

Fachliche Grundlagen zur Verbesserung der Betreuung chronisch erkrankter Menschen durch DGKP

Ergebnisbericht

Im Auftrag der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK)



Fachliche Grundlagen zur Verbesserung der Betreuung chronisch erkrankter Menschen durch DGKP

Basis für die Entwicklung eines medizinisch-pflegerischen
Versorgungsangebots

Ergebnisbericht

Autorinnen und Autoren:

Linda Eberle (GÖG)
Philipp Heinrich (GÖG)
Aida Kerschbaum (GÖG)
Elisabeth Rappold (GÖG)
Sabine Weißenhofer (GÖG)

Autorinnen und Autoren der Kapitel 3.2., 3.3, 4.3, 4.4. sowie Mitarbeit bei Kapitel 5:

Samuel Fröschl (ÖGK), Andrea Gollmer (ÖGK), Daniel Peter Gressl (ÖGK), Gerhard Kropik (ÖGK),
Martin Robausch (ÖGK)

Kapitel 3.4 und 4.5 wurden unter Mitarbeit von Christine Spernbauer (Future Health Lab) erstellt.

Projektassistenz:

Petra Groß

Die in dieser Publikation dargelegten Inhalte stellen die Auffassungen der jeweiligen Autorinnen und Autoren dar.

Diese Publikation wurde unter Nutzung von generativer künstlicher Intelligenz zur Strukturierung und Umformulierung erstellt. Alle Inhalte wurden anschließend redaktionell geprüft; die fachliche Verantwortung liegt vollständig bei den Autorinnen und Autoren.

Wien, im November 2025

Im Auftrag der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK)

Zitievorschlag: Eberle, Linda; Heinrich, Philipp; Kerschbaum, Aida; Rappold, Elisabeth; Weißenhofer, Sabine (2025): Fachliche Grundlagen zur Verbesserung der Betreuung chronisch erkrankter Menschen durch DGKP. Basis für die Entwicklung eines medizinisch-pflegerischen Versorgungsangebots. Gesundheit Österreich

Zl. P1/4/5661

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Dieser Bericht trägt zur Umsetzung der Agenda 2030 bei, insbesondere zum Nachhaltigkeitsziel (SDG) 3 „Gesundheit und Wohlergehen“.

Kurzfassung

Hintergrund

Chronische Erkrankungen betreffen einen Großteil der Bevölkerung und erfordern eine koordinierte, langfristige und ganzheitliche Versorgung. Laut OECD leben über 80 Prozent der über 45-Jährigen mit mindestens einer chronischen Erkrankung, mehr als die Hälfte mit zwei oder mehr chronischen Erkrankungen. In Österreich ist die Versorgung jedoch stark fragmentiert und auf akute Situationen fokussiert. Vor diesem Hintergrund wurden in sechs Landes-Zielsteuerungsübereinkommen Maßnahmen zur Erarbeitung eines Umsetzungskonzepts für medizinisch-pflegerische Versorgungsangebote zur Verbesserung der Betreuung chronisch erkrankter Menschen durch diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP) vereinbart. Das vorliegende Konzept liefert die fachliche Grundlage dafür.

Methode

Das Konzept wurde in einem mehrstufigen Prozess im Auftrag von und in Kooperation mit der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) erarbeitet. Grundlage waren eine Literaturrecherche, internationale Good Practices, nationale Projektbeispiele sowie eine Sekundärdatenanalyse zur Versorgungsintensität chronisch erkrankter Menschen. Ergänzend wurde ein Stakeholderworkshop durchgeführt und es wurden fachliche sowie abrechnungstechnische Anforderungen berücksichtigt.

Ergebnisse

Die Analyse internationaler und nationaler Literatur, der Umsetzungsbeispiele, der Abrechnungsdaten und der Stakeholdereinschätzungen bestätigt die bereits vorhandene, aber ausbaufähige und als zentral erachtete Rolle von Pflegepersonen in der Versorgung chronisch erkrankter Menschen. Insbesondere Hausbesuche und Fallkoordination durch DGKP zeigen positive Effekte auf Selbstmanagement, Versorgungskontinuität und Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten. Der Bedarf an niederschwellige, koordinierte Angebote ist hoch – insbesondere für Personen mit stabilem Verlauf, aber komplexen Alltagsanforderungen. Diese Ergebnisse waren richtungsweisend für die konzeptuelle Arbeit.

Das entwickelte Leistungsportfolio der DGKP gliedert sich in drei Module:

- Basisleistungen,
- additive Leistungen (diagnostisch, edukativ, koordinativ, therapeutisch) und
- pflegetherapeutische Begleitung.

Es richtet sich an stabil chronisch erkrankte Erwachsene mit Bedarf an Unterstützung im Selbstmanagement – zur Verlaufskontrolle und Koordination aller damit zusammenhängender Bedarfe. DGKP übernehmen aktivierende, beratende und koordinierende Aufgaben, abgestimmt auf bestehende Behandlungs- und Therapiepläne. Die Leistungen erfolgen strukturiert entlang des Pflegeprozesses und können flexibel – aufsuchend (persönlich), telefonisch oder digital – erbracht werden.

Die Ausgestaltung des Konzepts wurde in mehreren Abstimmungsrunden mit der Auftraggeberin (ÖGK) konsolidiert.

Die konzeptuelle Arbeit zur Beschreibung des Leistungspotfolios von DGKP in der Versorgung chronisch erkrankter Menschen kann als fachliche Grundlage für eine mögliche Projektpilotierung eingesetzt werden.

Empfehlungen

Zur weiteren Ausarbeitung und praktischen Erprobung des Konzepts wird eine Pilotierung empfohlen. Aufbauend auf den Erfahrungen daraus soll das Leistungspotfolio geschärft, sollen weitere fachliche Grundlagen zur systematischen Umsetzung, Dokumentation und Evaluation entwickelt sowie geeignete Optionen zur strukturellen Anbindung geprüft werden. Ziel ist eine Integration in bestehende Versorgungsstrukturen. Dabei ist besonders auf Anschlussfähigkeit, regionale Passung und interprofessionelle Zusammenarbeit zu achten.

Schlüsselwörter

chronische Erkrankungen; Versorgung chronisch erkrankter Personen; diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson (DGKP); integrierte Versorgung; pflegerisches Leistungspotfolio

Inhalt

Kurzfassung	III
Abbildungen	VII
Tabellen.....	VIII
Abkürzungen	IX
Disclaimer – Kooperationsform und Entstehung des Berichts.....	X
1 Ausgangslage für die Entwicklung des Konzepts	1
1.1 Hintergrund	1
1.2 Chronische Erkrankungen.....	2
1.3 Versorgungsmodelle und Strategien	5
2 Zielsetzung des Berichts/Konzepts	16
3 Vorgehensweise/Methodik	18
3.1 Literaturrecherche und Identifikation internationaler Good Practices	18
3.1.1 Literaturrecherche	18
3.1.2 Internationale Good Practices	19
3.2 Nationale Umsetzungsbeispiele.....	20
3.3 Sekundärdatenanalyse	20
3.4 Stakeholdereinbindung	20
3.5 Konsolidierung der Ergebnisstränge	21
4 Analyseergebnisse als Grundlage für die Konzeption	22
4.1 Ergebnisse der Literaturrecherche.....	22
4.1.1 Hausbesuche	23
4.1.2 Fallkoordination	23
4.2 Internationale Umsetzungsbeispiele	24
4.2.1 Fazit Literaturrecherche.....	25
4.2.2 Dänemark	25
4.2.3 Schweden.....	26
4.2.4 Vereinigtes Königreich	27
4.2.5 Slowenien	27
4.2.6 Portugal.....	28
4.2.7 Deutschland.....	29
4.2.8 Fazit aus der internationalen Recherche	30
4.3 Nationale Umsetzungsbeispiele: Projekte mit DGKP-Beteiligung.....	30
4.3.1 Präventiv-medizinische Pflegevisiten der Community Nurses in Judenburg.....	32
4.3.2 Chronikerprogramme für Primärversorgungseinheiten (PVE) in der Steiermark	33
4.3.3 HerzMobil (Tirol, Steiermark, Kärnten, Niederösterreich) sowie Kardiomobil (PLUS) (Salzburg)	33
4.3.4 Demenz-Service Niederösterreich	33
4.3.5 Fazit des nationalen Projektvergleichs.....	34
4.4 Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse.....	35
4.5 Ergebnisse des Stakeholderworkshops	40

5	Konzeptskizze des medizinisch-pflegerischen Versorgungsangebots zur Verbesserung der Betreuung chronisch erkrankter Menschen durch DGKP	42
5.1	Modulare Struktur des Leistungsportfolios.....	44
5.2	Ein- und Ausschlusskriterien.....	48
5.3	Leistungsumfang der Module.....	49
5.4	Schematischer Ablauf.....	53
5.5	Methoden und Formen der Leistungserbringung	55
5.6	Weiterentwicklungsperspektive: spezialisierte Versorgungsangebote	56
5.7	Herausforderungen und Limitationen	57
6	Handlungsempfehlungen für die weitere Umsetzung	58
6.1	Festlegung der Terminanzahl: evidenzbasierte Flexibilisierung	58
6.2	Weiterentwicklung des Leistungsportfolios	58
6.3	Strukturelle Anbindungsoptionen	58
6.4	Rechtliche und finanzielle Verankerung.....	59
6.5	Orientierung an bestehenden Versorgungsmodellen und aktuellen Entwicklungen.....	59
6.6	IT-gestützte Umsetzung, Leitlinienorientierung und ELGA-Anbindung	60
6.7	Erweiterte Stakeholdereinbindung als strategischer Qualitätssicherungsprozess.....	60
	Literatur.....	61
	Anhang.....	69
	Präventiv-medizinische Pflegevisiten der Community Nurses in Judenburg.....	69
	Chronikerprogramme für Primärversorgungs- einheiten (PVE) in der Steiermark	71
	HerzMobil (Tirol, Steiermark, Kärnten, Niederösterreich) sowie Kardiomobil (PLUS) (Salzburg).....	73
	Demenz-Service Niederösterreich.....	75
	Literatur.....	77

Abbildungen

Abbildung 1:	Versorgungsstufenmodell der Gesundheitsversorgung in Österreich	6
Abbildung 2:	Teamstruktur einer allgemeinmedizinischen PVE.....	12
Abbildung 3:	Themengerüste – ÖGK-Erhebung zu Projekten mit DGKP-Beteiligung 2023.....	32
Abbildung 4:	Kontakte von Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen bei Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern im Jahr 2023	38
Abbildung 5:	Kontakte von Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen bei Fachärztinnen und -ärzten im Jahr 2023.....	39
Abbildung 6:	Module des Leistungsportfolios	46
Abbildung 7:	Schematischer Ablauf und Zusammenhang der Module.....	54

Tabellen

Tabelle 1:	Rollen und beispielhafte Einsatzgebiete von Gesundheits- und Krankenpflegepersonen.....	31
Tabelle 2:	Gegenüberstellung der pflegerischen Kernaufgabenbereiche der vier nationalen Umsetzungsbeispiele.....	34
Tabelle 3:	Leistungsumfang – DGKP in der Begleitung chronisch erkrankter Menschen	49

Abkürzungen

ALVA	Abrechnungs- und Leistungsdatenverarbeitung Abwicklung
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BVAEB	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau
CCM	Case und Care Management
CDC	U.S. Centers for Disease Control and Prevention
CN	Community Nursing
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenflegepflegerin, -pfleger oder -person
DM	Diabetes mellitus
DMP	Disease Management Programme
ELGA	elektronische Gesundheitsakte
FHL	Future Health Lab
GDA	Gesundheitsdiensteanbieter:innen
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
HKP	Hauskrankenpflege
IV	Integrierte Versorgung
KHK	koronare Herzkrankheit
NCD	Noncommunicable Disease
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development / Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
PHC	Primary Health Care
PV	Primärversorgung
PVE	Primärversorgungseinheit
SOP(s)	Standard Operating Procedure(s)
SVS	Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen

Disclaimer – Kooperationsform und Entstehung des Berichts

Der vorliegende Bericht ist das Ergebnis eines kooperativen Entwicklungsprozesses, der auf die gemeinsame Erarbeitung eines praxisorientierten Versorgungskonzepts ausgerichtet war. Bericht und Konzept wurden in enger Abstimmung zwischen der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) und der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) entwickelt. Das Future Health Lab (FHL) war im Rahmen der Stakeholdereinbindung involviert und brachte seine Expertise in die Prozessgestaltung ein.

In der vorbereitenden Phase wurden Zielsetzungen, methodischer Rahmen und inhaltliche Schwerpunkte gemeinsam definiert. Die unterschiedlichen Perspektiven und Fachkenntnisse der beteiligten Organisationen wurden in mehreren Arbeitssitzungen eingebracht, zusammengeführt, reflektiert und flossen kontinuierlich in die inhaltliche Weiterentwicklung des Berichts ein.

1 Ausgangslage für die Entwicklung des Konzepts

1.1 Hintergrund

Menschen leben heute länger, aber nicht zwingend gesünder. Chronische Erkrankungen treten mit zunehmendem Alter häufiger auf und betreffen laut der Studie Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS) der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development) 82 Prozent der Personen ab 45 Jahren, die in den letzten sechs Monaten eine primärärztliche Versorgung aufgesucht haben. Über die Hälfte lebt mit zwei oder mehr chronischen Erkrankungen, über ein Viertel mit drei oder mehr (OECD 2025). Laut den Daten des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) aus dem Jahr 2019 berichteten etwa 38 Prozent der österreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren, an einer dauerhaften Erkrankung oder einem chronischen Gesundheitsproblem zu leiden – das entspricht rund 2,8 Millionen Menschen. Berücksichtigt man hingegen die im Rahmen der Befragung konkret genannten Diagnosen, steigt dieser Anteil auf 66 Prozent. Die Differenz lässt sich dadurch erklären, dass viele verbreitete Beschwerden – wie etwa Bluthochdruck, erhöhte Cholesterinwerte, Allergien oder chronische Schmerzen – von den Betroffenen selbst nicht als chronische Erkrankung eingeordnet werden (Griebler et al. 2023). Chronische Erkrankungen stellen jedenfalls besondere Anforderungen an Gesundheitssysteme, da ihre Versorgung komplex, langwierig und häufig multidimensional ist.

