-led care for chronic diseases. In: Australian Health Review, Vol. 38, p. 363-369.	2014	Von Pflegepersonen geleitete Praxen	Wirtschaftliche Auswirkungen der Versorgung von chronisch Erkrankten, verglichen mit Zentren, die von Pflegepersonen geleitet werden und Hausarzt-Praxen.	Quantitative Studie	Australien
PATIENTENSICHT					
Mercey D./ Miles K./ Penny N./ Power R. (2003): Comparing doctor- and nurse-led care in sexual health clinic: patient satisfaction questionnaire. In: Journal of Advanced Nursing, Vol. 42, No. 1, p. 64-72.	2003	Sexualkliniken geleitet von Ärzten oder Pflegepersonen	Patientenumfrage zu ihrer Zufriedenheit in Sexualkliniken, abhängig davon, ob von Ärzten oder von Pflegepersonen die Leitung übernommen wird.	Qualitative Studie	UK

ZUFRIEDENHEIT DER PFLEGEPERSONEN				
Arcencio R./ Bulgarelli A./ Carneiro T./ Gomide M./ Panobianco C./ Pinto I./ Zacharias F. (2014): Analysis of job satisfaction of the nursing staff of a primary health care unit. In: Revista Gaucha de Enfermagem, Vol. 35, No. 4, p. ??	2014	Pflegerpersonen in Brasilien	Die Jobzufriedenheit des Pflegepersonals in brasilianischen Primärversorgungszentren.	Quantitative Studie Brasilien

2.5. Der Prozesses der Literaturrecherche

Im folgenden Kapitel werden die Schritte des Suchprozesses dargestellt, um die in Kapitel 2.4. angeführten Studien der Übersichtstabelle nachvollziehen zu können.

Es handelt sich bei dem Vorgehen um eine systematische Literaturrecherche in vorwiegend englischer Sprache. Der Grund dafür liegt darin, dass es in Bezug auf die ausgewählte Thematik eher wenige deutschsprachige Studien bzw. wissenschaftliche Literatur gibt. Es wurde somit hauptsächlich mit dem Begriff "Primary health Care" gesucht. Dabei fiel auf, dass es sich um ein sehr umfangreiches, weltweites Thema handelt, das auch Bereiche wie die Primärversorgung in Entwicklungsländern miteinschließt. Nachdem in diesen Ländern eine andere Art der Grundversorgung unter diesem Begriff verstanden wird, als in westlichen Ländern, musste eine nähere Eingrenzung vorgenommen werden. Andernfalls hätten sich die Inhalte für diese Literaturarbeit zu umfangreich gestaltet. Eine Vielzahl an wertvollen Studien stammt dabei aus dem britischen Raum und aus Australien. In diesen Ländern ist die Primärversorgung bereits sehr weit ausgebaut und man findet nahezu in jeder Datenbank Quellen aus diesen Staaten. Es wurde in der vorliegenden Arbeit Wert darauf gelegt, vorrangig quantitative und qualitative Studien zu verwenden. Ebenso sind systematische Reviews und Mixed-Methods-Studien vorzufinden.

Nachdem im Bereich der Primärversorgung verschiedene Berufsgruppen gemeinsam tätig sind, wurde beschlossen, den Fokus auf Pflegekräfte zu legen, um die Suche weiter einzuschränken. Aufgrund der Tatsache, dass "Primary Health Care" in anderen Ländern, speziell außerhalb Europas, bereits einige Jahrzehnte Anwendung findet, war es wichtig auch das Erscheinungsdatum der Literatur einzugrenzen. So kamen vorwiegend Quellen der Jahre 2010 bis 2016 in die engere Auswahl. Einzelne früher erschienene Werke wurden dann eingeschlossen, wenn sie von besonderer Wichtigkeit waren. Hierzu zählen Studien, die einen gewissen Verlaufsprozess darstellen, der für das bessere Verständnis von Bedeutung ist.

Schlussendlich umfasst die Literatursammlung fünfzehn Studien, die vorwiegend aus dem englischsprachigen Raum stammen. Eine österreichische Studie aus dem Jahr 2014, die als Konzept für die Einführung des Primärversorgungssystems in Österreich gesehen werden kann, wurde ebenso ausgewählt. Nachdem diese Literaturarbeit einen Ländervergleich darstellen soll, wurden Studien aus Großbritannien, Australien und Schweden mit dem Konzept in Österreich verglichen. Es stellte sich dabei heraus, dass die Quellen im Speziellen für Pflegepersonen besonders interessant sind, zumal sich die Aufgabenbereiche und Verantwortlichkeiten in den ausgewählten Ländern sehr unterschiedlich gestalten.

3. Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Literaturrecherche näher erläutert und das Konzept der unterschiedlichen Primärversorgungszentren wird vorgestellt. Dieser Abschnitt umfasst sowohl organisatorische, als auch berufsrechtliche Aspekte dieses Versorgungsangebots. Anhand globaler Beispiele für Primary Health Care findet im weiteren Verlauf ein Ländervergleich der unterschiedlichen Tätigkeiten von Pflegepersonen statt. Neben einer Darstellung der häufigsten Krankheitsbilder, die in Primärversorgungszentren behandelt werden, erfolgt ebenso ein Einblick in die Zusammenarbeit der Pflege mit anderen Berufsgruppen. In einem weiteren Kapitel werden die Rolle und mögliche Chancen der Gesundheits- und Krankenpflege näher beleuchtet. Schlussendlich finden ebenso die Zufriedenheit des Pflegepersonals mit dem Konzept und ein möglicher Ausblick auf die Entwicklung in Österreich Erwähnung in dieser Arbeit.

3.1. Organisatorische Aspekte eines Primärversorgungszentrums

Welche Formen von Primärversorgungszentren es weltweit gibt und wie sich deren Konzept darstellt, wird Teil des folgenden Kapitels sein.

Zu Beginn der Entstehung einer solchen Versorgungseinrichtung stellt sich für das Gesundheitssystem die Frage, welche Vorteile durch die Umsetzung zu erwarten sind. In Österreich beispielsweise erhofft man sich aufgrund der Zielsteuerungsvereinbarung-Gesundheit, dass eine Kostendämpfung im Gesundheitswesen und eine Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit erreicht wird. Als erklärende Ergänzung, diese Vereinbarung ist eine laut §15a Bundesverfassungsgesetz Zielsteuerung-Gesundheit beschlossene Übereinkunft zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung über die Steuerung der österreichischen Gesundheitsversorgung hinsichtlich Organisation, Struktur und Finanzierung.²⁵ Des Weiteren sollen der ungebremste Zulauf in Spitalsambulanzen und Krankenhausaufenthalte reduziert werden, welche im internationalen Vergleich, als besonders häufig gelten.²⁶

In einer Studie aus Australien wird als Begründung für die Entwicklung eines Primary Health Care Centers vor allem die demografische Entwicklung der Bevölkerung, im Sinne einer zunehmenden Alterung der Gesellschaft, genannt. Als weiterer Grund wird außerdem die zunehmend steigende Erwartung an Gesundheitsdienste seitens der Bevölkerung gesehen.²⁷ In einer Studie von Jones aus dem Jahr 2000 stellte sich heraus, dass auch Pflegepersonen

²⁵ Vgl. Bundeskanzleramt, 2016, S. 1-40, Stand vom 01.05.2016

²⁶ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2014, S.5f

²⁷ Vgl. Desborough et al., 2011, p. 249

dadurch immer mehr gefordert werden und sich ihre Rolle erweitert. Es seien für den Primärversorgungsbereich "Advanced Nurses" von Bedeutung, welche in Großbritannien und Australien in Walk-In-Centers tätig sind. Als Walk-In-Center wird eine Einrichtung bezeichnet, welche physisch getrennt von einem Krankenhaus angesiedelt ist, erweiterte Öffnungszeiten anbietet sowie Patienten ohne Termin direkt annimmt. Als Besonderheit bei dieser Art der Primärversorgung gilt die Tatsache, dass solche Einrichtungen von Pflegepersonal geleitet werden und nicht wie sonst üblich von Ärzten.²⁸

Grundsätzlich werden in einem Primärversorgungszentrum neben dem ärztlichen Personal und dem Pflegebereich auch andere Gesundheitsberufe tätig. Dazu zählen beispielsweise Diätologen, Physiotherapeuten, Logopäden, Psychotherapeuten, Ergotherapeuten wie auch Hebammen.²⁹ Gegebenenfalls gibt es auch Zentren, ergänzt durch ärztliches und pflegerisches Personal für Kinder und Jugendliche sowie durch Sozialarbeiter.³⁰ Um die Spitalsambulanzen mit Schwerpunkt Kinder- und Jugendlichenpflege zu entlasten und den Mangel an Kinderärzten auszugleichen, ist die Erweiterung der Primärversorgungsteams um dementsprechend kompetentes Personal in Österreich geplant.³¹

Um der Frage nachzugehen, welche Leistungen in einem Primärversorgungszentrum abgedeckt werden können, ist es essentiell die Strukturen zu bestimmen, welche für eine solche Versorgung notwendig sind. So hat Boerma et al. 2010 festgestellt, dass drei wesentliche Faktoren von Bedeutung sind, um den Umfang einer Primärversorgungseinrichtung definieren zu können. Hierbei spielt einerseits die Art der Leitung eines Zentrums eine wichtige Rolle. Es müssen auf nationaler Ebene Gesundheitsversorgungsziele definiert und eine Strategie zur Behandlung der Bürger festgelegt werden. Der niederländischen Studie zufolge ist außerdem die Einführung eines Qualitätsmanagements eine zentrale Aufgabe für leitende Mitarbeiter eines Primärversorgungszentrums. Dazu zählen Maßnahmen wie das Bereitstellen von Richtlinien für die Behandlung ebenso wie das Vorhandensein von qualitativem und standardisiertem Equipment in allen Einrichtungen.³² Es geht darum, dass eine Ganzheitlichkeit der Versorgung für den Patienten gegeben ist. Vielfach stellt der Besuch eines

²⁸ Vgl. Jones, 2000 zitiert nach Desborough et al., p. 249

²⁹ Vgl. Cypionka/ Ulinski, 2014, S. 27

³⁰ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2014, S.15

³¹ Vgl. ORF Wien, 2016b, <http://wien.orf.at/news/stories/2760961/>, Stand vom 22.03.2016

³² Vgl. Boerma et al., 2010, p. 3ff

Primärversorgungszentrums den Erstkontakt für viele gesundheitliche Anliegen dar, die Behandlung von Kindern soll dann somit beispielsweise auch ermöglicht werden.³³

Anhand dieser Qualitätsansprüche ist erkennbar, dass Pflegepersonen immer mehr Disziplinen in ihrem Berufsbild vereinen müssen. In Großbritannien wird von Seiten der Pflege auch die Versorgung dermatologischer Patienten, sowie die Betreuung von Personen mit Problemen im Hals-Nasen-Ohrenbereich in Walk-In-Centers sichergestellt.³⁴ Aus der australischen Studie geht hervor, dass die meisten Patienten aufgrund von Erkrankungen der oberen Atemwege, kleineren Verletzungen oder auch der Notfallverhütung eine Primärversorgungseinrichtung aufsuchen. Ist der Patient in einem Walk-In-Center angekommen vergehen meist nur 10-20 Minuten bis eine Behandlung erfolgt. Oftmals erhält der Betroffene nicht mal eine Zuweisung zu einer anderen Versorgungsebene.³⁵ Somit wird die Notwendigkeit einer raschen Handlungsweise in Kombination mit umfangreicher Fachkenntnis des Personals deutlich erkennbar.

Aufgrund der Bandbreite der pflegerischen Tätigkeiten innerhalb dieses Konzepts wird mit Nachdruck eine zunehmende Anpassung der Ausbildung des Pflegeberufs gefordert. Boerma et al. sieht hier klar die Notwendigkeit der flächendeckenden Akademisierung der Disziplin der Primärversorgung auf Universitätsebene.³⁶ Desborough hingegen spricht sich allgemeiner für die Adaptierung der Pflegeausbildung aus, um das eigene Aufgabengebiet erweitern zu können.³⁷ In Großbritannien ist eine Veränderung der Ausbildung von Pflegekräften sehr deutlich, hier hat sich die rechtliche Situation hinsichtlich der Tätigkeitsbereiche zunehmend entwickelt. Im Jahr 1992, als Primary Health Care in Großbritannien gerade erstmals Einzug hielt, wurde eine eingeschränkte Liste von Medikamenten entwickelt, die vom Pflegepersonal, genauer gesagt den damaligen "Community Nurses" verschrieben werden durfte. Im Laufe der Jahrzehnte wurde diese Liste zunehmend erweitert, sodass seit 2006 die ganzheitliche Verschreibung von Arzneimitteln nun zum Alltag für Pflegepersonen in Primärversorgungszentren wurde.³⁸ Zum Vergleich in Österreich ist solch eine Entwicklung noch nicht absehbar, laut §15 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) ist zwar die Verabreichung von Arzneimitteln für die Pflege vorgesehen, nicht aber die Verschreibung.³⁹ Hierfür ist eine Anordnung des Arztes notwendig, welcher somit auch die

³³ Vgl. Boerma et al., 2010, p. 7f

³⁴ Vgl. Desborough et al., 2011, p. 255

³⁵ Ebenda, p. 251

³⁶ Vgl. Boerma et al., 2010, p. 6

³⁷ Vgl. Desborough et al., 2011, p. 261

³⁸ Vgl. Filippon et al., 2015, p. 173

³⁹ Vgl. Lust/ Weiss-Faßbinder, Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, 2010, S. 97

Anordnungsverantwortung trägt. Die Durchführungsverantwortung liegt jedoch bei der Pflegeperson, die das Medikament in Folge verabreicht.⁴⁰ Aufgrund der Tatsache, dass sich der Kompetenzbereich der Pflege immer mehr erweitert, sind Entwicklungen in diesem Bereich der Medikamentenverschreibung im Zuge der bevorstehenden GuKG-Novelle von der Autorin durchaus denkbar.⁴¹

Geht es um die Erreichbarkeit von Primärversorgungszentren, so sind sich alle verglichenen Länder, die im Zuge dieser Arbeit Erwähnung finden, einig. Der Zugang zu einer solchen Einrichtung muss einerseits je nach Einwohneranzahl geregelt sein, andererseits anhand der geographischen Lage des Wohnortes der Bürger.⁴² Dafür wurde eine maximale Distanz zum nächsten Primärversorgungszentrum von 15-20 Minuten Fahrzeit definiert, in welcher Betroffene die Möglichkeit haben sollen, ein Primärversorgungszentrum aufsuchen zu können. Diese Reichweite kann im städtischen Bereich, selbst mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut umgesetzt werden, schwieriger gestaltet es sich da jedoch im ländlichen Bereich. Hierfür sollen in Österreich beispielsweise dezentrale Versorgungseinrichtungen entstehen, die dem derzeitigen System des Hausarztes ähnlich sind. Im städtischen Bereich ist darunter eine Gruppenpraxis zu verstehen, die für mehrere Bezirke zuständig ist. Im ländlichen Bereich können sich mehrere Ärzte standortunabhängig ergänzen. Vorteil gegenüber dem traditionellen Hausarzt-System ist im ländlichen Bereich, dass die Praxen wochentags beinahe rund um die Uhr geöffnet sind. Die Anbieter teilen sich die Öffnungszeiten auf und ermöglichen den Patienten somit auch eine bessere Versorgung an den Tagesrandzeiten (z.B. beginnend um 07:00 Uhr bis einschließlich 19:00 Uhr).⁴³ Die Strukturierung der Primärversorgung durch Gruppenpraxen mit verschiedenen Anbietern, einem sogenannten Skill-Mix, stellt eine optimale Ergänzung dieses Konzepts dar. Die Koordination zwischen Betroffenen und Einrichtung erfolgt dabei ohne Zuweisung, so soll der Zugang zum System vereinfacht werden. Eine langfristige Vertrauensbasis zwischen Arzt bzw. Patient gewährleistet im besten Fall eine Kontinuität in der Versorgung, auch wenn der Patient nicht als chronisch krank gilt und nur einzelne Konsultationen zu Stande kommen.⁴⁴

Verschiedene Varianten von Primärversorgungszentren, wie bereits vorab beschrieben, findet man derzeit bereits seit ungefähr 20 Jahren in Schweden⁴⁵, seit 1999 in Großbritannien⁴⁶ und

⁴⁰ Vgl. Lust/ Weiss-Faßbinder, Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, 2010, S. 99

⁴¹ Vgl. Österreichisches Parlament, 2015, S. 4, Stand vom 24.04.2016

⁴² Vgl. Boerma et al., 2010, p. 6

⁴³ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2014, S. 10

⁴⁴ Vgl. Boerma et al., 2010, p. 6f

⁴⁵ Vgl. Björkelund/ Maun, 2016, <http://www.euprimarycare.org/column/primary-care-sweden>, Stand vom 19.04.2016

beginnend mit dem Jahr 2010 in Australien⁴⁷. Ganz aktuell ist nun auch seit Mai 2015 ein Primärversorgungszentrum in Österreich zu finden.⁴⁸ Auch einige andere Länder in Europa, aber auch Neuseeland und die USA haben dieses Konzept mittlerweile umgesetzt. Im Zuge dieser Literaturarbeit wird aber nur ein Ländervergleich der erstgenannten Staaten vorgenommen und ein Einblick in deren Gesundheitssystem gegeben, um auch die Hintergründe dieses Versorgungskonzepts darzustellen.