Besonders häufig treten laut einer OECD-Studie aus dem Jahr 2024 Bluthochdruck, muskuloskelettale Erkrankungen (z. B. Arthritis, Rückenbeschwerden), Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und psychische Erkrankungen wie Depression oder Angststörungen – teils in komplexen und versorgungsrelevanten Kombinationen – auf. Kombinationen wie Arthritis und Bluthochdruck (27 %), kardiovaskuläre Erkrankungen und Bluthochdruck (20 %) sowie Diabetes und Bluthochdruck (18 %) sind Konstellationen, die aufgrund ihrer wechselseitigen Auswirkungen auf Mobilität, Stoffwechsel und Herz-Kreislauf-System besondere Anforderungen an Koordination und Langzeitbetreuung stellen. Dabei beeinträchtigt Multimorbidität nicht nur die Lebensqualität – insbesondere bei gleichzeitigem Vorliegen psychischer Erkrankungen –, sondern erfordert auch umfassendere, integrierte und koordinierte Versorgungsansätze (OECD 2025).

Menschen mit mehreren chronischen Erkrankungen benötigen häufig nicht nur medizinische Maßnahmen, sondern kontinuierliche Begleitung, Koordination und Unterstützung im Alltag. Episodisch organisierte, krankheitsspezifisch ausgerichtete Systeme greifen hier zu kurz. Laut OECD-PaRIS-Studie wirken sich insbesondere folgende strukturelle Faktoren positiv auf die wahrgenommene Qualität aus: ausreichend lange Konsultationszeiten von mehr als 15 Minuten (was insbesondere für multimorpide Menschen relevant ist), eine vertrauliche Beziehung zur Primärversorgungsfachkraft sowie eine zielgerichtete Koordination mit anderen relevanten Gesundheits- und Sozialdiensten. Diese Faktoren ermöglichen, die individuellen Bedürfnisse chronisch kranker Personen angemessen zu erfassen und zu adressieren. Maßnahmen wie regelmäßige Medikationsüberprüfungen – mehr als ein Drittel der Patientinnen und Patienten mit Multimorbidität nimmt vier oder mehr Medikamente ein – sowie die regelmäßige Aktualisierung von Versorgungsplänen („care plans“) und durchgängige Informationsflüsse im Gesundheitssystem tragen nachweislich zur Therapiesicherheit, besseren Abstimmung zwischen Gesundheitspersonal und zum Empowerment der Betroffenen bei. Diese strukturellen Rahmenbedingungen sind

Voraussetzung für eine wirksame Versorgung chronisch kranker Menschen – insbesondere, wenn psychische und somatische Erkrankungen gemeinsam auftreten. Vertrauen beeinflusst maßgeblich das Maß an Selbstmanagement, welches das Fundament für eine nachhaltige Versorgungsqualität darstellt (OECD 2025).

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass eine punktuelle und krankheitsspezifische Versorgung allein nicht ausreicht. Es braucht person(en)zentrierte, kontinuierliche und integrative Modelle, die Zeit, Beziehung und Koordination in den Mittelpunkt stellen.

Das österreichische Versorgungssystem ist geprägt von einem hohen Grad an Fragmentierung, bedingt durch eine komplexe Kompetenzverteilung zwischen Gesundheit, Pflege und Sozialem und sektorale Zuständigkeiten (Bachner et al. 2019). Diese strukturelle Zersplitterung erschwert insbesondere für chronisch erkrankte Menschen mit komplexem Bedarf eine durchgängige Betreuung und führt zu langen ineffizienten Versorgungswegen sowie fehlender Orientierung (BMSGPK 2023c; Gfrerer et al. 2016; Griebler et al. 2023).

Die politische Stoßrichtung – etwa im Rahmen der Gesundheitsreform – erkennt den Bedarf integrierter, niederschwelliger Versorgungsangebote und weist den diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP) zunehmend Aufgaben in Public Health, Koordination und Versorgungsgestaltung zu. Zudem findet die Leistungserbringung von DGKP auch aufgrund ihrer gesetzlich geregelten Kompetenzen in allen Versorgungsbereichen (Gesundheit und Soziales) und professionellen Versorgungsstufen statt. Derzeit sind DGKP aufgrund der Finanzierungsmodelle überwiegend im akutstationären Bereich, der mobilen und stationären Langzeitpflege, zunehmend aber auch im Bereich der Primärversorgung tätig.

In den aktuellen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen wurde in sechs Bundesländern eine Maßnahme zur „*Erarbeitung eines Umsetzungskonzepts für medizinisch-pflegerische Versorgungsangebote zur Verbesserung der Betreuung chronisch kranker Menschen durch diplomierte Pflegepersonal und Umsetzung in ausgewählten Pilotregionen*“ vereinbart (siehe am Beispiel Wien; L-ZK Wien oJ, S. 22). Sie ist dem Strategischen Ziel 1 „*Stärkung der ambulanten Versorgung bei gleichzeitiger Entlastung des akutstationären Bereichs und Optimierung des Ressourceneinsatzes*“ sowie dem Operativen Ziel 5 „*Verfügbarkeit und Einsatz des für die qualitätsvolle Versorgung erforderlichen Gesundheitspersonals gewährleisten*“ zugeordnet (BMSGPK 2024; L-ZK Wien oJ).

Damit wird ein bundesweiter Rahmen geschaffen, um Leistungen von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP) gezielt in der niedergelassenen Versorgung chronisch erkrankter Menschen zu verankern und sektorenübergreifend wirksam zu machen. Dies bildet den unmittelbaren Anlass für die Ausarbeitung der vorliegenden fachlichen Grundlage.

1.2 Chronische Erkrankungen

Definition – chronische Erkrankungen

Die WHO definiert nichtübertragbare Krankheiten (Noncommunicable Diseases, NCDs) – also chronische Erkrankungen – als gesundheitliche Zustände von langer Dauer, die durch eine Kombination genetischer, physiologischer, umweltbedingter und verhaltensbezogener Faktoren

entstehen. Zu den häufigsten NCDs zählen Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Herzinfarkt und Schlaganfall), Krebs, chronische Atemwegserkrankungen (wie COPD und Asthma) sowie Diabetes (WHO 2024). Das Center for Disease Control and Prevention (CDC) definiert chronische Erkrankungen ebenso breit und fasst darunter Gesundheitszustände zusammen, die **ein Jahr oder länger andauern, eine fortlaufende medizinische Betreuung erfordern und/oder Aktivitäten des täglichen Lebens einschränken oder beides**. Die zeitliche Dauer wird mit mindestens einem Jahr definiert. Als Erkrankungen nennt das CDC neben den oben genannten Erkrankungen auch Adipositas, Arthritis, Alzheimer, Epilepsie und Karies. Der Unterschied in der Definition und der Nennung der Erkrankungen verdeutlicht, dass es bislang **keine einheitliche und abschließende Definition** chronischer Erkrankungen gibt (CDC 2024).

Determinanten der Gesundheit und Auswirkungen auf chronische Erkrankungen

Chronische Erkrankungen entstehen aus einem komplexen Zusammenspiel veränderbarer und nicht veränderbarer Ursachen. Heutzutage werden sie im Rahmen **des biopsychosozialen Modells** verstanden, das Krankheit und Gesundheit als Ergebnis der Wechselwirkung biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren beschreibt. Dieses Modell geht davon aus, dass es keine rein organischen, psychosomatischen oder psychischen Erkrankungen gibt, sondern dass Krankheiten stets in unterschiedlichem Ausmaß durch biologische, psychologische, soziale und gesellschaftliche Einflüsse geprägt sind. Die **Ätiologie** chronischer Erkrankungen ist somit multifaktoriell und häufig das Resultat langfristiger komplexer Schädigungsprozesse. Neben genetischen Dispositionen und biologischen Mechanismen spielen insbesondere Lebensstil, Arbeits- und Umweltbedingungen, psychische Belastungen sowie soziale Unterstützungssysteme eine zentrale Rolle (Egger 2015; Sturm et al. 2006). Aufgrund ihres langwierigen Verlaufs und der wiederkehrenden Krankheitsphasen erfordern chronische Erkrankungen von Betroffenen sowie deren Familien und Bezugssystemen erhebliche körperliche, psychische und soziale Anpassungsleistungen. Sie sind häufig mit anhaltenden oder episodisch auftretenden Symptomen, Schmerzen, Unsicherheiten und dem Risiko sekundärer gesundheitlicher Probleme verbunden, die mehrere Lebensbereiche betreffen (Corbin et al. 2010). Da eine vollständige Heilung selten möglich ist, liegt der Fokus auf Prävention, frühzeitiger Diagnostik und kontinuierlicher Begleitung, welche die biologischen, psychologischen und sozialen Dimensionen gleichermaßen berücksichtigt und damit Lebensqualität und Selbstmanagement stärkt (Egger 2015; Sturm et al. 2006).

Trajekt-Modell – Verlaufsmodell nach Corbin und Strauss

Chronische Erkrankungen verlaufen nicht linear, sondern sind durch wechselnde Phasen mit spezifischen Belastungen und Anforderungen gekennzeichnet. Das Trajekt-Modell von Corbin und Strauss (1998, zit. n. Corbin et al. 2010) bietet einen theoretischen Rahmen, um diese Dynamik strukturiert zu erfassen. Der Begriff „*Trajectory*“ beschreibt den Krankheitsverlauf als sozialen Prozess, der von Betroffenen und deren Umfeld aktiv mitgestaltet wird – körperlich, emotional, sozial und organisatorisch. Das Modell unterscheidet **idealtypisch mehrere Phasen** – von der **Vortrajektphase bzw. Vorphase, die präklinisch ist, über Diagnosephase, akute oder kritische Phase(n) hin zu stabilen und instabilen Phasen, Phasen der Verschlechterung und zur Sterbephase**. In jeder Phase stehen unterschiedliche Aufgaben im Vordergrund, deren Bewältigung eine zentrale Rolle für die Lebensqualität und Versorgungssicherheit der Betroffenen spielt (Corbin et al. 2010; Grötken et al. 2006; Schaeffer et al. 2008).

Corbin et al. (2010) beschreiben drei zentrale *Linien*, die für das Leben mit einer chronischen Erkrankung entscheidend sind. Diese Arbeitslinien sind dynamisch, überlagern einander und müssen kontinuierlich neu ausbalanciert werden – besonders in instabilen oder kritischen Phasen. Diese sind

- krankheitsbezogene Arbeit (z. B. Diagnoseverarbeitung, Symptommanagement),
- biografische Arbeit (z. B. Umgang mit Identitätsveränderungen) und
- Alltagsarbeit (z. B. Organisation von Haushalt, Familie, Beruf).

Schaeffer und Moers erweitern diese Perspektive um die Auswirkungen auf Familiensysteme. Sie betonen, dass chronische Erkrankungen häufig Spannungen und Konfliktpotenziale erzeugen – etwa durch Rollenveränderungen, Überforderung oder unausgesprochene Erwartungen im sozialen Umfeld. Die Autoren heben hervor, dass Pflegeberatung in diesem Kontext eine bedeutende Vermittlungs- und Unterstützungsfunktion einnimmt: Sie trägt dazu bei, Phasen des Krankheitsverlaufs verständlich zu machen, Kommunikationsprozesse zu moderieren und pflegerische sowie psychosoziale Interventionen bedarfsgerecht zu planen (Schaeffer et al. 2008).

Für die vorliegende konzeptuelle Arbeit liefert das Trajekt-Modell eine fundierte Grundlage, um pflegerische Aufgaben differenziert entlang der Krankheitsphasen zu reflektieren. Es unterstützt dabei, die Versorgung an den sich wandelnden Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten auszurichten – etwa an dem Bedürfnis nach Stabilität, Orientierung, Begleitung oder Selbstmanagementunterstützung. Darüber hinaus hilft es, Zuständigkeiten und Grenzen professioneller Pflege sichtbar zu machen. Die pflegerische Versorgung im Rahmen des vorliegenden Konzepts konzentriert sich vorrangig auf **stabile Phasen chronischer Erkrankungen**, in denen eine kontinuierliche, koordinierende und aktivierende Begleitung gefragt ist.

Die Phasen dienen der Abgrenzung von Zuständigkeiten der diversen Akteurinnen und Akteure im System. In akuten oder kritisch verlaufenden Phasen liegt die primäre Zuständigkeit bei akut-medizinischen Strukturen – insbesondere in Spitälern, Ambulanzen oder der Primärversorgung. Die Fähigkeit, pflegerische Aufgaben entlang der Krankheitsphasen differenziert zu planen, umzusetzen und zu erkennen, welche Gesundheitsdiensteanbieter:innen zur jeweiligen Phase einzogen werden, ist daher ein zentrales Element der pflegefachlichen Kompetenz in der Versorgung chronisch erkrankter Menschen.

Pflegetherapeutische Leistungen

Es ist notwendig, sich dem therapeutischen Bereich der Pflege differenziert zu nähern. Einerseits gilt es, die rechtlich verankerten Vorbehaltsbereiche anderer, bspw. therapeutischer, Gesundheitsberufe zu berücksichtigen. Andererseits muss professionelle Pflege über ihre Rolle als Unterstützung in den Aktivitäten des täglichen Lebens verstanden werden, also über die Grundpflege hinaus. Es gilt, das therapeutische Potenzial der Pflege sichtbar und nutzbar zu machen. Dafür ist hilfreich, die Begriffe klar zu schärfen und insbesondere pflegerische Handlungen im Bereich der Grundpflege, pflegerische Maßnahmen im Bereich medizinischer Behandlung und den Bereich pflegetherapeutischer Leistungen zu differenzieren. Pflegetherapie, abzuleiten aus pflegetheoretischen Ansätzen, die sowohl die Bedeutung des Umfelds als auch der therapeutischen Beziehung hervorheben, verbindet diese Grundlagen mit einem ganzheitlichen, patientenzentrierten und evidenzbasierten Vorgehen. Die Interventionen umfassen physische Interventionen (Mobilisation, Schmerzmanagement, Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens),

psychosoziale Aspekte (Förderung der Resilienz, Stressbewältigung, pflegerische Beratungsgespräche), komplementäre Methoden (Aromatherapie, Musik- oder Entspannungstechniken als ergänzende Maßnahmen), Gesundheitsförderung und Edukation (Vermittlung von Wissen und Kompetenzen für Selbstmanagement und Prävention), mit dem Ziel, Genesung und Lebensqualität zu stärken und das Gesundheitssystem zu entlasten (Neurolaunch 2024).