3.2. Globale Modelle von Primary Health Care

Ein Vergleich zwischen den Konzepten der unterschiedlichen Länder verdeutlicht den Stellenwert der Pflege, erläutert die differenzierten Ausbildungsmöglichkeiten für die Gesundheits- und Krankenpflege und bildet aber auch die Herausforderungen des Alltags in Primärversorgungszentren ab. Daher wird in folgendem Abschnitt auf die unterschiedlichen Modelle der Primärversorgung eingegangen, um einen guten Überblick über die dort vorherrschenden Bedingungen zu erhalten.

Allen internationalen Beispielen vorangehend ist festzuhalten, dass mit der Entstehung von Primärversorgungseinrichtungen in allen Ländern beinahe idente Ziele verfolgt werden. Es soll einerseits auf die demographische Veränderung der Bevölkerung reagiert werden, um somit auch die Gesundheitsversorgung anzupassen. Andererseits wird in vielen Studien die steigende Nachfrage nach Gesundheitsdiensten erwähnt.⁴⁹ In Zusammenhang mit diesen Faktoren sei auch die steigende Anzahl an Krankenhausaufenthalten zu erwähnen, die unter anderem auf die Zunahme von Personen mit chronischen Krankheiten zurückzuführen ist. Genau hier sehen die unterschiedlichen Länder auch ihren Bedarf bei der Entwicklung einer adäquaten Versorgungsstrategie.⁵⁰

In den nachfolgenden Kapiteln werden die Primärversorgungskonzepte von Australien, Großbritannien, Schweden und Österreich näher erläutert. In den jeweiligen Abschnitten ist unter anderem ein Vergleich der Pflegeausbildungen der ausgewählten Länder integriert, um sich somit der Grundvoraussetzungen von Pflegepersonen in "Primary Health Care Centers" bewusst zu werden.

⁴⁶ Vgl. Mountford et al., 2002, p. 241

⁴⁷ Vgl. Fuller, 2014, S. 338

⁴⁸ Vgl. ORF Wien, 2016a, <http://wien.orf.at/news/stories/2764121/>, Stand vom 22.03.2016

⁴⁹ Vgl. Fuller et al., 2014, p. 337

⁵⁰ Vgl. Czipionka/ Ulinski, 2014, S. 1

3.2.1 Australien

In Australien beispielsweise sind vorwiegend "Practice Nurses" tätig, welche speziell im ländlichen Bereich in Hausarzt-Praxen tätig sind. Die Zahl der dort arbeitenden Pflegepersonen hat sich in einem Zeitraum von vier Jahren verdoppelt, nachdem sich auch ihre Rolle zunehmend neu definiert hat. Auch seitens der Regierung erfolgte finanzielle Unterstützung des Versorgungssystems. Krankenversicherten bei Medicare (einer australischen Krankenversicherung) wurde im Laufe der Entwicklung ein Rabatt für Leistungen wie Impfungen, kleinere Wundversorgungen, PAP-Abstriche oder Präventionsangebote in Primärversorgungszentren gewährt. Demnach entwickelte sich für Primärversorgungszentren in Australien auch der Begriff der "Medicare Locals". Diese Einrichtungen koordinieren die regionalen Gesundheitsangebote, in Zusammenarbeit mit den Ärzten. Auch den dort tätigen Medizinerinnen wurden Anreize seitens des Staates geschaffen, um die Hospitalisierungsrate der Diabetes-Patienten zu senken. Pflegepersonen sind in einem solchen Primärversorgungszentrum entweder als "Practice Nurse" fix angestellt oder in einem Verzeichnis registriert und auf Honorarnotenbasis tätig.⁵¹

Um als solche tätig werden zu dürfen, entstanden nach und nach spezielle Zertifikate, Diplome, aber auch Masterstudiengänge für den Bereich der Pflege in Primärversorgungszentren.⁵² Als Grundlage dafür dient ein dreijähriges Hochschulstudium, das mit dem "Bachelor of Nursing" abschließt. In dem Curriculum ist dabei das Fach "Primary Health Care" bereits integriert. Somit erhalten Studierende bereits in ihrer Grundausbildung, Fachkenntnisse, die für die Arbeit in Primärversorgungszentren von Nutzen sind. Alternativ wird auch ein Bachelorstudium mit zusätzlicher Notfallausbildung angeboten, die allerdings fünf Jahre dauert und ein "Graduate Diploma of Clinical Practice (Paramedic)" miteinschließt.⁵³ Diese Kombination an Fertigkeiten der Notfallmedizin und herkömmlicher Pflege stellt somit ein optimales Rüstzeug für die Tätigkeit in einem Primärversorgungszentrum dar.

Ist sich eine Pflegeperson am Anfang ihrer Ausbildung bereits sicher, später im Bereich der Primärversorgung arbeiten zu wollen, gibt es ein spezielles Studienangebot. So ist es möglich, nach dem "Bachelor of Nursing", einen dreijährigen, berufsbegleitenden Masterstudiengang anzuschließen, der die Spezialisierung "Primary Health Care" beinhaltet.⁵⁴

⁵¹ Vgl. Fuller et al., 2014, p. 338

⁵² Ebenda, 2014, p. 338

⁵³ Vgl. Charles Sturt University, 2016a, <http://www.csu.edu.au/courses/bachelor-of-nursing>, Stand vom 16.04.2016

⁵⁴ Vgl. Charles Sturt University, 2016b, <http://www.csu.edu.au/courses/master-of-nursing>, Stand vom 16.04.2016

Das vorab erwähnte Finanzierungssystem der Regierung bringt im Bezug auf die Rolle der Pflegepersonen in Australien leider auch Nachteile mit sich. Denn die angesprochenen Rabatte für medizinische und pflegerische Leistungen haben auch ihre Grenzen. Pflegepersonal ist zwar ausreichend ausgebildet, aber trotzdem sind die Aufgaben in Hausarzt-Praxen stark eingeschränkt. Auch sogenannte "Community nurses", darunter werden gemeindebedienstete Pflegepersonen verstanden, dürfen einerseits nur eine limitierte Bandbreite an Aufgaben ausführen und andererseits fehlen die Patienten, denn die pflegerischen Angebote werden aufgrund der hohen Kosten oftmals nicht angenommen. Hinzu kommt, dass seitens der Ärzteschaft in Australien Widerstand gegenüber Pflegepersonal entstanden ist, da sie sich als Berufsgruppe bedroht fühlen. Es werden immer mehr Aufgaben in der Primärversorgung von der Pflege abgedeckt, wodurch sich angespannte Arbeitsbeziehungen zwischen Ärzten und Pflegepersonal ergaben. Was in Australien dem Konzept der Primärversorgung ebenso im Wege steht sind die Gehaltsschemata für das Pflegepersonal. Das dort tätige Personal bemängelt das unflexible Abrechnungsmodell und verweist im Vergleich dazu auf die gute Umsetzung von Neuseeland und Großbritannien.⁵⁵

Neben den finanziellen Belangen, die die Rolle der Pflege in Australien belasten, gibt es allerdings noch weitere Faktoren, die sich als hinderlich herausstellten. Denn der Studie von Fuller et al. zu Folge ergeben sich auch Schwierigkeiten hinsichtlich der Ausbildung des Pflegepersonals. So fehle es auf der einen Seite an der Möglichkeit die Ausbildung überhaupt zu absolvieren, andererseits zeigt sich auch mangelndes Interesse an dem Fachgebiet seitens der Pflegepersonen. Außerdem wären gut ausgebildete Fachkräfte in ländlichen Gebieten ohnehin schwer zu finden.⁵⁶ Fuller et al. spricht hier keine Details an, ob es an Ausbildungsplätzen mangle oder es allgemein ein Defizit an qualifiziertem Personal gäbe. Nach Recherchen der Autorin zu Folge, könnte ein Grund für diese Schwierigkeiten darin liegen, dass solche Masterstudiengänge sehr teuer sind und daher weniger attraktiv erscheinen.⁵⁷

3.2.2 Großbritannien

Wie auch in Australien erhoffte man sich in Großbritannien mit der Einführung im Jahre 1999 von Primärversorgungszentren zahlreiche Vorteile für das Gesundheitssystem.⁵⁸ In erster Linie sei ein nicht unwesentlicher wirtschaftlicher Faktor genannt, wie die Reduktion der

⁵⁵ Vgl. Fuller et al., 2014, p. 347ff

⁵⁶ Ebenda, 2014, p. 347ff

⁵⁷ Vgl. Charles Sturt University, 2016b, <http://www.csu.edu.au/courses/master-of-nursing>, Stand vom 16.04.2016

⁵⁸ Vgl. Mountford et al., 2002, p. 241

gesundheitpolitischen Gesamtkosten. Nach einer aktuellen Studie von Fillipon et al. aus dem Jahr 2015 konnte dieses Ziel auch bereits erreicht werden.⁵⁹ In Großbritannien ergaben sich durch die Einführung von Primärversorgungszentren noch viele weitere Vorteile, auf die im nachfolgenden Kapitel "Der Nutzen des Konzepts" noch näher eingegangen wird.

Die Verantwortung für Primärversorgungszentren in Großbritannien tragen im Unterschied zu anderen Ländern wie Österreich, nicht immer ausnahmslos Ärzte, sondern unter Umständen auch Pflegepersonal. In Großbritannien ist man dazu übergegangen, Pflegenden gemeinsam mit Allgemeinmedizinerinnen, eine leitende Funktion eines "Nurse-led Primary Healthcare Walk-In Centers" zu ermöglichen. Patienten sehen darin hauptsächlich positive Auswirkungen, wie beispielsweise eine verbesserte Kommunikation oder eine umfassendere Unterstützung zur Selbstversorgung. Dem britischen Gesundheitssystem wird somit ebenfalls eine Kostenreduktion und eine Entlastung der Ärzteschaft ermöglicht.⁶⁰ Ob Pflegepersonen auf diese Position bereits in ihrer Ausbildung ausreichend vorbereitet werden, bezweifelt Desborough et al. ebenso wie die umfassende Bereitstellung der Leistungen und nötiger Kosteneffizienz.⁶¹

Zum besseren Verständnis ist zu erklären, dass Pflegepersonen in Großbritannien auf ihre Aufgaben in Primärversorgungszentren in Form eines dreijährigen, allgemeinen Bachelorstudiums als Grundlage vorbereitet werden. Es besteht bereits hier die Möglichkeit einen Schwerpunkt in der Ausbildung zu legen, indem zwischen der Erwachsenen-, Kinder- und psychiatrischen Pflege oder auch Behinderten-Pflege gewählt wird. Anschließend haben Absolventen die Möglichkeit ein Masterstudium für "Advanced District Nursing" anzuschließen. Hierfür werden Pflegepersonen innerhalb von ca. zwei bis drei zusätzlichen Jahren auf die Arbeit im Bereich "Primary Health Care" vorbereitet.⁶²

Zu den Aufgabenbereichen des Pflegepersonals in Großbritannien zählen ausführliche Beratungen von Patienten, unter anderem chronisch kranken Personen. Vielfach richtet sich das Angebot an Betroffene von Asthma, Diabetes, COPD (einer chronisch obstruktiven Lungenkrankheit) oder Herzerkrankungen. Ebenso zählt die Diagnosestellung und Medikamenten-Therapie zu dem Aufgabengebiet der Pflege in der Primärversorgung.⁶³ Letztere Tätigkeit entwickelte sich jedoch erst über einen längeren Zeitraum hinweg. Als

⁵⁹ Vgl. Fillipon et al., 2015, p. 169ff

⁶⁰ Vgl. Desborough et al., 2011, p. 249

⁶¹ Vgl. Desborough et al., 2011, p. 261

⁶² Vgl. Nursing and Midwifery Council, 2016, <https://www.nmc.org.uk/education/becoming-a-nurse-or-midwife/>, Stand vom 16.04.2016

⁶³ Vgl. Filippon et al., 2015, p. 169-172

interessanten Aspekt in diesem Zusammenhang sei die Entwicklung der beruflichen Rechtsgrundlage in Großbritannien zu erwähnen. Nach Absolvierung einer Spezialausbildung für Pharmakologie war es britischen Pflegepersonen in Primärversorgungszentren bereits 1992 gestattet, einzelne Medikamente zu verschreiben. Im Laufe der Jahre vollzog sich eine umfangreiche rechtliche Erweiterung dieser Kompetenz und seit 2006 ist es nun mehr erlaubt, dass Pflegepersonen alle Arzneimittel verschreiben dürfen.⁶⁴ Trotz allem ist festzuhalten, dass dieser Tätigkeitsbereich eher zaghaft ausgeführt wird, da einige Faktoren bei der Medikamenten-Verschreibung seitens der Pflege berücksichtigt werden. Speziell im Falle eines Mangels an Personal, in ländlichen Gebieten und einkommensschwachen Regionen wird die Notwendigkeit genau abgewogen. Außerdem bestehen hier von Seiten der Pflege immer noch Unsicherheiten bei der Durchführung aufgrund von unzureichender Ausbildung und mangelnder Weiterbildung in diesem Fachbereich.⁶⁵

Als Ergänzung des pflegerischen Leistungsangebots kann das "Case-Management" in Form von kontinuierlicher Betreuung von chronisch kranken Patienten zu Hause mit begleitender Evaluation des Gesundheitszustandes, der persönlichen Hygiene und des Ernährungszustandes, gesehen werden. Diese Erweiterung der eigenen Fähigkeiten und die Anerkennung des Berufsstandes durch die Bevölkerung stärken die Pflegepersonen zunehmend in ihrem Selbstvertrauen. Fillipon et al. vergleichen dazu die weniger attraktiven Tätigkeitsbereiche in Primärversorgungszentren in ihrer Heimat Brasilien, welche eher im technischen und bürokratischen Bereich liegen und weniger die Interaktion mit dem Patienten einschließen.⁶⁶

3.2.3 Schweden

Ein vordergründiges Thema der Primärversorgung stellt die Prävention dar, die als eines der Ziele der WHO für weltweite "Primary Health Care" definiert wurde. Diesem Vorhaben hat sich Schweden besonders angenommen. Dort findet man bereits seit 1980 Diabetes-Pflege-Kliniken, integriert in Primärversorgungszentren.⁶⁷ Allgemein kann festgehalten werden, dass es in Schweden eher unüblich ist, dass ein Allgemeinmediziner eine Praxis alleine führt. Viel häufiger sind Primärversorgungszentren vorzufinden, welche aus mindestens vier bis sechs Hausärzten bestehen. Den Patienten stehen hier neben Pflegepersonen (den bereits erwähnten

⁶⁴ Vgl. Fillipon et al., 2015, p. 173

⁶⁵ Vgl. Fillipon et al., 2015, p. 175

⁶⁶ Vgl. Fillipon et al., 2015, p. 171f

⁶⁷ Vgl. Danielson et al., 2008, p. 773

"District nurses"), Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Psychologen und auch Sozialarbeiter zur Verfügung.⁶⁸