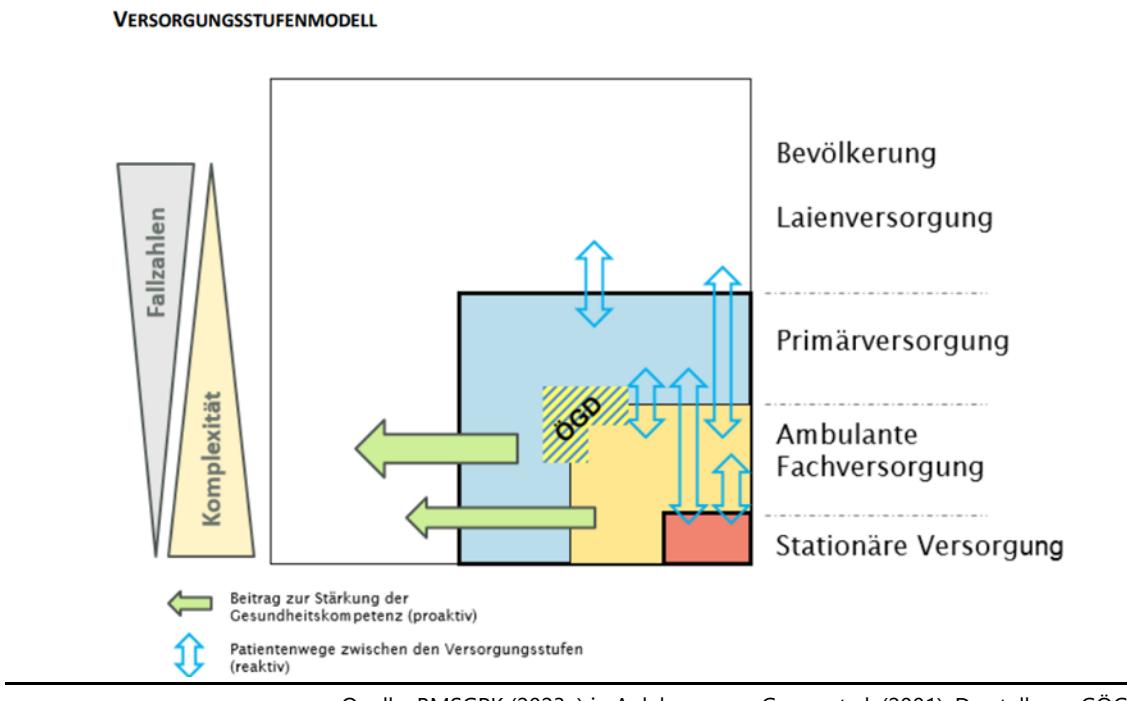
Als pflegerische Maßnahmen können Maßnahmen verstanden werden, die gezielt auf Basis einer berufsspezifischen Diagnostik ausgewählt und durchgeführt werden, evidenzbasiert und überprüfbar sind und einen therapeutischen Nutzen haben. Die Bandbreite an Maßnahmen reicht von Mobilisation und Rehabilitation über Prophylaxe und Unterstützung im Selbstmanagement bis hin zu Anleitung, Schulung, dem gesamten Bereich der Patientenedukation und der gezielten Übernahme einzelner therapeutischer Maßnahmen aus den Bereichen anderer Gesundheitsberufe (in Rücksprache mit dem multiprofessionellen Behandlungsteam). Das verdeutlicht, wie vielfältig das pflegetherapeutische Handeln ist und wie stark es zur Stabilisierung und Verbesserung von Gesundheit und Selbstständigkeit beitragen kann (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - GuKG; Lautenschläger 2014; Petek et al. 2011).

1.3 Versorgungsmodelle und Strategien

Die Gesundheits- und Langzeitpflegeversorgung in Österreich ist unter anderem durch eine alternde Gesellschaft gefordert und stark von Fragmentierung geprägt. Während die Lebensorwartung in Österreich abgesehen vom COVID-19-Knick seit vielen Jahren gestiegen ist (Griebler et al. 2023), lebt, wie bereits beschrieben, ein großer Teil der Bevölkerung mit einer chronischen Erkrankung. Verbesserungspotenzial zeigt sich hier vor allem im Bereich der Versorgungsleistungen sowie hinsichtlich der Personenzentrierung, also einer Ausrichtung der Versorgungsleistungen vielmehr an den Bedürfnissen und Bedarfen der Person und nicht primär an den Voraussetzungen des Systems.

Grundsätzlich stehen, wie in Abbildung 1 ersichtlich, im österreichischen Gesundheitswesen drei Versorgungsstufen der professionellen Gesundheitsversorgung zur Verfügung: die Primärversorgung, die ambulante Fachversorgung und die stationäre Versorgung (BMSGPK 2023a).

Abbildung 1: Versorgungsstufenmodell der Gesundheitsversorgung in Österreich



Quelle: BMSGPK (2023a) in Anlehnung an Green et al. (2001); Darstellung: GÖG

Die Darstellung der Versorgungsstufen (Abbildung 1) ist besonders geeignet, um die Versorgungsangebote in Österreich systematisch zu ordnen, strukturell zu verorten und Patientenwege entlang dieses Stufenmodells zu diskutieren. Sie bildet die Grundlage für eine differenzierte Betrachtung von Zuständigkeiten und Leistungsspektren in der professionellen Gesundheitsversorgung. Wird die Perspektive sektorenübergreifend erweitert – etwa um mobile, soziale und pflegerische Dienste, d. h. um die extramurale pflegerische Versorgung –, zeigt sich, dass diese zusätzlichen Versorgungsbereiche eine zentrale Rolle für die wohnortnahe, kontinuierliche Betreuung einnehmen können. Vor allem im Zusammenspiel mit der Primärversorgung kommt ihnen eine entscheidende Brückenfunktion zu: Sie tragen dazu bei, Versorgungslücken zu vermeiden, die Awareness und somit die Prävention zu stärken und komplexe Bedarfe im Alltag wirksam zu begleiten (WHO 2021).

Die bestehenden Strukturen fokussieren auf akute Probleme bzw. einen hohen Pflegebedarf. Für chronisch erkrankte Menschen mit geringem, kontinuierlichem, aber nicht krisenhaftem Unterstützungsbedarf fehlt jedoch eine geeignete Struktur. Neue Ansätze können hier im Sinne einer integrierten Versorgung als verbindendes Element zwischen Primärversorgung und Langzeitpflege wirken und so Kontinuität und Lebensqualität sichern. Angesichts von Alterung, wachsender Krankheitslast und knappen Ressourcen gewinnen solche Modelle weltweit an Bedeutung, um eine zukunftsfähige Versorgung zu gewährleisten. Ausgewählte Strategien und Modelle aus der Praxis werden in den folgenden Ausführungen dargestellt.

Integrierte Versorgung als Ansatz für eine patientenorientierte und effiziente Versorgung

Integrated People-Centred Care

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hebt für die zuvor beschriebene Situation das Konzept der „Integrated People-Centred Care“ hervor. Dieser Ansatz der integrierten Versorgung zielt darauf ab, eine Gesundheitsversorgung zu schaffen, die nicht nur nachhaltig, effizient und qualitätsorientiert ist, sondern auch gerecht, widerstandsfähig und konsequent an den Bedürfnissen der Menschen ausgerichtet – statt ausschließlich an Krankheiten oder bestehenden Systemstrukturen (WHO 2015). Das Wesen der integrierten Versorgung liegt in ihrer personenzentrierten Ausrichtung sowie einem bevölkerungsbezogenen Gesundheitsansatz, der sicherstellt, dass die Dienstleistungen um die Bedürfnisse der Menschen herum koordiniert werden, um Fragmentierung zu überwinden und sowohl Qualität als auch Effizienz zu steigern (Read et al. 2019). Bislang existiert keine universell anerkannte Definition von integrierter Versorgung (Balke-Karrenbauer et al. 2025). Die WHO empfiehlt fünf ineinander verwobene Strategien, um integrierte personenbezogene Gesundheitssysteme zu erreichen (WHO 2015):

- die Menschen und Gemeinschaften einbinden und befähigen
- die Governance und Rechenschaftspflicht stärken
- das Versorgungsmodell neu ausrichten
- die Dienste innerhalb und zwischen Sektoren koordinieren
- ein förderliches Umfeld schaffen

Dieser Ansatz erfordert ein kooperatives Umfeld, in dem Gesundheitsdienstleister:innen (z. B. Pflegepersonen, Ärztinnen und Ärzte sowie Therapeutinnen und Therapeuten) gemeinsam, koordiniert und in geeigneten Strukturen arbeiten, um eine nahtlose Versorgung anbieten zu können, wobei das nur durch eine gute Kommunikation und Koordination (auch mit technischer Unterstützung sowie gemeinsam genutzter Dokumentation) zwischen den Gesundheitsdienstleisterinnen und -leistern möglich ist (George et al. 2023). Zentral ist, dass der Bedarf der Person im Zentrum steht, an diesem ausgerichtet die Versorgung gestaltet wird und die versorgenden Berufsgruppen involviert werden.

Regenbogenmodell

Aus der Perspektive der Primärversorgung wird das Regenbogenmodell der integrierten Versorgung als konzeptioneller Rahmen primär für die Evaluation, aber auch zur Unterstützung bei der Implementierung von integrierter Versorgung angewendet. Dabei wird ein 3-fach-Ziel verfolgt: geringere Kosten, verbesserte Bevölkerungsgesundheit und verbesserte Versorgung/Versorgungserfahrung (Oostra et al. 2023; Valentijn 2016; Valentijn et al. 2017; Valentijn et al. 2021).

In der Umsetzung erfordern neue Versorgungsmodelle häufig eine Umverteilung von Ressourcen, Rollen und Verantwortlichkeiten, um die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten besser erfüllen zu können und den effizienten Einsatz von Gesundheitsressourcen zu optimieren (Kodner et al. 2002). Trotz konzeptioneller Unschärfen strebt die integrierte Versorgung danach, Versorgungsfragmentierung zu überwinden, den Bedürfnissen einer alternden Bevölkerung mit mehreren chronischen Erkrankungen gerecht zu werden und dadurch auch die Primärversorgung zu stärken (Lennox-Chhugani 2021; Valentijn et al. 2013).

Ein Schritt dabei ist beispielsweise das Zusammenbringen von bislang weitgehend isolierten Fachdisziplinen, um Versorgungslücken zu schließen und eine bedarfsgerechte, personenorientierte Betreuung der Patientinnen und Patienten während des gesamten Behandlungsprozesses zu gewährleisten (McKeown et al. 2019). Diplomierte Pflegepersonen können dabei vertrauliche Beziehungen zu Patientinnen und Patienten sowie deren Familien aufbauen, die mit höherer Patientenzufriedenheit, besserer Therapietreue und besseren Behandlungsergebnissen assoziiert sind. Sie spielen auch eine zentrale Rolle in teamorientierten Primärversorgungsmodellen, durch das Management chronischer Erkrankungen und präventive Maßnahmen (WHO 2020).

Chronic Care Model

Das Chronic Care Model ist ein etabliertes Rahmenwerk zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen im Bereich der Primärversorgung; das Managed Care Model zielt auf Kosteneffizienz und verbesserten Zugang zur Versorgung über ein Netzwerk von Leistungserbringerinnen und -erbringern ab. Beide Modelle priorisieren präventive Maßnahmen und frühe Interventionen. Diplomierte Pflegepersonen im ambulanten Bereich können in solchen Versorgungsmodellen regelmäßige Assessments durchführen, Patientinnen und Patienten aufklären und die Medikamentenadhärenz fördern/überprüfen. Das heißt, sie können Maßnahmen setzen, die Krankheitsprogression und akute Verschlechterungen verhindern oder vermindern sollen. Eine effektive Versorgung chronischer Erkrankungen erfordert einen multidisziplinären Ansatz, bei dem Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonen und Angehörige anderer Gesundheitsberufe sowie von Berufen aus dem Bereich der Sozialbetreuung synergetisch zusammenarbeiten, um die vielfältigen Bedürfnisse und Versorgungsbedarfe der Patientinnen und Patienten umfassend, bedarfsgerecht und patientenorientiert zu adressieren (Scruggs 2009).

Integrierte Versorgung in Österreich: Fokus Diabetes

Im Jahr 2023 wurde das „Rahmenkonzept Integrierte Versorgung Diabetes mellitus Typ 2“ veröffentlicht. Dieses Konzept verfolgt das Ziel, die bundesweite, versorgungsstufenübergreifende und multiprofessionelle Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 in Österreich strukturiert und qualitätsgesichert sicherzustellen. Es beschreibt einen idealtypischen integrierten Versorgungsprozess, der Primärversorgung, spezialisierte Versorgung und sektorenübergreifende Koordination systematisch miteinander verknüpft (BMSGPK 2023b).

Aufbauend auf dem Rahmenkonzept werden die Arbeiten zur Verbesserung der integrierten Versorgung im Rahmen der Bundes-Zielsteuerung weitergeführt – ein Ziel, das im Bundes-Zielsteuerungsvertrag der Zielsteuerung-Gesundheit 2024–2028 verankert ist.

Die aktuellen Arbeiten zum integrierten Versorgungsmodell bei Diabetes mellitus Typ 2 verfolgen das Ziel, eine strukturierte, digital unterstützte und sektorenübergreifende Versorgung zu etablieren. Dabei soll Diabetes mellitus Typ 2 (gemeinsam mit Herzinsuffizienz) als Referenzmodell für weitere Konzepte zu anderen chronischen Erkrankungen dienen. Der aktuelle Entwurf des Konzepts zum integrierten Versorgungsmodell bei Diabetes mellitus Typ 2 umfasst detailliertere Beschreibungen zu nachfolgenden grundlegenden Komponenten (BMASGPK 2025a)¹:

¹ vgl. Detailkonzept Integriertes Versorgungsmodell eVIVA bei Diabetes mellitus. Entwurf vom 13.05.2025; unveröffentlicht

medizinische Fallführung: Eine Ärztin bzw. ein Arzt soll vorrangig in der 1. Versorgungsstufe die kontinuierliche medizinische Betreuung übernehmen (meist Ärztin bzw. Arzt für Allgemeinmedizin). Dabei erstellt sie bzw. er auf Basis einer einheitlichen Versorgungscheckliste einen Behandlungsplan, der alle relevanten Maßnahmen/Leistungen zur Erreichung der individuell vereinbarten Versorgungsziele strukturiert festhält.

Fallkoordination: Die Fallkoordination unterstützt Patientinnen und Patienten bei nichtärztlichen Anliegen rund um die chronische Erkrankung. Sie hilft bei Bedarf bei der Orientierung im Gesundheitssystem, koordiniert Versorgungsleistungen und unterstützt bei der Inanspruchnahme der geplanten Maßnahmen. Zusätzlich kann diese organisatorische Rolle um pflegerische Aufgaben erweitert werden. Dabei übernimmt eine pflegerische Fachkraft (vorgesehen sind DGKP) übertragene Versorgungsleistungen basierend auf schriftlicher Anordnung, standardisierten Versorgungsprotokollen oder konkreten Zuweisungen (z. B. Wundversorgung) und verantwortet gemäß § 14 GuKG die pflegerische Fallbegleitung im Rahmen des Pflegeprozesses.