Bei der Ausbildung des Pflegepersonals in Schweden ist ebenso wie in den bereits beschriebenen Ländern eine zunehmende Verlagerung in den Hochschulbereich erkennbar. In den letzten 15 Jahren hat sich somit eine dreijährige Ausbildung universitären Charakters entwickelt, die als allgemeine Grundlage anzusehen ist. Diese schließt ebenfalls mit dem "Bachelor of Science in Health Studies" ab. Erst im Anschluss sind Spezialisierungen für diverse Fachbereiche möglich, in denen dann erstmals auch "Primary Health Care" Erwähnung findet.⁶⁹

In den im vorangegangenen Abschnitt erwähnten Versorgungseinrichtungen ist Diabetes-Pflegepersonal Teil eines Teams, das bei Bedarf auch Mediziner ersetzt, wenn es sich um Fragen zum Alltag mit Diabetes oder Veränderungen bei der Medikation handelt. Ähnlich wie in Großbritannien, können auch hier von Pflegepersonen leitende Funktionen innerhalb des Versorgungszentrums in Form von "Nurse-led Clinics" übernommen werden. Es geht bei der Betreuung darum, die Patienten soweit zu unterstützen, dass sie selbst Entscheidungen bezüglich ihres Behandlungsplans treffen können.⁷⁰ Auch in der Beratung und Betreuung von adipösen Patienten zeigt Schweden besonderes Engagement. Ein Team bestehend aus Hausärzten und Gemeindepflegepersonal ("District Nurses"), sind die erste Anlaufstelle für Betroffene. Es soll den Patienten ermöglicht werden, mit Hilfe von Informationen, selbst Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen. Dem genannten Team kommt hier laut einer schwedischen Studie von Ahlstrom eine besonders wichtige Rolle zu.⁷¹

3.2.4 Österreich

Was die Primärversorgungszentren in Österreich betrifft, so gibt es bis zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Arbeit noch keine wissenschaftliche Literatur in Form von Erfahrungsberichten. Studien im Auftrag von österreichischen Sozialversicherungsträgern analysierten allerdings bereits vor einigen Jahren, welche Konzepte von "Primary Health Care" in Europa vorhanden sind und welche Komponenten davon für Österreich in Frage kommen. Diese Daten wurden, wie auch andere englischsprachige Studien, die sich mit einem möglichen Primärversorgungskonzept für Österreich beschäftigten, für diese Arbeit herangezogen.

⁶⁸Vgl. Björkelund/ Maun, 2016, <http://www.euprimarycare.org/column/primary-care-sweden>, Stand vom 19.04.2016

⁶⁹ Vgl. Gustavsson et al., 2010, p. 2

⁷⁰ Vgl. Danielson et al., 2008, p. 773

⁷¹ Vgl. Ahlstrom et al., 2011, p. 1

Als Gedankenanstoß, warum ein solches Versorgungskonzept in Österreich relevant sein könnte, wurde in der österreichischen Studie von Czypionka 2014 eine Vielzahl an Gründen genannt. Zum einen spielt die finanzielle Komponente eine nicht unwesentliche Rolle, zumal das heimische Gesundheitssystem zu den teuersten im OECD-Vergleich (2012), zählt. Eine überdurchschnittliche hohe Lebenserwartung und starke Ausprägung der Akutmedizin finden hier als Problemfelder ebenso Erwähnung. Gleichfalls erwähnt Czypionka die teuren Facharztbesuche und Krankenhausaufenthalte, die besonders häufig in Anspruch genommen werden.⁷² Wie bereits auch in den einleitenden Kapiteln erwähnt, soll diesen Herausforderungen in Form eines Aufbaus von Primärversorgungszentren entgegen gewirkt werden. Besonders für das Jahr 2016 hat sich die Kooperation zwischen Bund, Länder und Sozialversicherung für Österreich hinsichtlich der Umsetzung des Konzepts einiges vorgenommen. So sollen zunehmend mehr Standorte, speziell in Wien, als Pilotprojekte geführt werden. Was gegenüber Modellen der Primärversorgung in den anderen genannten Ländern auffällt ist, dass sich die Ärzteschaft hier eine Vormachtstellung einräumt. Pflegepersonen arbeiten zwar im Team mit, es ist jedoch nicht angedacht, ihnen eine zentrale Rolle als Führungsposition zukommen zu lassen.⁷³ Als mögliche Gründe könnten hierfür das mangelnde Vertrauen des Gesundheitswesens auf die ausreichende Qualifikation seitens der Pflege gesehen werden. Sieht man sich die Ausbildung der Pflegepersonen in Österreich im Vergleich zu den anderen Ländern dieser Literaturarbeit an, so fällt auf, dass ein wesentlicher Unterschied besteht. Entschließt man sich im Bereich der Pflege tätig zu werden, gibt es im wesentlichen zwei Möglichkeiten. Einerseits hat man die Option, sich bereits nach der 10. Schulstufe für eine Krankenpflegeschule mit Diplom-Abschluss zu entscheiden. Hierbei ist es notwendig, sich bereits zu Beginn für einen Schwerpunkt (Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, Kinder- und Jugendlichenpflege oder psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege) zu entscheiden. Zu erwähnen ist, dass diese Form der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung in den anderen Vergleichsländern nicht existiert. Die zweite Option stellt ein Studium für Gesundheits- und Krankenpflege dar. Dieses kann entweder als dreijähriges Kombi-Studium (man erhält somit den Bachelor-Titel und ein Diplom) oder als Bachelor-Studium mit einer Berufsberechtigung für die Pflege, absolviert werden. Aufbauend darauf ist eine Weiterbildung in Form von Spezialisierungen, wie bereits genannt, mit einer

⁷² Vgl. Czypionka/ Ulinski, 2014, S.1

⁷³ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2016,

http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitsreform/Neues_Konzept_zur_Primaerversorgung, Stand vom 17.04.2016

verkürzten Ausbildungsdauer von einem Jahr oder ein darauf aufbauendes zweijähriges Masterstudium möglich.⁷⁴

Dem Bundesministerium für Gesundheit zu Folge sollen Gesundheitsförderung und Prävention zentrale Themen für Primärversorgungszentren darstellen. Ebenso werden die Versorgung von akuten Beschwerden, wie kleineren Infektionen oder Wundversorgungen zum Leistungsspektrum zählen. Die Unterstützung bei der Therapie von chronischen Krankheiten, wie kardiovaskulären Erkrankungen, chronischen Atemwegkrankungen, Schmerztherapien und Betreuung nach einem Schlaganfall werden im Angebotsumfang enthalten sein.⁷⁵ Aus dem Leistungsspektrum des PHC Mariahilf ist zu entnehmen, dass außerdem auch Impfungen, Blutabnahmen, Diabetes-Beratung, Raucherentwöhnung, Verbandwechsel und Nahtentfernungen durchgeführt werden. Welche Aufgabenbereiche hier außer den nach dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz üblichen Tätigkeiten, der Pflege in Primärversorgungszentren explizit zukommen, ist jedoch bis zum Verfassen dieser Arbeit nicht genau zu erheben.⁷⁶

3.2.5 Zusammenfassung des Ländervergleichs

Auffallend im Vergleich zwischen den unterschiedlichen Primärversorgungs-Modellen ist die differenzierte Schwerpunktsetzung. So bestehen natürlich in einigen Ländern auch gewisse Gemeinsamkeiten, beispielsweise hat Großbritannien die Versorgung von chronisch erkrankten Patienten genauso im Fokus wie Schweden. Australien hingegen kümmert sich in Primärversorgungszentren wie auch Großbritannien unter anderem um die Akutversorgung von Wunden. Rasche Unterstützung bei kleineren Verletzungen, die Behandlung von leichteren Erkrankungen der oberen Atemwege und die Notfallverhütung (im Sinne der "Pille danach") zählen ebenso zum Leistungsangebot von "Nurse-led-Kliniken" in Großbritannien.⁷⁷ Alle im vorherigem Abschnitt beschriebenen Länder vereint jedoch eine Kernaufgabe - die Prävention und Gesundheitsförderung. Diesem Bereich kommt besonders viel Aufmerksamkeit zu, um den Menschen die Verantwortung für ihre eigene Gesundheit bewusst zu machen. Den Fokus auf Beratungsgespräche zu legen, welche von Pflegepersonal durchgeführt werden, erscheint in diesem Zusammenhang nachvollziehbar.