Systemkoordination: Die Systemkoordination soll auf Grundlage eines strukturierten Monitorings einen Überblick über das Versorgungsgeschehen in Bezug auf die im integrierten Versorgungs-Modell (IV) betreuten Patientinnen und Patienten sicherstellen – und auf dieser Basis politischen Entscheidungsträgerinnen und -trägern fundierte Informationen und Vorschläge zur Steuerung der Versorgung und Weiterentwicklung des IV-Modells bereitstellen.

ELGA-IV-Dokumentation: Die elektronische Dokumentation des IV-Modells über die ELGA bildet die Grundlage für den strukturierten Informationsaustausch zwischen den beteiligten Gesundheitsdiensteanbieterinnen und -anbietern (GDA). So sollen ein durchgängiger Informationsfluss zwischen den Versorgungsstufen und eine koordinierte Betreuung sichergestellt werden.

Zusätzlich zu den genannten Punkten sind für eine erfolgreiche Umsetzung des IV-Modells noch weitere zu beachten und zu realisieren, u. a. die Klärung und Realisierung erforderlicher gesetzlicher Rahmenbedingungen, die Sicherstellung abrechenbarer Leistungen für alle beteiligten Berufsgruppen sowie gezielte Qualifizierungsmaßnahmen.

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass in den bundesweiten Konzepten zur integrierten Versorgung künftig die Rolle der Pflege – insbesondere des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege – im niedergelassenen Bereich gestärkt und ausgebaut werden soll, um so die Versorgung chronisch kranker Menschen wirksam mitzugestalten.

Primärversorgung

Primary Health Care

Primary Health Care (PHC) wurde seit der Alma-Ata-Deklaration 1978 vielfach interpretiert, gilt aber heute – nach WHO-Verständnis – als umfassender *Whole-of-Society*-Ansatz, der auf sozialer Gerechtigkeit, Teilhabe und Menschenrechten basiert. PHC wird laut WHO wie folgt definiert:

„PHC is a whole-of-society approach to health that aims to ensure the highest possible level of health and well-being and their equitable distribution by focusing on people's needs and preferences (as individuals, families, and communities) as early as possible along the continuum

from health promotion and disease prevention to treatment, rehabilitation and palliative care, and as close as feasible to people's everyday environment." (WHO 2018, S. 2)

Das bedeutet, dass Primärversorgung auf drei eng miteinander verbundenen Bausteinen beruht:

- multisektorale, umfassende Versorgung über den gesamten Lebensverlauf, von Gesundheitsförderung und Prävention über Behandlung und Rehabilitation bis hin zur Palliativversorgung
- Berücksichtigung der sozialen Determinanten von Gesundheit, wie etwa Bildung, Einkommen, Arbeits- und Lebensbedingungen, die maßgeblich zur Entstehung und zum Verlauf von Krankheit beitragen
- Stärkung von Individuen, Familien und Gemeinschaften, indem sie befähigt werden, ihre Gesundheit aktiv mitzugestalten, Verantwortung zu übernehmen und in Versorgungentscheidungen eingebunden zu sein

Diese drei Dimensionen machen deutlich, dass es sich bei PHC nicht um ein isoliertes Versorgungsangebot handelt, sondern um eine grundlegende Ausrichtung von Gesundheitssystemen (WHO 2018).

International wird dieser Ansatz jedoch sehr unterschiedlich umgesetzt.

Primary Care bezeichnet die individuelle, personenbezogene Versorgung mit starkem Fokus auf allgemeinmedizinische Tätigkeiten. Demgegenüber verfolgt **Primary Health Care (PHC)** einen breiteren Versorgungsansatz: Sie umfasst die Kerndimensionen nach WHO, ist als gesundheitspolitischer Ansatz verankert und inkludiert Leistungen sowohl für Einzelpersonen als auch für ganze Bevölkerungsgruppen (Public Health). Die Alma-Ata-Deklaration von 1978 definiert PHC als „*essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of self-reliance and self-determination*“ (Declaration of Alma-Ata 1978). Damit wird PHC zu einem ganzheitlichen Konzept, das über die unmittelbare medizinische Erstversorgung hinausgeht und Gerechtigkeit, Solidarität sowie Teilhabe als zentrale Werte betont.

Während einige Länder auf integrierte multiprofessionelle Teams setzen, Sozialarbeit, den Pflegebereich oder Prävention stark einbinden (Primary Health Care), ist Primary Care in anderen Kontexten enger auf ärztliche (Erst-)Versorgung beschränkt.

Entwicklungen in Österreich

In Österreich wird Primärversorgung als erste Anlaufstelle für alle Menschen mit gesundheitsbezogenen Anliegen und als Schlüssel zu einer umfassenden Gesundheitsversorgung verstanden, so in der Vision. Eine gut ausgebauten Primärversorgung kann den Gesundheitszustand der Bevölkerung verbessern, Chancengleichheit schaffen sowie die Anzahl unnötiger Krankenhausaufenthalte vermindern. Mit einer Stärkung der Primärversorgung soll eine leistungsfähige, nachhaltige und effiziente Gesundheits- und Krankenversorgung erzielt werden (BMASGPK 2025b). Zur Primärversorgung zählen allgemeinmedizinische und kinderärztliche Einzel- und Gruppen-

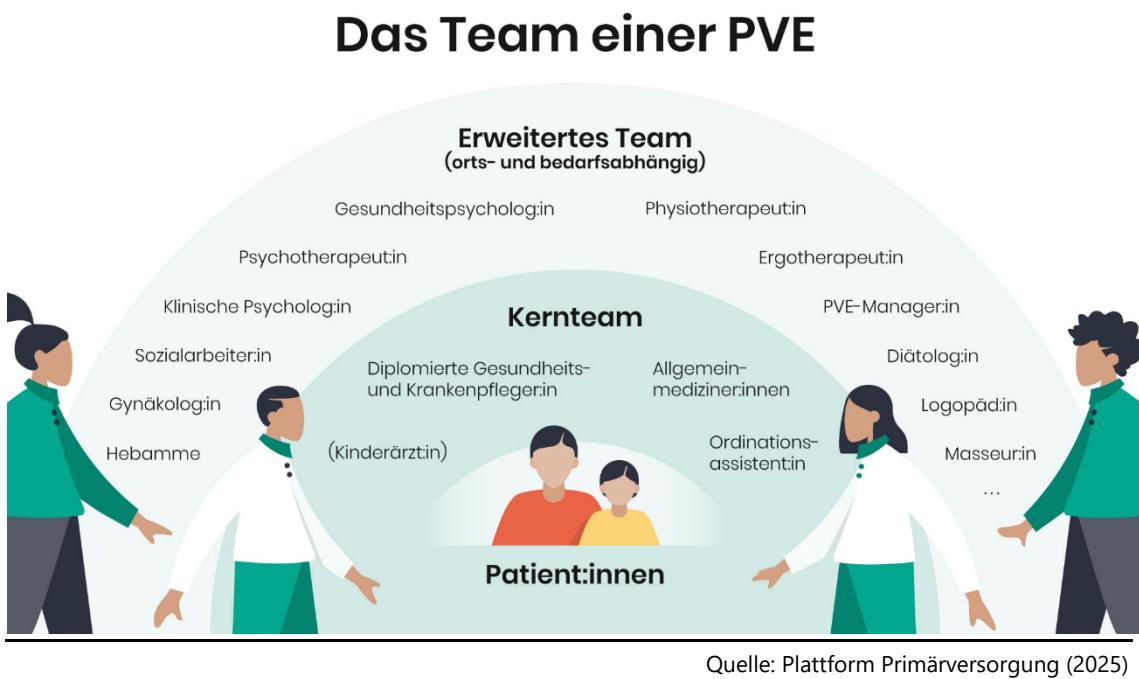
praxen, selbstständige Ambulatorien sowie Primärversorgungseinheiten (PVE) und Kinder-PVE (Plattform Primärversorgung 2025).

Die Gesundheitsreform 2013 war der Startschuss zur Neuausrichtung der österreichischen Primärversorgung. Die Stärkung des niedergelassenen Bereichs ist hierbei eines der wichtigsten Vorhaben. Der erste Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2013–2016 beinhaltet konkrete Zielsetzungen und Maßnahmen zur nachhaltigen Entwicklung einer niederschwelligen, umfassenden und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung. Mit der Veröffentlichung des Primärversorgungsgesetzes (PrimVG) 2017 wurde die rechtliche Grundlage geschaffen, die teambasierte Versorgung in Form von PVE österreichweit auszuweiten. Bei dieser innovativen multiprofessionellen Organisationsform stehen neben der Versorgung akuter und chronischer Erkrankungen auch Gesundheitsförderung, Prävention sowie psychosoziale Gesundheit im Fokus des Leistungsangebots (BMASGPK 2025b; Primärversorgungsgesetz - PrimVG 2017).

Eine PVE kann in Form eines Zentrums (eher städtisch) oder in Form eines Netzwerks (eher ländliche Regionen) gegründet werden. Im Kernteam arbeiten mindestens zwei Allgemeinmediziner:innen mit DGKP zusammen. Ergänzt wird das Kernteam durch Ordinationsassistentinnen und -assistenten sowie gegebenenfalls Fachärztinnen und -ärzte (FÄ) für Kinder- und Jugendheilkunde. Je nach Versorgungsbedarf können weitere Gesundheits- und Sozialberufe im erweiterten Team verbindlich und strukturiert hinzugezogen werden (Plattform Primärversorgung 2025; Primärversorgungsgesetz - PrimVG 2017).

Durch das Einführen einer Gründungsförderung im Rahmen der Aufbau- und Resilienzfazilität der Europäischen Union stieg die Anzahl der Neugründungen von PVE deutlich an. Mit Stand Oktober 2025 gibt es österreichweit 106 PVE, davon 14 Kinder-PVE (Plattform Primärversorgung 2025).

Abbildung 2: Teamstruktur einer allgemeinmedizinischen PVE



Rolle der DGKP in Primärversorgungseinheiten

Pflege ist nicht auf einzelne Settings oder Versorgungsbereiche beschränkt. Das Kompetenz- und Aufgabenprofil von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen umfasst viele Aspekte, die sinnvollerweise und ausgerichtet am Bedarf im Setting der Primärversorgung erbracht werden. Pflegepersonen nehmen international eine zentrale Position in den teambasierten Versorgungsmodellen der Primärversorgung ein. Sie sind maßgeblich an der Betreuung von chronisch kranken Patientinnen und Patienten beteiligt, übernehmen die Leitung und Koordination des Versorgungsmanagements, führen Hausbesuche durch, schulen und supervidieren weitere Teammitglieder und arbeiten eng mit anderen Gesundheitsdienstleisterinnen und -leistern zusammen (Flinter et al. 2017).

In Österreich waren DGKP als versorgungswirksame Ressource in der Primärversorgung bislang unterrepräsentiert. Erst mit der schrittweisen Etablierung von PVE zeichnet sich eine stärkere Einbindung ab. Dennoch ist das Einsatzfeld der DGKP derzeit noch vergleichsweise eng definiert und orientiert sich überwiegend an den in § 15 GuKG verankerten Aufgaben der Mitwirkung an medizinischer Diagnostik und Therapie. In der Praxis erweitert sich das Aufgabenprofil jedoch sukzessive – insbesondere im Kontext der Versorgung chronisch erkrankter Menschen – und umfasst zunehmend auch Bereiche wie Koordination, Gesundheitsbildung und edukative Unterstützung. Auch im Bereich der Versorgungskoordination werden DGKP tätig, es werden verstärkt Aufgaben im Bereich der Zusammenarbeit im multiprofessionellen Versorgungsteam (§ 16 GuKG) übernommen. Die Plattform Primärversorgung hat Berufsgruppen-Factsheets erstellt, die u. a. für einen Überblick über das Berufsbild, die Aufgaben und möglichen Leistungen in der Primärversorgung bieten und die Bandbreite des Einsatzgebietes aufzeigen. Die Aufgaben reichen dabei von Assessments und Risikoerhebungen, Überwachung des Gesundheitszustands,

Pflegeplanung und -diagnostik, Beratung und Prävention über Therapie- und Behandlungsunterstützung in Form der Mitwirkung bei medizinischer Diagnostik und Therapie bis hin zu Koordination und Zusammenarbeit im multiprofessionellen Versorgungsteam sowie Maßnahmen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung. Damit übernehmen DGKP sowohl klinisch-pflegerische als auch koordinierende und edukative Funktionen (Plattform Primärversorgung 2022).

Case Management

Das Case und Care Management (CCM) gilt auf nationaler sowie internationaler Ebene als ein Ansatz zur Verbesserung der Gesundheitsergebnisse bei komplexen Krankheitsbildern, chronischen Mehrfacherkrankungen und unzureichender familiärer oder sozialer Unterstützung (Schulc et al. 2023). Neben den leistungsorientierten gesetzlichen Definitionen existieren fachliche Konzepte von Case Management, die eine breitere Perspektive einnehmen und in denen zwischen Case und Care Management unterschieden wird.

Dem Care Management kommt eine steuernde Funktion zu, die fall- und einrichtungsübergreifend bedarfsgerechte Hilfen koordiniert, organisiert sowie den strukturellen Bedarf in einer Region aufzeigt (Remmel-Faßbender 2006, zit. n. ÖGCC oJ-b). Case Management wird hingegen als kooperativer, systematisch geführter Prozess verstanden, der sich an komplexe Bedarfslagen einer Person richtet und die passgenaue Versorgung über Sektorengrenzen hinweg organisiert. Im Zentrum steht dabei nicht nur die Leistungserbringung, sondern auch die Wahrung der Autonomie der Klientinnen und Klienten, die Ressourcenorientierung sowie die Qualität der Zielerreichung (ÖGCC oJ-a; ÖGCC oJ-b).

In der praktischen Umsetzung erfolgt zumeist keine strenge Trennung zwischen Case und Care Management – beide Bereiche greifen ineinander.

In Österreich wird Case und Care Management im Gesundheits- und Sozialbereich von unterschiedlichen Institutionen umgesetzt. Dazu zählen beispielsweise Krankenversicherungsträger, Beratungsstellen auf Bezirks- oder Gemeindeebene, Anbieter mobiler Pflege oder das Entlassungsmanagement von Krankenanstalten. Je nach Zielgruppe, inhaltlichen Schwerpunkten und den eingesetzten Berufsgruppen variiert das Leistungsangebot.

Umsetzung in Österreich

In Österreich gibt es eine Vielzahl gesetzlich verankerter und regional initierter Angebote, die auf Koordination und Kontinuität in der Versorgung abzielen. Besonders hervorzuheben ist das Case und Care Management nach dem Pflegefondsgesetz (§ 21a PFG), das eine zunehmende Rolle in der Koordination von Betreuungs- und Pflegediensten spielt. Seit 2016 steigen sowohl die erbrachten Leistungsstunden als auch die Zahl betreuter Personen. Darüber hinaus existieren Case-Management-Angebote beim Übergang zwischen Krankenbehandlung und Rehabilitation, die seitens der Sozialversicherung angeboten werden (ASVG § 154d), sowie der gesetzliche Auftrag zur koordinierten Primärversorgung (PrimVG § 2). Trotz dieser Initiativen fehlt derzeit eine bundesweite Gesamtstrategie zur Abstimmung koordinierender Maßnahmen, was zu Über- und Unterversorgung sowie Doppelstrukturen führen kann (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz -

ASVG 1955; Pflegefondsgesetz - PFG 2011; Pratscher 2023; Primärversorgungsgesetz - PrimVG 2017; Sackl et al. 2023).

Vorrangig sind im CCM diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen sowie diplomierte Sozialarbeiter:innen aktiv. Die Absolvierung einer spezifischen Ausbildung zur Case-Mangerin bzw. zum Case-Manager wird in den meisten Bundesländern unterstützt, aber für die Tätigkeit im CCM nicht vorausgesetzt. Case-Management-Ausbildungen werden mit und ohne Zertifizierung der Österreichischen Gesellschaft für Care und Case Management (ÖGCC) angeboten, beispielsweise durch Fachhochschulen, Privatuniversitäten oder berufsbildende Institute.

Community (Health) Nursing

Community (Health) Nursing ist ein international etabliertes Konzept der pflegerischen Gesundheitsversorgung bzw. -vorsorge, das sich an den Prinzipien der Public Health orientiert. Es beschreibt die professionelle Pflegepraxis in und mit Gemeinschaften, die das Ziel verfolgt, die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern, Krankheiten vorzubeugen und gesundheitliche Chancengleichheit zu stärken. Community Health Nurses arbeiten auf der Ebene des Individuums, der Community und des Systems. Im Unterschied zur kurativ ausgerichteten Pflege liegt der Fokus neben Individuen und Familien stärker auf Bevölkerungsgruppen und ihren Lebenswelten – es setzt frühzeitig und dort an, wo Menschen leben und altern (WHO 2017).

Umsetzung in Österreich

Community Nursing wurde in Österreich in den Jahren 2022 bis 2024 im Rahmen eines EU-finanzierten Pilotprojekts in allen Bundesländern erprobt. Ziel war, ein gemeindenahes, präventives und niederschwelliges Angebot für ältere Menschen mit Unterstützungsbedarf zu schaffen. Community Nurses – das sind DGKP, die gemeindenah tätig sind – übernehmen dabei aufsuchende, beratende, koordinierende und gesundheitsförderliche Aufgaben im direkten Lebensumfeld der Menschen.

Seit 1. Jänner 2025 liegt die Verantwortung für die Weiterführung von Community Nursing bei den Bundesländern. Mit der Verankerung im Pflegefondsgesetz wurde eine rechtliche und finanzielle Grundlage geschaffen. Eine einheitliche, flächendeckende Ausrollung und langfristige Absicherung ist jedoch bislang offen bzw. noch in Entwicklung und hängt wesentlich von den politischen Entscheidungen und Umsetzungsstrategien der Bundesländer ab (Eberle 2025).

Fazit

Die Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen stellt eine besondere Herausforderung dar, da sie über längere Zeiträume hinweg und eng eingebunden in den individuellen Lebensalltag erfolgen muss. Sie erfordert daher einen ganzheitlichen Ansatz, der über rein medizinische Fragestellungen hinausgeht. Zentrale Elemente erfolgreicher Versorgungsmodelle sind die Stärkung des Selbstmanagements der Betroffenen sowie eine gezielte Unterstützung zur Förderung der Therapietreue. Effektive Ansätze zeichnen sich durch eine konsequente Orientierung an den individuellen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten – statt an den Strukturen des Versorgungssystems – aus. Ergänzend dazu bedarf es eines multiprofessionellen

Vorgehens, bei dem die jeweils geeigneten Berufsgruppen eingebunden werden, eine enge Zusammenarbeit erfolgt, die Dokumentation gemeinsam gestaltet wird und tragfähige Kommunikationsstrukturen etabliert sind.

Gerade in diesem Zusammenhang gewinnt das Konzept der integrierten Versorgung an Bedeutung, da es eine berufsgruppenübergreifende, versorgungsstufen- und sektorenübergreifende, koordinierte und kontinuierliche Begleitung über den gesamten Betreuungsverlauf hinweg ermöglicht.

Das in diesem Bericht vorgestellte Konzept der pflegerischen Versorgung chronisch erkrankter Menschen kann als zentraler Baustein einer integrierten, sektorenübergreifenden Versorgungsstruktur verstanden werden, deren Ziel ist, chronisch erkrankte Menschen optimal zu betreuen.

2 Zielsetzung des Berichts/Konzepts

Ziel des Auftrags ist die Entwicklung eines generalistischen, indikationsübergreifenden Versorgungskonzepts für chronisch erkrankte Erwachsene – mit oder ohne bestehendem Pflegebedarf. Das Konzept soll sich an *Bedürfnissen* und Bedarfen chronisch erkrankter Menschen orientieren, bestehende Versorgungsstrukturen sinnvoll ergänzen bzw. von diesen genutzt werden und zur Verbesserung der Versorgungsqualität sowie zur Schließung bestehender Versorgungslücken beitragen.

Demnach soll das vorliegende Konzept die Versorgung erwachsener Menschen mit chronischen Erkrankungen nachhaltig verbessern. Der gezielte Einsatz von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP) soll ermöglichen, dass deren spezifische Kompetenzen und professionelle Handlungen unabhängig von Versorgungssettings oder -stufen wirksam werden können. Die professionelle Rolle der DGKP wird dabei nicht durch institutionelle Rahmenbedingungen begrenzt, sondern orientiert sich konsequent am individuellen und umfassenden Bedarf der betreuten Personen. Diese personzentrierte Ausrichtung soll eine bedarfsgerechte, kontinuierliche und qualitativ hochwertige Versorgung sicherstellen.

Im Mittelpunkt stehen chronisch erkrankte Patientinnen und Patienten, die aktiv in ihre Behandlung eingebunden werden sollen, um ihre Selbstmanagement-Kompetenzen zu stärken. Dadurch sollen Versorgungsqualität und -kontinuität verbessert, Komplikationen und Begleiterkrankungen langfristig reduziert, Krankenhausaufenthalte vermieden und soll das Gesundheitssystem effizienter gestaltet werden.

Ein zentrales Ergebnis ist die Beschreibung des möglichen **Leistungspotfolios diplomierter Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP)** in der Versorgung chronisch erkrankter Menschen im niedergelassenen Bereich. Dabei ist zu betonen, dass, wenngleich der Fokus auf das Aufgabenspektrum von DGKP gerichtet wird, diese nicht monoprofessionell, sondern in enger Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Berufsgruppen, hier v. a. mit Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern, tätig werden sollen. Dies geschieht abgestimmt auf die regional vorhandenen Strukturen.

Dabei wird die Bandbreite des Einsatzes von DGKP in der Versorgung chronisch erkrankter Menschen zu Hause sichtbar gemacht und ihre mögliche Rolle im extramuralen Bereich aufgezeigt.

Nichtziele

Das Projekt zielt nicht darauf ab,

- das Leistungsspektrum erkrankungsspezifisch zu erarbeiten, sondern darauf, krankheitsübergreifende bzw. übergeordnete Themen und Aufgabenbereiche wie Symptom- und Behandlungsmanagement zu identifizieren.
- eine ökonomische Bewertung zum Einsatz von DGKP im Bereich der Versorgung chronisch erkrankter Menschen abzugeben (Effizienz und Kostenneutralität sind handlungsleitend für die Konzeption).

- eine vollständige Analyse der berufsrechtlichen Möglichkeiten durchzuführen, dafür jedoch relevante Nahtstellen sowie den Bedarf an Kooperation und Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen hervorzuheben.
- spezialisierte Angebote für einzelne chronische Erkrankungen zu entwickeln. Stattdessen wird ein generalistisches Angebot skizziert und der Bedarf etwaiger spezialisierter Angebote benannt.

3 Vorgehensweise/Methodik

Ausgehend vom Auftrag wurden auf Basis bestehender Evidenz, aktueller Daten bzw. datenbasierter Näherungen und nationaler sowie internationaler Modellprojekte zentrale Anforderungen an die pflegerische Rolle in der extramuralen Versorgung chronisch erkrankter Menschen in Österreich definiert. Hierfür wurde die nachstehende multimethodische Herangehensweise gewählt.

3.1 Literaturrecherche und Identifikation internationaler Good Practices

Zur Identifikation zentraler internationaler Modelle, Programme und Projekte zur Versorgung chronisch erkrankter Menschen erfolgte eine zweistufige Literaturrecherche mit einer explorativen Recherche grauer Literatur und strategischer Dokumente ausgewählter Länder und einer fokussierten Literaturrecherche.

3.1.1 Literaturrecherche

Zur Identifikation von evidenzbasierten Versorgungsansätzen mit pflegerischer Beteiligung wurde eine zweistufige Literaturrecherche durchgeführt.

Stufe 1: Explorative Recherche

Ziel der explorativen Recherche war, einen Überblick über die internationale Studienlage und Good-Practice-Modelle zur Rolle von Pflegepersonen in der Versorgung chronisch kranker Menschen zu gewinnen. Berücksichtigt wurden internationale Übersichtsarbeiten, politische Rahmenpapiere (z. B. ICN, WHO), einschlägige Projektberichte sowie graue Literatur.

Vorgehensweise bei der explorativen Literaturrecherche

Die initiale Literaturrecherche wurde explorativ angelegt, um zentrale Themenfelder, internationale Entwicklungen und Good-Practice-Beispiele zu identifizieren. Sie diente der breiten Orientierung im Forschungs- und Praxisfeld und verfolgte kein formal definiertes, systematisches Vorgehen. Die Recherche erfolgte in wissenschaftlichen Datenbanken sowie mittels Google Scholar, über gezielte Internetsuchen und ein Schneeballverfahren. Eingeschlossen wurden Veröffentlichungen, welche die Rolle, Aufgaben oder Kompetenzen von Pflegepersonen in der Versorgung chronisch kranker Menschen thematisieren. Quellen ohne Bezug zu Pflegerollen oder mit rein akutmedizinischem Fokus wurden nicht berücksichtigt. Die identifizierten Dokumente wurden inhaltlich gesichtet und zentrale internationale Modelle und Tendenzen herausgearbeitet.

Stufe 2: Fokussierte Literaturrecherche

Aufbauend auf der explorativen Recherche wurde im Rahmen der Konzeptentwicklung eine vertiefende, fokussierte Literaturrecherche durchgeführt, um aktuelle Evidenz zu pflegegeleiteten

Interventionen und Programmen in der Primärversorgung zu identifizieren, die zu einer verbesserten Versorgung und zu besseren Patientenoutcomes bei chronisch erkrankten Personen beitragen.

Die fokussierte Recherche wurde mit folgender Fragestellung durchgeführt:

- *Welche Interventionen in der ambulanten Versorgung chronisch erkrankter Erwachsener, in denen Pflegepersonen aktiv eingebunden sind, werden in der Literatur beschrieben und welche Auswirkungen werden dabei berichtet?*

Vorgehensweise bei der fokussierten Literaturrecherche

- Die Suche erfolgte im Zeitraum von April bis Mai 2025 in den Datenbanken via Embase, EMCare und MEDLINE.
- Die Literatursuche erfolgte unter Verwendung Schlagwörter einschlägiger Thesaurus)MeSH - und Emtree-Begriffe (Elsevier Life Science Thesaurus) sowie ergänzender Freitextbegriffe.
- Die Literatursuche erfolgte unter Verwendung einschlägiger Medical Subject Headings (MeSH)- und Emtree-Begriffe sowie ergänzender Freitextbegriffe. Verwendet wurden diese sowohl einzeln als auch in unterschiedlichen Kombinationen. Zu den zentralen Begriffen zählten unter anderen: *nurse, nursing, nurses' role, primary care nursing, primary, general, family, community oder ambulatory/outpatient care, healthcare, general practice, program evaluation, intervention und program*.
- Darüber hinaus wurden Freitextsuchen mit kombinatorischen Operatoren (z. B. *nurs N/1 (led OR manage* OR run*)*) eingesetzt, um relevante Variationen und Synonyme zu erfassen.
- Eingeschlossen wurden systematische Übersichtsarbeiten, die chronisch erkrankte Erwachsene als Zielgruppe hatten und im ambulanten bzw. primärversorgungsnahen Setting stattfanden. Ein weiteres Einschlusskriterium waren Interventionen, bei denen Pflegepersonen eingesetzt werden bzw. die durch Pflegepersonen übernommen werden.
- Die Selektion erfolgte durch einen Autor, eine weitere Autorin wurde zur Qualitätssicherung hinzugezogen.
- Die Selektion der Literatur erfolgte in mehreren Schritten: Nach der Entfernung von Duplikaten wurden zunächst Titel gescreent. Im Anschluss wurden Abstracts anhand der Einschlusskriterien geprüft. Nach Abschluss des Selektionsverfahrens wurden neun systematische Reviews als relevant eingestuft und einer vertieften inhaltlichen Analyse unterzogen.

3.1.2 Internationale Good Practices

Zur Identifikation geeigneter internationaler Modelle und Good-Practice-Beispiele im Bereich der pflegerischen Versorgung chronisch erkrankter Menschen wurde neben der Literatur- auch eine Dokumentenrecherche durchgeführt. Ziel war, international etablierte Ansätze mit Relevanz für die österreichische Versorgungslandschaft zu analysieren – insbesondere solche, in denen Pflegepersonen eine zentrale Rolle in der Versorgung chronisch kranker Menschen einnehmen.

In Abstimmung mit der Auftraggeberin wurden daraufhin Versorgungsansätze aus fünf europäischen Ländern vertiefend beleuchtet: Dänemark, Schweden, Großbritannien, Portugal und Slowenien. Ein einzelnes Projekt aus Deutschland wurde aufgrund der hohen Relevanz ergänzt.

Die Recherche erfolgte über eine Google-Suche, das Screening regierungsnaher Websites (bspw. Ministeriumswebsites) sowie ein Schneeballverfahren zur Identifikation weiterer relevanter Quellen.