Unklar erscheint noch, in welchem Umfang eine Vorbereitung seitens der Pflege auf die Aufgaben in Primärversorgungszentren, erfolgt. Das Pflegepersonal hat aufgrund von

⁷⁴ Vgl. Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband, 2016, S.1, Stand vom 16.04.2016

⁷⁵ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2014, S. 14

⁷⁶ Vgl. PHC Mariahilf, 2016, <http://www.medicinmariahilf.at/leistungen/>, Stand vom 17.04.2016

⁷⁷ Vgl. Desborough et al., 2011, p. 251

unterschiedlichen Schwerpunkten in der jeweiligen Ausbildung, eine unterschiedliche Ausgangsbasis. Es gestaltet sich daher schwer, überhaupt einen Vergleich zwischen den Rollen des Pflegepersonals anzustellen. Denn jemand mit einem abgeschlossenen Masterstudium für "Advanced District Nursing" kann unter Umständen andere Maßnahmen setzen, als eine Pflegeperson, die eine allgemeine Ausbildung für Gesundheits- und Krankenpflege absolviert hat. Im Zuge dessen ist es nur verständlich, wenn die Aufgabenbereiche von Pflegenden derzeit aus Australien und Großbritannien, welche Primärversorgung bereits im Studienplan integriert haben, abweichen von Ländern wie z.B. Österreich.

3.3. Der Nutzen des Konzepts

Im nachfolgenden Kapitel soll der Frage nachgegangen werden, welchen Nutzen das Konzept "Primary Health Care" nach sich zieht. Hierfür wurde einerseits der Nutzen für den Patienten näher beleuchtet, als auch für Pflegepersonen und im weiteren Sinn für das Gesundheitssystem des jeweiligen Landes. Wiederum können die Vorteile für das österreichische Gesundheitswesen nicht wissenschaftlich belegt werden, jedoch in Form von aktuellen Erfahrungsberichten geschildert werden.

3.3.1 Für Patienten

In Großbritannien berichten Patienten beispielsweise nach Beratungen durch Pflegepersonen in einem Primärversorgungszentrum, eine Verbesserung der psychischen als auch physiologischen Symptome zu verspüren. Es kam außerdem zu einer Reduktion der Angst und die Wartezeit konnte deutlich verringert werden. Zusätzlich werden bessere Betreuung, besseres Verständnis der eigenen gesundheitlichen Anliegen und mehr Selbstvertrauen der Patienten in die eigenen Fähigkeiten berichtet.⁷⁸ Es wurde somit, wie auch in den Zielen der WHO zu Beginn gefordert, ein besserer Versorgungszugang ermöglicht. Patienten empfanden außerdem die längere Dauer einer Beratungseinheit sowie eine bessere Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal als positiv.⁷⁹

Ob die oben genannten Vorteile auch wirklich alle Menschen, die ein Primärversorgungszentrum aufsuchen, nutzen können, wird von einer aktuellen Studie aus 2016 von Seiten Australiens besonders kritisch betrachtet. Diese beschäftigt sich unter anderem mit den Grenzen von Primary Health Care. Für indigene Völker (in Australien - Aborigines), ältere Personen und Flüchtlinge gestaltet es sich, der Studie zu Folge, als

⁷⁸ Vgl. Filippon et al., 2015, p. 175

⁷⁹ Vgl. Filippon et al., 2015, p. 169ff

besonders schwierig, Zugang zu Primärversorgung zu erhalten. Als mögliche Gründe dafür können einerseits sprachliche- als auch kulturelle Barrieren festgestellt werden. Die Erfüllung der Bedürfnisse der Betroffenen und ausreichende Informationsweitergabe soll mit speziellen Medienkampagnen unterstützt werden. Zumindest das Wissen über die Verfügbarkeit von Primärversorgungszentren und die Notwendigkeit für eine Terminkoordination mit Ärzten soll somit für diese Patientengruppen zur Verfügung gestellt werden.⁸⁰

3.3.2 Für Pflegepersonen

Die Anforderungen an das Pflegepersonal in Großbritannien, welche in Primärversorgungszentren tätig ist, sind umfangreich. Vorzugsweise werden Personen mit Erfahrungswissen aus den Bereichen Notfall - und Unfallversorgung, Palliativpflege oder Gemeindepflege eingestellt. Als beinahe wichtiger als die berufliche Vorerfahrung werden Eigenschaften des Pflegepersonals vorausgesetzt, die die persönliche Eignung für diesen Bereich widerspiegeln. Hierzu zählt beispielsweise die Persönlichkeit, die geistige Reife, aber auch die Vertrauenswürdigkeit als wichtige Komponenten.⁸¹ Aufgrund der hohen Anforderungen an das dort tätige Pflegepersonal und dem nachfolgenden Wissenszuwachs, steigt die Kompetenz immer weiter an. Was wiederum als direkte Konsequenz einen Anstieg der Arbeitszufriedenheit und des Selbstvertrauens der Pflegenden zur Folge hat. Somit kommt es auch dazu, dass das Ansehen des Berufes innerhalb der Gesellschaft in Großbritannien gestiegen ist.⁸² Einerseits wird seitens der Pflege von komplexen, beruflichen Herausforderungen gesprochen, andererseits aber auch die Vorteile erkannt. Die große Herausforderung für die Pflege stellt auf der einen Seite die klinische Untersuchung inklusive einer Diagnosen-Erstellung und der Entwicklung eines Behandlungsplans dar. Eine weitere Schwierigkeit ergibt sich durch die Diversität der unterschiedlichen Krankheitsbilder der Patienten. Hierfür weiß man wiederum die engere Zusammenarbeit innerhalb der eigenen Berufsgruppe und auch mit den anderen Gesundheitsberufen zu schätzen. Merkwürdig liegen hier die Herausforderungen, aber auch Entwicklungspotenziale für die Pflege eng aneinander.⁸³

⁸⁰ Vgl. Bywood/ Erny-Albrecht, 2016, p.14, Stand vom 17.04.2016.

⁸¹ Vgl. Mountford, 2002, p. 243

⁸² Vgl. Filippou et al., 2015, p. 175

⁸³ Vgl. Mountford, 2002, p. 243f

3.3.3 Für das Gesundheitssystem

Das britische Gesundheitssystem sieht in erster Linie den Vorteil in der Kosteneinsparung in der Gesamtversorgung aufgrund der Verlagerung der Tätigkeiten in den Pflegebereich. Gleichzeitig konnte eine Kostenreduktion bei der Verschreibung von Medikamenten verbucht werden, zumal sich Pflegepersonal in diesem Punkt als sparsamer erweist. Dies erklärt sich vermutlich dadurch, dass sie Richtlinien für den wirtschaftlichen Gebrauch mehr Folge leisten als Ärzte dies tun. Zugleich wurde eine bessere Überwachung chronisch erkrankter Personen erreicht, um teure Spitalsaufenthalte vermeiden zu können.⁸⁴ Erstaunlicherweise konnte sogar die Sterberate in Großbritannien durch die Einführung von Primärversorgungszentren reduziert werden.⁸⁵

Neben den positiven Aspekten der Primärversorgungszentren für das Gesundheitssystem war auch ein überraschendes Ergebnis zum Vorschein gekommen. Es wurde festgestellt, dass durch die Betreibung von "Nurse-led walk-in centres" andere Gesundheitsberufe deswegen nicht weniger Arbeitslast zu bewältigen haben.⁸⁶

3.4. Die Zufriedenheit mit dem Konzept

Im folgenden Kapitel wird der Zufriedenheit der Patienten, Pflegepersonen und der Gesundheitssysteme innerhalb des Konzepts der Primärversorgung nachgegangen. Des Weiteren werden auch die negativen Aspekte dieser Einrichtungen betrachtet, um einen umfangreichen Einblick in diese Art der Versorgung zu erhalten.