Im Fokus stand jeweils die konkrete Einbindung von Pflegepersonen in die Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen – etwa im Rahmen von nurse-led clinics, Pflegekoordinatorinnen und -koordinatoren oder interprofessionellen Primärversorgungsteams.

3.2 Nationale Umsetzungsbeispiele

Neben der literaturbasierten Näherung wurden auf Basis einer ÖGK-internen Erhebung zudem nationale Projekte identifiziert, die der Beschreibung des Einsatzgebiets von DGKP in der Versorgung chronisch erkrankter Menschen dienlich sind. Diese Erhebung wurde im Jahr 2023 in drei Fachbereichen durchgeführt, um zu eruieren, welche Projekte, Initiativen und Vorhaben es gibt oder geplant sind, an denen DGKP beteiligt sind. Vier ausgewählte Projekte, welche die Versorgung chronisch erkrankter Menschen im Fokus hatten und eine ähnliche Zielsetzung verfolgten, wurden genauer betrachtet. Diese sind im Ergebnisteil beschrieben. Anhand dieser Beispiele wird schematisch dargestellt, in welchen Versorgungsformen und -stufen im niedergelassenen Bereich DGKP derzeit in Österreich tätig sind.

Als Limitation ist anzumerken, dass ausschließlich Versorgungsformen und Projekte berücksichtigt wurden, die im Rahmen der oder in Kooperation mit der ÖGK finanziert bzw. umgesetzt werden; dadurch bleiben eigenständige, ausschließlich durch Länder oder andere Träger finanzierte Modelle (z. B. regionale Erstversorgungseinheiten) unberücksichtigt.

3.3 Sekundärdatenanalyse

Zur datenbasierten Näherung und Orientierung bei der Entwicklung des Konzepts führte die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) eine Sekundärdatenanalyse durch. Ziel war, die Versorgungsinanspruchnahme chronisch erkrankter Menschen in der Primärversorgung abzubilden, sogenannte Heavy User zu identifizieren und den Bericht damit zu untermauern. Die Erhebung erfolgte auf Basis von Abrechnungsdaten zur ärztlichen Leistungserbringung, die der ÖGK zur Verfügung stehen.

3.4 Stakeholdereinbindung

Um die Akzeptanz des zu entwickelnden medizinisch-pflegerischen Versorgungsangebots für chronisch erkrankte Menschen bei externen Stakeholderinnen und Stakeholdern zu überprüfen sowie deren Expertise einfließen zu lassen, wurden sie an ausgewählten Stellen in den Entwicklungsprozess eingebunden.

Dazu wurden in einem ersten Schritt die für das Projektvorhaben relevanten Stakeholder:innen identifiziert und analysiert. In einem zweiten Schritt wurden diese auf Basis ihres Interesses und Einflusses folgenden zwei Gruppen zugeordnet:

1. Gruppe:

- all jene Organisationen und Personen, die nahe an Patientinnen und Patienten arbeiten, eine breite Expertise und Know-how über den Versorgungsprozess sowie großes Interesse an einem möglichen Ergebnis haben, insbesondere da sie sich eine Verbesserung des Arbeitsalltags versprechen oder sich wegen einer möglichen Verschiebung von Kompetenzen oder eines Kompetenzverlusts sorgen

2. Gruppe:

- all jene Organisationen und Personen, die Einfluss auf Entscheidungen betreffend eine mögliche Umsetzung (z. B. eine Pilotierung) des Angebots und/oder dafür erforderliche zu treffende Vereinbarungen rechtlich eingehen können

Schritt drei stellte die (inhaltliche) Einbindung der jeweiligen Stakeholder:innen dar. Personen aus der Stakeholdergruppe 1 wurden eingeladen, ihre Expertise im Rahmen eines halbtägigen Workshops Ende Mai 2025 zu teilen. Personen aus der zweiten Gruppe sollen nach Finalisierung des Konzepts eingebunden werden.

Die Resonanz auf den und das Interesse am Stakeholderworkshop waren positiv. Mit 29 Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus Pflegeorganisationen, Allgemeinmedizin, Interessenvertretungen, Ausbildung und Lehre sowie der ÖGK und GÖG wurde in interdisziplinär zusammengesetzten Kleingruppen gemeinsam an folgenden Fragestellungen gearbeitet:

- *Wie könnte ein zukunftsgerichtetes medizinisch-pflegerisches Versorgungsangebot für chronisch erkrankte Menschen aussehen?*
- *Was sollte aus Sicht der Patientinnen und Patienten Teil eines (möglichst universellen) Basisangebots sein?*
- *Welche Rahmenbedingungen sind für eine Bereitstellung des Angebots notwendig?*

Zur Fokussierung der Diskussion erhielten die moderierten Kleingruppen inhaltliche Leitplanken (Design Constraints). Diese halfen den Teilnehmerinnen und Teilnehmern, sich zu fokussieren, da sie aufzeigten, welche Aspekte im Fokus des Austausches stehen bzw. welche nicht betrachtet werden sollten. Im Anschluss präsentierte jede Gruppe ihre Ergebnisse.

3.5 Konsolidierung der Ergebnisstränge

Die verschiedenen methodischen Stränge – Literatur, Datenanalyse, Modellprojekte national und international sowie die Stakeholdereinschätzung – wurden im Rahmen mehrerer Workshops und Abstimmungstermine projektintern und mit der Auftraggeberin zusammengeführt, um ein abgestimmtes Bild der aktuellen Versorgungsbedarfe und möglicher Entwicklungsperspektiven zu zeichnen. Die konsolidierten Ergebnisse bilden die Basis für die konzeptuellen Arbeiten.

Ein Konzeptentwurf wurde in einem abschließenden Workshop im Juni 2025 mit der Auftraggeberin diskutiert. Die Ergebnisse der Diskussion und Änderungsvorschläge flossen in die Konzept- bzw. Leistungsbeschreibung ein.

4 Analyseergebnisse als Grundlage für die Konzeption

Im folgenden Kapitel werden die zentralen Analyseergebnisse dargestellt, die als Grundlage für die Konzeptentwicklung dienen. Neben den Ergebnissen der Literaturrecherche werden internationale Modelle und nationale Umsetzungsbeispiele beschrieben, die unterschiedliche Ansätze pflegegeleiteter Versorgung chronisch erkrankter Menschen aufzeigen und relevante Eckpunkte für die konzeptionelle Entwicklung darstellen.

4.1 Ergebnisse der Literaturrecherche

Im Rahmen der Literaturrecherche wurden unterschiedliche pflegegeleitete Interventionen zur Versorgung von chronisch kranken Menschen identifiziert. Unter anderem konnten Aufgaben bei Diagnostik, Behandlung, Weiterleitung an andere Gesundheitsdiensteanbieter:innen (GDA), Gesundheitsförderung, Management chronischer Krankheiten oder Management akuter Probleme gefunden werden. Dies schließt Erstkontaktversorgung (inklusive Akutversorgung), kontinuierliche Betreuung verschiedener Patientengruppen und die Nachsorge chronisch Erkrankter ein. Pflegepersonen führten dabei beispielsweise eigenständig körperliche Untersuchungen durch, stellten Diagnosen, betreuten chronisch Erkrankte, führten Hausbesuche durch, erstellten Therapiepläne, verschrieben Medikamente, bestellten Untersuchungen und übernahmen Patientenedukation und Präventionsaktivitäten.

Je nach Studienkontext nutzten Pflegepersonen eigene Protokolle, computerbasierte Entscheidungshilfen oder arbeiteten im engen Austausch mit Ärztinnen und Ärzten. Bezogen auf die Outcomes konnte festgestellt werden, dass die Versorgung durch Pflegepersonen im Vergleich zur rein ärztlich geführten Versorgung zu ähnlichen oder teilweise besseren Ergebnissen führt (Laurant et al. 2018). Hervorzuheben sind dabei die Patientenoutcomes. In der Übersicht von Paier-Abuzahra et al. (2024) zeigten sich beispielsweise eine reduzierte Mortalität und weniger Krankenhausaufnahmen unter pflegegeleiteter Versorgung. Auch der systolische Blutdruck war im Mittel niedriger. Hinsichtlich der Lebensqualität, physischen Funktion und Schmerzsymptomatik zeigten sich keine Unterschiede zwischen ärztlich geführter und pflegegeleiteter Betreuung. Besonders deutlich wurde eine höhere Patientenzufriedenheit bei pflegegeleiteter Versorgung, die teilweise mit längeren und patientenzentrierteren Konsultationen zusammenhangt. Auch das Vertrauen und die wahrgenommene Qualität der Information und Betreuung waren häufig verbessert und Follow-up-Besuche wurden häufiger wahrgenommen. Zu beachten ist, mit welcher Qualifikation die pflegerische Leistung erbracht wurde, da die Ergebnisse darauf hinweisen, dass ein höheres Ausbildungs- und Qualifikationsniveau von Pflegefachpersonen mit besseren Behandlungsergebnissen Outcomes assoziiert ist (Laurant et al. 2018; Paier-Abuzahra et al. 2024; Stewart et al. 2024). Laut dem Cochrane Review von Laurant et al. (2018) wurde die Sicherheit der Evidenz (GRADE - Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) für die meisten patientenbezogenen Outcomes als niedrig bis moderat bewertet. Die Mortalität zeigte eine niedrige Evidenzqualität, während Blutdruck- und andere klinische Outcomes mit moderater Evidenzqualität unterstützt werden. Die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten wurde ebenfalls mit moderater Evidenzqualität bewertet, und die Lebensqualität mit

niedriger Evidenzqualität. Für die Prozess- und Kostenoutcomes lag die Evidenzqualität nur auf einem sehr niedrigen Niveau.

Selbstmanagement ist ein zentraler Bestandteil in der Versorgung chronisch erkrankter Menschen – besonders dort, wo Langzeitverläufe, multiple Erkrankungen und komplexe Alltagssituationen zusammentreffen. Laut OECD-PaRIS-Daten steigt die Selbstwirksamkeit deutlich, wenn Primärversorgungseinrichtungen strukturiert Selbstmanagement unterstützen: Patientinnen und Patienten berichten bei entsprechender Unterstützung um 14 Prozent häufiger, dass sie zuverlässig sind, ihre Gesundheit selbst managen zu können. In der Praxis wird Selbstmanagementsunterstützung überwiegend durch Pflegepersonen vermittelt – zumeist in Form von verbaler Information während oder nach der Konsultation (89 % aller Patientinnen und Patienten mit Multimorbidität). Doch weiterführende Maßnahmen wie schriftliche Informationen (68 %), explizite Zielvereinbarungen und Handlungspläne (35 %) oder Überweisungen zu Schulungsangeboten (39 %) sind weniger verbreitet. Nur ein Viertel der Patientinnen und Patienten wird in Einrichtungen betreut, in denen das Team im Bereich Empowerment und Problemlösung geschult ist – ein Hinweis auf bestehende Lücken in der umfassenden Unterstützung chronisch kranker Menschen.

Besonders häufig zeigten sich in der Literatur die Interventionen Hausbesuche und Fallkoordination durch Pflegepersonen. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Recherche, bezogen auf die genannten Interventionen, hervorgehoben. Die Abstimmung erfolgte mit der Auftraggeberin, da die betreffenden Interventionen als von besonderer Bedeutung eingestuft wurden.

Die Interpretation und Übertragbarkeit der hier skizzierten Ergebnisse sowie die Ergebnissicherheit werden durch Unterschiede der nationalen Gesundheitssysteme, die Heterogenität und oft unzureichenden Beschreibungen der untersuchten Interventionen bzw. von den Pflegefachkräften übernommenen Aufgaben und Tätigkeiten in den Studien sowie durch die Tatsache, dass zu vielen Endpunkten nur aus wenigen Studien Informationen vorlagen, eingeschränkt.

4.1.1 Hausbesuche

Hausbesuche durch Pflegepersonen ermöglichen eine verbesserte Zugänglichkeit zur Gesundheitsversorgung bei chronischen Erkrankungen, insbesondere für Patientinnen und Patienten mit Mobilitätseinschränkungen und zur Minimierung von Versorgungslücken in ländlichen Regionen (Davis et al. 2021; Lukewich et al. 2022). Weiters können Hausbesuche Wartezeiten in Praxen reduzieren und erlauben eine individuellere Betreuung, wodurch die Zufriedenheit der Betroffenen steigt. Ebenso hervorzuheben ist, dass Pflegepersonen gezielt auf persönliche Anliegen eingehen und eine kontinuierliche Unterstützung bieten können, was sich positiv auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität auswirkt (Lukewich et al. 2022). Ein weiterer Aspekt ist die Förderung des Selbstmanagements. Pflegepersonen unterstützen Betroffene dabei, ihre Selbstwirksamkeit zu stärken, was insbesondere für langfristige Verhaltensänderungen wie Ernährungsumstellungen oder Bewegungspläne relevant ist (Lukewich et al. 2022).

4.1.2 Fallkoordination

Pflegekräfte spielen eine zentrale Rolle in der Koordination der Versorgung, da sie Patientinnen und Patienten unterstützen, als Fürsprecher:innen agieren und verschiedene Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen vernetzen. Durch ihre Fachkenntnisse und Erfahrung tragen sie

wesentlich zu besseren Behandlungsergebnissen, höherer Patientenzufriedenheit und geringeren Kosten bei. Vor allem Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen (z. B. Advanced Practice Nurses) sind für komplexe Koordinationsaufgaben wie Fallmanagement oder Zusammenarbeit mit sozialen Diensten besonders geeignet (Stewart et al. 2024).

Die Fallkoordination durch Pflegepersonen zeigt sich als effektive Intervention, da Pflegepersonen als Schnittstelle zwischen verschiedenen Fachbereichen fungieren. Dies ermöglicht eine koärentere Betreuung und reduziert Versorgungslücken (Lukewich et al. 2022). Ebenso zeigen die Ergebnisse, dass ein gesteigertes Vertrauen seitens der Patientinnen und Patienten erzielt werden kann, wenn Pflegepersonen die Hauptverantwortung für die Betreuung übernehmen, was insbesondere bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes zu einer erhöhten Sicherheit und Zufriedenheit führt. In weiterer Folge kommt es zudem zu weniger Hospitalisierungen durch ein verbessertes Selbstmanagement und Gesundheitsverhalten (Davis et al. 2021).

Die Ergebnisse aus spezifischen Patientengruppen verdeutlichen die positiven Effekte dieser Maßnahmen. Bei Personen mit Hypertonie führten Hausbesuche, telefonische Kontakte, motivierende Gespräche und regelmäßige Treffen mit Pflegekräften zu einer signifikanten Verbesserung des Blutdrucks in der Interventionsgruppe (Mantovani et al. 2021).