Befragte Patienten in Großbritannien berichteten beispielsweise von einer identen Qualität der Betreuung wie bei einem Arzt, jedoch waren längere Gespräche mit den Pflegepersonen möglich. Als weiteren Vorteil gaben die Patienten an, dass sie von Pflegenden mehr Infos erhielten und aus Konsequenz daraus regelmäßiger und häufigere Beratungen in Anspruch nahmen.⁸⁷ Auf die negativen Seiten des Systems angesprochen, erwähnen die Patienten, die fehlende Freiheit, sich die behandelnde Person aussuchen zu können. In den vorherrschenden Primärversorgungszentren besteht nämlich eine Regelung, dass diejenige Pflegeperson, welche den Erstkontakt hergestellt hat, auch nachfolgend die Betreuung übernimmt. Ebenso berichten Patienten von Unsicherheiten gegenüber der Vertrauenswürdigkeit der Verschreibungen von Medikamenten seitens der Pflege.⁸⁸ Hingegen Desborough et al.

⁸⁴ Vgl. Filippou et al., 2015, p. 176

⁸⁵ Vgl. Filippou et al., 2015, p. 175

⁸⁶ Vgl. Desborough et al., 2011, p. 255

⁸⁷ Vgl. Filippou et al., 2015, p. 175

⁸⁸ Vgl. Filippou et al., 2015, p. 175

berichten von Patienten, die die wertschätzende Betreuung des Pflegepersonals sowie die guten Kommunikationsfähigkeiten und umfangreiche Betreuungszeit betonen. Patienten erwähnen zudem, dass die Rechtfertigung für ihren Arztbesuch vor einer Ordinationshilfe entfalle, zumal sie ihr Problem direkt dem zuständigen Fachpersonal berichten können. In der Studie wird eine allgemein gestiegene Zufriedenheit in Primärversorgungszentren gegenüber herkömmlichen Hausarzt-Praxen hervorgehoben, unabhängig von Alter, Bildung, ethnischer Herkunft oder Wartezeiten.⁸⁹

Im Zuge der Einführung von Primärversorgungszentren konnte außerdem die Arbeitszufriedenheit der Pflegepersonen in Großbritannien gesteigert werden. Dies konnte in einem direkten Zusammenhang mit der Erweiterung der Tätigkeitsbereiche für das Pflegepersonal festgestellt werden.⁹⁰ Außerdem gaben interviewte Pflegepersonen an, dass sie über die Entwicklung ihrer Rolle erfreut sind, zumal nun auch zunehmende Anerkennung ihres Berufsstandes auf Seiten der Patienten und Kollegen anderer Gesundheitsberufe merkbar ist. Es ergäbe sich nun zwar auch mehr Verantwortung, aber daraus entstehe auch, dass Pflegepersonen nun den direkten Therapieerfolg der Patienten beobachten könnten. Die Befragten prophezeiten daher sogar einen Zuwachs an Berufsanfängern, da das Interesse für die Pflege steigen könnte. Den einzigen Mangel, den die interviewten Personen angaben, war, dass die Ausbildung aufgrund der Akademisierung zunehmend den Schwerpunkt auf den Theorie-Unterricht verlagert. Dies entspreche nicht den Erwartungen der Gesundheitseinrichtungen.⁹¹ Die zunehmende Arbeitslast durch ein erweitertes Aufgabenfeld von den Ärzten, zusätzlich zu den üblichen pflegerischen Tätigkeiten, empfanden die Pflegepersonen als negative Auswirkung dieses Konzepts. Auch die finanzielle Vergütung der durchgeführten Leistungen entspreche nicht dem Aufwand der Betroffenen.⁹²

3.5. Die Entwicklung der Rolle und Chancen für den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich

Welche Entwicklung der Rolle für Pflegepersonen betreffend Primärversorgung möglich ist, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Zum einen ist nach den Einschätzungen der Autorin, eine gewisse Bereitschaft des Personals Grundvoraussetzung für eine Veränderung. Zum anderen müssen allgemeine Versorgungs-Grundlagen für die Pflege geschaffen werden. Ein Angleich an bestehende Ausbildungssysteme wie in Großbritannien, die "Primary Health

⁸⁹ Vgl. Desborough et al., 2011, p. 255

⁹⁰ Vgl. Filippon et al., 2015, p. 169ff

⁹¹ Vgl. Filippon et al., 2015, p. 174

⁹² Vgl. Filippon, 2015, p. 176

Care" beinhalten, wäre ein erster wichtiger Schritt. Ein einheitliches Niveau des Ausbildungsstandes innerhalb Europas macht es auch für das Personal einfacher, bei Bedarf ebenso in anderen Ländern beruflich tätig zu werden.

Als Chance für die Weiterentwicklung der Rolle der Pflege kann in jedem Fall die eigene Kompetenzerweiterung angesehen werden. Gegebenenfalls ist später einmal ein Masterstudium mit dem Schwerpunkt "Primary Health Care" auch in anderen Ländern außer Großbritannien und Australien, gefragt. Bildung kann in jedem Fall als Bereicherung für die eigenen Fähigkeiten erkannt werden. Wie man an Beispielen von Großbritannien oder Australien bemerken kann, korreliert die berufliche Weiterentwicklung der Pflege direkt mit der Zufriedenheit des Pflegepersonals. Es entsteht somit auch ein persönlicher Profit in Form von Wissenszuwachs für jeden einzelnen.

Dem Konzept der Primärversorgung in Österreich soll laut dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger auch ein telefon- und webbasiertes Service angeschlossen werden. Dies könnte gleichfalls ein interessanter Aufgabenbereich der Pflege sein, welcher in Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen durchgeführt werden könnte.⁹³

Aus der Studie von Czypionka und Ulinski geht hervor, dass eine Primärversorgungseinheit einige wesentliche Kernelemente zu beinhalten hat. Es wird darauf Wert gelegt, dem Patienten gegenüber als Team aufzutreten, das neben Ärzten auch Pflegepersonen und Angehörige anderer Gesundheitsberufe miteinschließt. Außerdem soll bei Primärversorgungszentren die Verbindung zwischen Pflege, dem Sozialwesen und Rehabilitation hergestellt werden. Ein weiterer Punkt, der vom Pflegepersonal übernommen werden könnte, stellt für die Autorin die Gesundheitsförderung und Prävention dar, zumal dieser Schwerpunkt auch in der österreichischen Ausbildung vorzufinden ist. Die modernen Arbeitsmöglichkeiten von Teilzeitarbeit (bisher nur erwähnt für Ärzte) können zusätzlich einen Vorteil für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf für das Pflegepersonal darstellen.⁹⁴

⁹³ Vgl. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2016, <http://www.sicher-versorgt.at/>, Stand vom 19.04.2016

⁹⁴ Vgl. Czypionka/ Ulinski, 2014, S. 27f

4. Diskussion und Resümee

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das Thema der Primärversorgung im englischsprachigen Raum schon weit verbreitet ist. Diese Tatsache wurde durch die Vielzahl an Studien zu der Thematik untermauert. Überraschenderweise kamen viele ältere Studien, speziell aus Großbritannien, bei der Literaturrecherche zum Vorschein. Diese wurden aufgrund der Feststellung, dass sie die Entwicklung der Primärversorgung innerhalb Europas abbilden, trotzdem nicht ausgeschlossen. Eindeutige Limitationen waren bei der Literatursuche im deutschsprachigen Raum erkennbar. Aus diesem Grund finden sich in dieser Arbeit auch nur wenige Studien in deutscher Sprache wieder.

Auffallend bei der Zusammenfassung der Ergebnisse der Literaturrecherche war, dass der Vergleich zwischen den Aufgabenbereichen in den verschiedenen Ländern schwer fiel. Dies war hauptsächlich darauf zurückzuführen, da die Ausgangssituationen für die dort tätigen Pflegepersonen auch nicht ident waren. In Großbritannien und Australien wird der Schwerpunkt der Aufgaben zwar auf die Versorgung von chronisch kranken Patienten gelegt, die Notfallversorgung kleinerer Wunde spielt hier aber auch eine Rolle.⁹⁵ In Schweden liegt der Fokus der Betreuung hingegen eher im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention.⁹⁶ Als Übereinstimmung unter den diversen Ländern ist erkennbar, dass sich Pflegepersonen für die Aufgabenbereiche in Primärversorgungszentren gewachsen fühlen. Aber nur die wenigsten haben die Möglichkeit auch eine spezielle Weiterbildung auf diesem Gebiet zu besuchen. In Schweden wie auch in Österreich ist "Primary Health Care" nicht in der Pflegeausbildung als eigenes Fach integriert. So müssen sich Interessierte daher aus den unterschiedlichen Fachbereichen selbst ihr Programm zur Weiterbildung erstellen. In diesem Zusammenhang wäre es auch interessant, wie die derzeitigen Masterstudiengänge oder andere anschließende Fort- und Weiterbildungen in Österreich adaptiert werden müssten, damit Pflegende ähnlich wie in Großbritannien oder Schweden ein Primärversorgungszentrum leiten könnten.