Im Bereich der rheumatologischen Erkrankungen zeigte sich, dass symptomorientierte Pflege zu Hause durch spezialisierte Pflegekräfte genauso effektiv ist wie regelmäßige Krankenhausbesuche bei Rheumatologinnen bzw. Rheumatologen. Pflegepersonen unterstützten dabei nicht nur bei der Koordination der Versorgung, sondern auch bei der Schulung der Patientinnen und Patienten bezüglich der Medikamenteneinnahme, was die Selbstwirksamkeit im Behandlungsprozess erhöhte (Lempp et al. 2020).

Für Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz zeigte das Fallmanagement durch Pflegekräfte besonders eindrucksvolle Ergebnisse. Die Intervention umfasste regelmäßige strukturierte Nachsorge, Patientenschulungen zu Symptomen, Medikamenteneinnahme, Ernährung und Lebensstil sowie psychosoziale Unterstützung. Die selbstständige, protokollbasierte Anpassung der Medikation durch speziell ausgebildete Pflegefachpersonen und die enge Zusammenarbeit mit Kardiologinnen und Kardiologen führten gemeinsam mit den zuvor genannten Interventionen nach zwölf Monaten zu einer um 65 Prozent geringeren Sterblichkeit in der Interventionsgruppe. Zudem wurden deutlich weniger Krankenhausaufenthalte und Tage im Krankenhaus verzeichnet, die Selbstpflegekompetenz der Patientinnen und Patienten verbesserte sich signifikant und die kombinierten Ereignisse wie Tod oder Rehospitalisierung gingen deutlich zurück (Strömberg et al. 2003)..

4.2 Internationale Umsetzungsbeispiele

Als Good-Practice-Beispiele wurden in Abstimmung mit der Auftraggeberin Dänemark, Schweden, Slowenien, Portugal sowie ein Projekt aus Deutschland ausgewählt. Diese Länder zeichnen sich durch klare Versorgungsmodelle für chronisch erkrankte Menschen bzw. eigenständige Rollen der Pflege aus und bieten damit wertvolle Anknüpfungspunkte für die Weiterentwicklung modularer, flexibel adaptierbarer Strukturen in Österreich. Mit der Analyse dieser Umsetzungsbeispiele soll Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Versorgungslogiken und

pflegegeleiteten Strategien zur Verbesserung der Versorgung chronisch kranker Menschen aufgezeigt werden.

4.2.1 Fazit Literaturrecherche

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse, dass die Einbindung von Pflegepersonen in die Versorgung chronisch erkrankter Menschen zahlreiche positive Effekte hat. Dazu zählen eine bessere Zugänglichkeit zur Versorgung, eine höhere Patientenzufriedenheit, ein gesteigertes Selbstmanagement, weniger Hospitalisierungen und – bei bestimmten Erkrankungen – auch eine signifikant verbesserte Prognose.

Anzumerken ist, dass die Ergebnisse der Recherche schwer miteinander zu vergleichen sind. Dies liegt unter anderem daran, dass die Ausbildungen der Pflegepersonen zwischen und sogar innerhalb der Studien variieren, unterschiedliche Zielgruppen adressiert werden und verschiedene Gesundheitssysteme mit deren Rahmenbedingungen verglichen werden. Daraus resultieren Unterschiede bei der Aufgabenverteilung sowie bei rechtlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen. Eine Übertragbarkeit auf andere Kontexte, Zielgruppen und Gesundheitssysteme ist daher limitiert.

4.2.2 Dänemark

Dänemark verfolgt im Hinblick auf chronische Krankheiten einen multistrategischen Ansatz aus Prävention, Früherkennung und Behandlung (Healthcare Denmark 2023). Es gibt zahlreiche Initiativen, die sich speziell mit dem Umgang chronischer Erkrankungen befassen – wobei Vorbeugung und ein verbesserter Zugang zu Leistungen eine zentrale Rolle spielen.

Die dänische Gesundheitsbehörde veröffentlichte 2012 eine nationale Strategie zum Management chronischer Erkrankungen unter Einbezug der verschiedenen Versorgungsregionen und -ebenen. Darin werden Voraussetzungen zur integrierten Versorgung, Selbstmonitoring und Eigenbehandlung, Patientenedukation und Koordination chronischer Erkrankungen einschließlich einiger psychischer Erkrankungen festgehalten. Fünf von elf Disease-Management-Programmen wurden in allen Versorgungsregionen etabliert, die anderen nur teilweise. Andere Maßnahmen umfassen u. a. den Einsatz von Pflegekoordinatorinnen und -koordinatoren („care coordinators“) sowie Ärztinnen und Ärzten, die für Personen mit komplexen Bedarfen verantwortlich sind (Birk et al. 2024).

Seit 2022 soll ein nationaler Aktionsplatz auf eine „verbesserte Behandlung chronischer Krankheiten“ hinwirken und sollen Gesundheitscluster als zentrale Organisationseinheiten zum Zwecke sektorenübergreifender Zusammenarbeit und besserer Versorgungspfade über Regionen hinweg rund um bestehende Spitäler etabliert werden (Birk et al. 2024). Auch vermehrte Prävention, höhere Qualität und eine größere Nähe des Gesundheitswesens („nære sundheds-væsen“) zu seinen Bürgerinnen und Bürgern im geografischen wie emotionalen Sinne werden mit den Gesundheitsclustern angestrebt (European Observatory on Health Systems and Policies 2022).

Ein Beispiel für Pflegekoordinatorinnen und -koordinatoren (synonym verwendet werden die Begriffe „care coordinators“, „pflegerische Fallkoordinatorinnen und -koordinatoren“ und „nurse case managers“) findet sich im Universitätsklinikum Aalborg Nord sowie der dortigen Psychiatrie:

Sie werden vulnerablen Patientinnen und Patienten „*mit besonderen psychosozialen Bedürfnissen*“ zur Seite gestellt und sollen sowohl während des Spitalsaufenthalts als auch bei der Nachsorge unterstützen (Healthcare Denmark 2023): „[...] sie unterstützen auch, indem sie komplexe Behandlungsabläufe sowohl im Krankenhaus als auch nach der Entlassung koordinieren. Sie arbeiten mit kommunalen Sozial- und Gesundheitsdiensten zusammen und verbessern so die Behandlungskontinuität für die Patientinnen und Patienten in ihrem eigenen Zuhause.“ (Healthcare Denmark 2023, S. 11)

4.2.3 Schweden

In Schweden werden 80 bis 85 Prozent aller Gesundheitskosten für Menschen mit chronischen Erkrankungen aufgewendet. Gleichzeitig ist die Rate vermeidbarer Spitalsaufnahmen wegen Diabetes, COPD, Asthma, Herzinsuffizienz und Bluthochdruck seit 2008 um mehr als ein Drittel gesunken. Die Lebenserwartung ist hoch, wobei 82 Prozent der Menschen im Alter von 65+ Jahren im Jahr 2021 von chronischer Erkrankung betroffen waren (Janlöv et al. 2023).

Das schwedische Versorgungssystem kämpft mit Personalknappheit u. a. im ärztlichen und pflegerischen Bereich – insbesondere bei Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern sowie spezialisierten Pflegepersonen, obwohl die Personaldichte pro Kopf höher als im EU-Durchschnitt ist. Traditionell ist der spezialisierte Spitalssektor zwar dominant, es gibt jedoch seit den 1970er-Jahren Bestrebungen, die Primärversorgung zu stärken. Primärversorgung ist teambasiert. Zahlreiche Aufgaben werden von spezialisierten Pflegekräften und anderen Berufsgruppen anstelle von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern übernommen (Janlöv et al. 2023).

Nurse-led clinics in Schweden

Beispielhaft für pflegegeleitete Versorgungseinheiten sind die seit 1990 etablierten „nurse-led clinics“, die im Spitalsetting oder Primärversorgungsbereich angesiedelt sind, mehrere Berufsgruppen umfassen und auf Menschen mit bestimmten chronischen Erkrankungen wie z. B. Herzinsuffizienz ausgerichtet sind.

In den verbreiteten nurse-led heart failure clinics umfassen die pflegerischen Aufgaben für Menschen mit Herzinsuffizienz Patientenedukation, Follow-up-Leistungen nach Spitalsaufenthalten, telefonische Beratung, psychosoziale Unterstützung für Betroffene und ihre Familien, das eigenständige Durchführen von Untersuchungen und Assessments des psychischen Befindens der Patientinnen und Patienten. Zudem werden Medikamentendosen angepasst und vereinzelt in Co-Verantwortung mit Ärztinnen und Ärzten neue medikamentöse Behandlungen verordnet. Medikamentöse Anpassungen werden persönlich an entsprechend kompetente heart failure nurses delegiert, basierend auf einer engen Zusammenarbeit mit den delegierenden und letztverantwortlichen Ärztinnen und Ärzten. Die Zahl der Follow-up-Besuche wird an die jeweiligen Bedarfe der Patientinnen und Patienten angepasst und hängt u. a. von den Symptomen, dem Schweregrad der Erkrankung sowie der Dauer bis zum Erreichen der optimalen Behandlung sowie der ausreichenden Selbstversorgung ab. Meist finden mehrere Besuche der Patientinnen und Patienten statt, wobei schwerer erkrankte Personen tendenziell länger betreut werden. Die Pflegepersonen verfügen über unterschiedliche spezialisierte Ausbildungen, die beispielsweise auf dem Curriculum der Heart Failure Association der European Society of Cardiology beruhen (Liljeroos et al. 2019; Strömberg 2018, zit. n. Savarese et al. 2019; Strömberg et al. 2003).

Studien kommen bezüglich der Wirksamkeit zu unterschiedlichen Ergebnissen. Im Primärversorgungssetting kamen Liljeroos und Strömberg 2018 aus einer Langzeitbetrachtung zur Erkenntnis, dass pflegegeleitete Ambulatorien für Herzinsuffizienz („nurse-led heart failure clinics“) den Bedarf an Spitalsversorgung reduzieren und hochqualitative personenzentrierte Versorgung leisten können. Das Angebot der Ambulatorien reduzierte (jeweils herzinsuffizienzassoziierte) Spitalsaufnahmen um 27 Prozent, Spitalstage um 27,3 Prozent sowie Besuche in der Notaufnahme um 24 Prozent (Liljeroos et al. 2019).

4.2.4 Vereinigtes Königreich

Das Gesundheitssystem im Vereinigten Königreich ist gekennzeichnet durch unterschiedliche Versorgungslagen in England, Schottland, Wales und Nordirland. Personalmangel besteht sowohl im (allgemein)ärztlichen als auch im pflegerischen Bereich, verschärft durch den Brexit.

Die Rate der vermeidbaren Spitalsaufnahmen wegen Herzinsuffizienz, Bluthochdruck und diabetesassoziierter Komplikationen wird als „relativ niedrig“ beschrieben. Regelmäßige Gesundheits-Checks und Überprüfung der Medikation bei Menschen mit mehreren chronischen Erkrankungen werden gefördert. In der allgemeinmedizinischen Ausbildung werden generalistische Kompetenzen vermittelt, Bedacht nehmend auf zunehmend komplexe Erkrankungen und Multimorbidität (Anderson et al. 2022).

Neben *Chronic-disease-management*-Programmen existieren etwa auch „group clinics“ zur strukturierten und kontinuierlichen Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen, in denen Pflegepersonen etwa als *clinic coordinators* fungieren. Diese Einrichtungen bieten strukturierte und geplante Gruppenversorgung an. Hierbei wird etwa mit Zustimmung einer Gruppe von Patientinnen und Patienten mit derselben chronischen Erkrankung eine virtuelle moderierte Konsultation durchgeführt, bei der allgemeine Fragen beantwortet werden, aber auch die aktuelle Situation der einzelnen Patientinnen bzw. Patienten in Anwesenheit der anderen besprochen wird. In diesem Setting entwickeln sich neue, zukunftsträchtige Perspektiven für Pflegepersonen (Brady 2024; Lincolnshire oJ).

4.2.5 Slowenien

Slowenien gilt als Best-Practice-Beispiel für die Versorgung chronisch erkrankter Menschen in der Primärversorgung. Bereits 2011 startete das Land mit dem Projekt zur Modernisierung der Familienmedizin, bei dem multiprofessionelle Teams in der Primärversorgung (Community Health Centres) systematisch erweitert wurden. Kernelement war die Integration speziell geschulter diplomierte Pflegepersonen, die (halbtags) in der Praxis tätig sind. Ihr Aufgabenbereich umfasst sowohl präventive Leistungen als auch das Management stabiler chronischer Erkrankungen wie Hypertonie, Diabetes, COPD, Asthma, Depression und Osteoporose. (Susič et al. 2018; Svab et al. 2013)

Ein zentrales Instrument ist die arbeitsteilige Betreuung anhand standardisierter Protokolle, die multiprofessionell umgesetzt werden. Diese Protokolle beschreiben klare Abläufe zu Diagnostik, Kommunikation, Behandlungsfrequenz, Indikationen für Überweisungen und Notfälle sowie Abläufe zur interprofessionellen Zusammenarbeit über Versorgungsstufen hinweg. Jene Pflegepersonen, die neben einem Bachelorabschluss zusätzliche spezifische Trainings absolvieren, führen eigenständig Screenings, eine Überprüfung bestimmter gesundheitsbezogener Parameter,

Edukationsmaßnamen und Beratungen durch. Pflegepersonen betreuen Patientinnen und Patienten mit stabilen chronischen Erkrankungen und führen präventive Maßnahmen durch, Allgemeinmediziner:innen sind für Patientinnen und Patienten mit neu diagnostizierten Erkrankungen, sich verschlechternden Erkrankungen und akute Erkrankungen und Gesundheitsereignisse zuständig (Susič et al. 2018). Durch die Protokolle wurden auch Standards zur Zusammenarbeit mit anderen regionalen Gesundheitsdiensteanbieter:innen festgelegt. Die Protokolle werden durch eine Steuerungsgruppe kontinuierlich weiterentwickelt und an neue Evidenz angepasst (OECD 2025). Evaluierungen des Programms zeigen positive Effekte. In Bezug auf die Erkrankungen Hypertonie und Diabetes zeigt sich eine hohe Implementierungsqualität. Patientinnen und Patienten werden suffizient erkannt und adressiert, die Edukation wurde gut umgesetzt, strukturierte Zusammenarbeit, Organisation und Selbstmanagement-Unterstützung können weiter ausgebaut werden. Insbesondere die Selbstmanagement-Unterstützung war schwach ausgeprägt (Klemenc-Ketis et al. 2021). Evaluationen zum Einsatz der Nurse Practitioners in Slowenien mit Fokus auf Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen zeigen signifikante Verbesserungen bei Blutdruck, Cholesterinwerten und körperlicher Aktivität. Eine Veränderung des Gesamtrisikoprofils konnte jedoch nicht nachgewiesen werden. Nurse Practitioners beraten Patientinnen und Patienten in Präventionsprogrammen mindestens ebenso wirksam wie Ärztinnen und Ärzte (Klemenc-Ketis et al. 2015).