Abschließend kann festgehalten werden, dass sich die Aufgabenbereiche der Pflegepersonen in Österreich, Schweden, Großbritannien und Australien teilweise stark voneinander unterscheiden. Gerade diese Tatsache stellte sich aber am Ende für die Autorin als spannende Erkenntnis heraus, dem Thema auch weiterhin Aufmerksamkeit zu schenken.

⁹⁵ Vgl. Filippon et al., 2015, p. 169-172

⁹⁶ Vgl. Ahlstrom et al., 2011, p. 1

5. Literaturverzeichnis

Ahlstrom G./ Hansson L./ Rasmussen F. (2011): General practitioners' and district nurses' conceptions of the encounter with obese patients in primary health care. In: Biomed Central Family Practice, Vol. 12, No. 7, p. 1-10.

Ärztchamber Oberösterreich (2015): Gesundheitsreform wird sichtbar: Erste Primärversorgungszentren für Oberösterreich. 2015, Internetadresse: http://www.aekooe.at/documents/3466767/5057025/17-2015_PHC_Land_AEK_1.pdf/4e6983b0-0c34-42c6-a0cd-b6fd817074a3?version=1.0&t=1432212809000, Stand vom: 22.03.2016.

Bywood P./ Erny-Albrecht K. (2016): Barriers to primary health care - an update. März 2016, Internetadresse: http://www.phcris.org.au/phplib/filedownload.php?file=/elib/lib/downloaded_files/publications/pdfs/phcris_pub_8454.pdf, Stand vom: 17.04.2016.

Björkelund C./ Maun A. (2016): Primary Care in Sweden. 2016, Internetadresse: <http://www.euprimarycare.org/column/primary-care-sweden>, Stand vom: 19.04.2016.

Boerma W./ Groenewegen P./ Hutchinson A./ Kringos D./ Van der Zee J. (2010): The breath of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. In: Biomed Central Health Services Research, Vol.10, No. 65, p. 1-13.

Bundeskanzleramt (2016): Gesamte Rechtsvorschrift für Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit, Fassung vom 01.05.2016, Internetadresse: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/LrOO/20000747/Vereinbarung%20Zielsteuerung-Gesundheit%2c%20Fassung%20vom%2001.05.2016.pdf>, Stand vom 01.05.2016.

Bundesministerium für Gesundheit (2014): "Das Team rund um den Hausarzt". Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. 30.06.2014, Internetadresse: <http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/2/6/CH1443/CMS1404305722379/primaerve rsorgung.pdf>, Stand vom 17.04.2016.

Charles Sturt University (2016a): Bachelor of Nursing. 2016, Internetadresse: <http://www.csu.edu.au/courses/bachelor-of-nursing>, Stand vom: 16.04.2016.

Charles Sturt University (2016b): Master of Nursing (with specialisations). 2016, Internetadresse: <http://www.csu.edu.au/courses/master-of-nursing>, Stand vom: 16.04.2016.

Czypionka T./ Ulinski S. (2014): Primärversorgung. Studie im Auftrag vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Februar 2014, Internetadresse: <http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10008.602001&action=b&cacheability=PAGE&version=1410347801>, Stand vom: 07.03.2016.

Danielson E./ Edwall L./ Hellström A./ Öhrn I. (2008): The lived experience of the diabetes nurse specialist regular check-ups, as narrated by patients with type 2 diabetes. In: *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 17, p. 772-781.

Der Standard (2015): Erste Einblicke in Wiener Primärversorgungszentrum, 2015, Internetadresse: <http://derstandard.at/2000014927345/Erste-Einblicke-in-Wiener-Primaerversorgungszentrum>, Stand vom 17.03.2016.

Desborough J./ Forrest L./ Parker R. (2011): Nurse-led primary healthcare walk-in centers: an integrative literature review. In: *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 68, No. 2, p. 248-263.

Filippon J./ Giovanella L./ Toso B. (2016): Nurses' performance on primary care in the National Health Service in England. In: *Revista Brasileira de Enfermagem*, Vol. 69, No. 1, p. 169-177.

Fuller J./ Gebbie K./ Henderson J./ Koehne K./ Verrall C. (2014): How is Primary Health Care conceptualised in nursing in Australia? A review of the literature. In: *Health and Social Care in the Community*, Vol. 22, No. 4, p. 337-351.

Gustavsson P./ Omne-Ponten M./ Rudman A./ Wallin L. (2010): Monitoring the newly qualified nurses in Sweden: the Longitudinal Analysis of Nursing Education (LANE) study. In: *BioMed Central, Human Resources for Health*, Vol. 8, No. 1, p. 1-17.

Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger (2016): Meine Praxis - rundum sicher versorgt. 2016, Internetadresse: <http://www.sicher-versorgt.at/>, Stand vom: 19.04.2016.

Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger (2014): Bevölkerungsstudie – Gesundheitsreform. Eine Studie von GfK (Growth from Knowledge) im Auftrag vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger. Juni 2014, Internetadresse: <http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10008.623860&action=b&cacheability=PAGE&version=1444031442>, Stand vom: 19.04.2016.

Jones M. (2000): Walk-in primary medical care centres: lessons from Canada. In: *British Medical Journal*, Vol. 321, No. 7266, p. 928-931.

Lust A./ Weiss-Faßbinder S. (2010): Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. 6. Auflage, Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung, Wien.

Mountford L./ Rosen R. (2002): Developing and supporting extended nursing roles: the challenges of NHS walk-in centres. In: Journal of Advanced Nursing, Vol. 39, No. 3, p. 241-248.

NHS National Health Services (2015): NHS walk-in centers. 10.02.2015, Internetadresse: <http://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/Emergencyandurgentcareservices/Pages/Walk-incentresSummary.aspx>, Stand vom 31.03.2016.

Nursing and Midwifery Council (2016): Becoming a nurse or midwife. 2016, Internetadresse: <https://www.nmc.org.uk/education/becoming-a-nurse-or-midwife/>, Stand vom: 16.04.2016.

ORF Wien (2016a): Primärversorgung: Zwei weitere Standorte. 21.03.2016, Internetadresse: <http://wien.orf.at/news/stories/2764121/>, Stand vom: 22.03.2016.

ORF Wien (2016b): Ärzte für Primärversorgungszentrum gefunden. 04.03.2016, Internetadresse: <http://wien.orf.at/news/stories/2760961/>, Stand vom 22.03.2016

Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (2016): Deine Ausbildungsmöglichkeiten. 2016, Internetadresse: https://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/Bildung/Folder_Gesundheits-_und_Krankenpflegeausbildung.pdf, Stand vom: 16.04.2016.

Österreichisches Parlament (2015): Entwurf - Bundesgesetz, mit dem das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz und das Berufsreifepfprüfungsgesetz geändert werden (GuKGNovelle 2015). 2015, Internetadresse: https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/ME/ME_00143/fname_445481.pdf, Stand vom: 24.04.2016.

PHC Medizin Mariahilf (2016): Leistungen. 2016, Internetadresse: <http://www.medizinmariahilf.at/leistungen/>, Stand vom: 17.04.2016

Stadt Wien (2015): Erstes Primärversorgungszentrum. 2016, Internetadresse: <https://www.wien.gv.at/gesundheit-soziales/primaerversorgung.html>, Stand vom: 17.03.2016

WHO (2016): Primary health care. 2016, Internetadresse: http://www.who.int/topics/primary_health_care/en/, Stand vom 30.03.2016.

WHO (1978): Erklärung von Alma Ata. 1978, Internetadresse:

<http://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/declaration-of-alma-ata,-1978>,
Stand vom 31.03.2016.

Der Standard (2015): Erste Einblicke in Wiener Primärversorgungszentrum. 27.04.2015.

Internetadresse: <http://derstandard.at/2000014927345/Erste-Einblicke-in-Wiener-Primaerversorgungszentrum>, Stand vom: 17.03.2016.