In Slowenien basiert die **Qualitätssicherung** auf einem mehrdimensionalen Ansatz. Dazu zählen Register für chronisch erkrankte Personen und Risikogruppen, standardisierte Versorgungsprotokolle für unterschiedliche Patientengruppen, qualitätsbezogene Indikatoren sowie die kontinuierliche Fort- und Weiterbildung der Angehörigen beteiligter Gesundheitsberufe (Susič et al. 2018). Insgesamt kommen 28 nationale Qualitätsindikatoren zur Anwendung, ergänzt durch jährliche Befragungen von Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeitenden. Dieses System gewährleistet eine einheitliche Versorgungsqualität und unterstützt die laufende Verbesserung von Prozessen in der Primärversorgung (OECD 2025).

4.2.6 Portugal

Portugal dient als Modell für eine datenbasierte, zielorientierte Primärversorgung. Der *Plano Nacional de Saúde* strukturiert zentrale strategische Schwerpunkte und Programme, darunter krankheitsspezifische Programme für chronische Erkrankungen, wie bspw. kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes und respiratorische Erkrankungen, aber auch Programme für die psychische Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention (Direção Geral da Saúde oJ-a; Direção Geral da Saúde oJ-b; Plano Nacional de Saude 2030 oJ).

Portugal setzt auf ein Netzwerk regional organisierter Gesundheitszentren im staatlichen Gesundheitssystem (SNS), in dem autonome, multidisziplinäre Family Health Units (USF) – bestehend aus Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern, Pflegefachpersonen und Angehörigen weiterer Gesundheitsberufe – eine ganzheitliche Versorgung für definierte Bevölkerungsgruppen sicherstellen (OECD & European Observatory on Health Systems and Policies 2023). Ein zentrales Element sind die „Local Health Units“ (LHU), die Primärversorgung (USF), Krankenhäuser und Spezialambulanzen organisatorisch bündeln, um sektorübergreifende und über Versorgungsstufen hinweg integrierte Versorgung zu fördern und die Patientennavigation zu verbessern. (Direção Geral da Saúde oJ-a; OECD & European Observatory on Health Systems and Policies 2023)

Ein positiver Effekt dieser Reformen zeigt sich in den Daten zu vermeidbaren Krankenhausaufenthalten; Portugal weist eine der niedrigsten Aufnahmeraten für ambulant behandelbare chronische Erkrankungen in Europa auf. So lag die Hospitalisierungsrate für Diabetes, Asthma und COPD im Jahr 2019 um fast 60 Prozent unter dem EU-Durchschnitt (OECD & European Observatory on Health Systems and Policies 2023).

Die Pflege ist systematisch in das Versorgungssystem eingebunden. Community Nurses mit Spezialisierung in gemeindeorientierter Pflege übernehmen zentrale Aufgaben in der Prävention, Gesundheitsförderung, Begleitung chronisch erkrankter Menschen, Wundversorgung und psychosozialer Unterstützung. Die sogenannten Community bzw. Family Health Nurses beziehen das familiäre Umfeld aktiv in die Versorgung ein und begleiten Menschen über den gesamten Lebenszyklus. Sie arbeiten im Gesundheitszentrum und im häuslichen Umfeld, ihre Rolle ist gesetzlich definiert und zunehmend in Programme zur strategischen Steuerung und Qualitätssicherung eingebunden (Barbieri Figueiredo et al. 2017; Ordem dos Enfermeiros oJ).

4.2.7 Deutschland

FAMOUS-Projekt

Das Projekt „Fallbezogene Versorgung multimorbider Patientinnen und Patienten in der Hausarztpraxis durch Advanced Practice Nurses“, auch als FAMOUS bezeichnet, war ein innovatives Versorgungsforschungsprojekt der Katholischen Hochschule Mainz, das von 2020 bis 2024 in Rheinland-Pfalz umgesetzt wurde. Ziel war, die gesundheitliche Versorgung multimorbider Patientinnen und Patienten, insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen, zu verbessern. Hierzu wurden speziell qualifizierte Pflegefachkräfte mit Masterabschluss, Advanced Practice Nurses (APNs), in neun Praxen der Region eingesetzt. Die APNs absolvierten vor ihrem Einsatz eine umfangreiche projektspezifische Fortbildung (Katholische Hochschule Mainz 2025).

Im Rahmen eines Delegationsmodells übernahmen die APNs eine zentrale Rolle in der fallbezogenen und personenzentrierten Versorgung chronisch kranker Menschen. Sie führten vertiefte Assessments durch, erstellten individuelle Versorgungspläne in enger Abstimmung mit den Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern und passten diese bei Bedarf kontinuierlich an. Dabei lag der Fokus auf der Förderung der Autonomie der Patientinnen und Patienten, ihren individuellen Bedürfnissen sowie der Einbindung des sozialen Umfelds. Auch die Koordination des Informationstransfers zwischen den verschiedenen Versorgungsakteurinnen und -akteuren war wesentlicher Bestandteil ihrer Arbeit. Das übergeordnete Ziel bestand darin, die gesundheitliche und häusliche Versorgungssituation von multimorbidem Patientinnen und Patienten zu stabilisieren, Notfallkontakte und Krankenhausaufenthalte zu verringern, Versorgungskontinuität sicherzustellen und die Allgemeinmediziner:innen zu entlasten. APNs übernehmen eine zentrale Rolle in der Planung, Umsetzung und Evaluation komplexer, häufig unvorhersehbarer Versorgungsprozesse. Sie gestalten die interprofessionelle Zusammenarbeit aktiv mit, koordinieren sektorenübergreifende Schnittstellen und stärken die Versorgungssicherheit durch eine umfassende klinische Einschätzung, individualisierte Maßnahmenplanung und kontinuierliches Monitoring. Darüber hinaus eröffnete FAMOUS ein neues Arbeitsfeld für akademisch ausgebildete Pflegekräfte im Bereich der erweiterten Pflegepraxis; APNs sollen und konnten durch ihre wissenschaftliche Arbeitsweise und klinische Führung zur Weiterentwicklung des Berufsbildes sowie

zur Etablierung neuer Versorgungsstrukturen in der allgemeinmedizinischen Praxis beitragen (Katholische Hochschule Mainz 2025; Stemmer et al. 2023; Stemmer et al. 2024).

4.2.8 Fazit aus der internationalen Recherche

In den näher betrachteten Ländern gibt es zahlreiche Versorgungsinitiativen mit Fokus auf chronisch kranke Menschen. Hierbei werden häufig multiprofessionelle – darunter auch pflegegeleitete – Strategien gewählt. Die übergeordnete Versorgungslogik variiert, z. B. patientenzentriert („patient first“, Dänemark) vs. zielorientiert (Portugal), teils mit standardisierten Elementen (multiprofessionell genutzte Protokolle etc.).

Zentrale Elemente der Versorgung:

- Nutzung digitaler Werkzeuge
- präventive Herangehensweise
- starke Rolle der Pflege in der (multiprofessionellen) Fallkoordination (s. UK group clinics, Portugal, Pflegekoordinatorinnen und -koordinatoren in Dänemark)
- Nachbetreuung durch Pflegepersonen über den Krankenhausaufenthalt hinaus
- niederschwellige Kontaktmöglichkeiten (z. B. telefonisch, virtuell)
- aufsuchende Kontakte (virtuell, telefonisch, persönlich)
- dezentrale niederschwellige Versorgungseinheiten
- personalized care bzw. patientenzentrierte Versorgung
- Zusammenarbeit über die Sektoren und Gesundheitsdiensteanbieter:innen hinweg, u. a. über regionale Organisationseinheiten (z. B. local health units in Portugal oder Gesundheitscluster in Dänemark)
- psychosoziale Unterstützung
- verbesserte Datenübermittlung und -nutzung (z. B. einheitliche Dokumentation für alle GDA in Portugal, umfassendes Patientenregister in Dänemark)

Sowohl der Bedarf als auch das Angebot in der Versorgung chronisch kranker Menschen variiert in den recherchierten Ländern zum Teil beträchtlich: von Krankheitsbildern und Schweregraden über bestehende oder fehlende Personalressourcen, Berufsbilder, technologische Möglichkeiten und geografische Einschränkungen bis hin zu kulturellen Unterschieden – die One-size-fits-all-Lösung findet sich nicht. Insgesamt sprechen die internationalen Erfahrungen für die Etablierung modularer, flexibel anpassbarer Versorgungsstrukturen, um eine qualitativ hochwertige, personenzentrierte und nachhaltige Versorgung chronisch kranker Menschen sicherzustellen. Mit diesen teilstandardisierten Bausteinen kann idealerweise sowohl den unterschiedlichen Bedarfen der Menschen als auch den verschiedenen Möglichkeiten der regionalen Versorgungslandschaften in Österreich Rechnung getragen werden.

4.3 Nationale Umsetzungsbeispiele: Projekte mit DGKP-Beteiligung

Es existieren verschiedene Dienstleistungen in den Settings Gesundheit und Soziales, die eine starke pflegerische Beteiligung aufweisen. Dienstleistungen wie die mobile Hauskrankenpflege – bestehend aus medizinischer Hauskrankenpflege sowie mobilen sozialen Diensten

einschließlich ambulanter pflegerischer Versorgung – bestehen nebeneinander, ohne systematisch miteinander verzahnt zu sein. Zudem unterliegen sie unterschiedlichen gesetzlichen Grundlagen, was eine kohärente Gestaltung erschwert. Entwicklungen im Bereich des Case Management, des Community Nursing sowie insbesondere der team- und multiprofessionell ausgerichteten Primärversorgungseinheiten (PVE) verfolgen hingegen sektorübergreifende Ansätze und zielen auf eine bessere Integration bestehender Strukturen ab. Im Lichte dieser Entwicklungen wird deutlich, dass die Einsatzgebiete von DGKP vielfältig sind und jeweils stark durch das konkrete Versorgungssetting, institutionelle Rahmenbedingungen sowie regionale Versorgungslogiken geprägt sind.

Tabelle 1 veranschaulicht beispielhaft, in welchen Versorgungsbereichen DGKP derzeit tätig sind und welche Einsatzgebiete sich zeigen.

Tabelle 1: Rollen und beispielhafte Einsatzgebiete von Gesundheits- und Krankenpflegepersonen

Bereiche	Beispielhaftes Einsatzgebiet / Rolle der DGKP
Primärversorgung	DGKP in der Primärversorgung (Ordinationen der Allgemeinmedizin, Primärversorgungseinheiten und Netzwerke)
	DGKP im Rettungswesen (Acute Community Nurse)*
	DGKP in der gemeindeorientierten Pflege (Community Nursing)*
Sekundärversorgung	DGKP in Fachambulatorien, Fachambulanzen von Krankenhäusern und Ordinationen von Fachärztinnen und -ärzten, DGKP, die in Disease-Management-Programmen mitwirken
Tertiärversorgung	DGKP in akutstationären Einrichtungen (Normalstationen, Spezialbereiche wie OP-Pflege, Intensivpflege, Anästhesie etc.)
Rehabilitation	DGKP in Kur- und Reha-Einrichtungen (mit diversen Schwerpunkten, bspw. Schädel-Hirn-Trauma, [Tetra-]Plegie, etc.)
Public Health	DGKP in der gemeinde- und bevölkerungsorientierten Pflege (Community Nursing)*
	DGKP in der Schulgesundheitspflege (School Nurses)*
	DGKP im Sanitätsdienst / öffentlichen Gesundheitsdienst*
	DGKP in der Betrieblichen Gesundheitsförderung*
Langzeitpflege	DGKP bei mobilen Diensten (Hauskrankenpflege, mit spezieller Zielgruppe wie bspw. Kindern und Jugendlichen, Menschen mit psychischen Erkrankungen etc.)
	DGKP bei mobilen Diensten (medizinische Hauskrankenpflege)
	DGKP in teilstationären und stationären Einrichtungen
Palliativversorgung	DGKP bei mobilen Diensten / mobilen Palliativteams
	DGKP in Hospizen, Palliativstationen
weitere Bereiche	DGKP in Justizanstalten, DGKP in Einrichtungen oder mobilen Diensten für Menschen mit Behinderungen, DGKP in der telefonischen Gesundheitsberatung

* Umsetzung im Rahmen von Einzelinitiativen, Pilotprojekten mit großen regionalen Unterschieden (Stand 07/2025)

Quelle und Darstellung: ÖGK, GÖG

Neben den skizzierten Versorgungsansätzen, die Pflegefachpersonen, insbesondere DGKP, einsetzen, zielen diese Modelle bzw. Projekte darauf ab, sektorübergreifende Versorgung zu stärken und bestehende Versorgungslücken zu schließen. Diese Initiativen fokussieren insbesondere auf die Gestaltung und Koordination von Übergängen zwischen Versorgungsstufen und lassen sich häufig nicht eindeutig einem einzelnen Versorgungsbereich zuordnen.

In der in Kapitel 3.2 beschriebenen ÖGK-internen Erhebung wurden neben der medizinischen Hauskrankenpflege und dem Einsatz von DGKP in Primärversorgungseinheiten und -netzwerken 33 Projekte identifiziert, in denen DGKP eine zentrale Rolle in der Versorgung einnehmen. Diese konnten in 12 Themencluster gegliedert werden. Abbildung 3 gibt einen Überblick über die Verteilung in Österreich.

In Österreich existieren bislang kaum strukturell verankerte Modelle integrierter Versorgung, die eine durchgehende, sektorenübergreifende Versorgungskontinuität ermöglichen. Bestehende Ansätze befinden sich zumeist noch im Aufbau, verbleiben im Rahmen befristeter Projektförderungen oder enden dort, wo sektorale Zuständigkeiten und rechtliche Abgrenzungen die Weiterführung behindern. Viele Projekte verfolgen das Ziel, Versorgungslücken zu schließen, Patientinnen und Patienten gezielter zu begleiten und vorhandene Angebote besser zu vernetzen. Trotz der Vielfalt bleibt jedoch die Anbindung an die Regelversorgung limitiert – sowohl hinsichtlich stabiler Finanzierungsstrukturen als auch hinsichtlich einer institutionellen Verankerung.

Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden vier Projekte vorgestellt, die exemplarisch für innovative Versorgungsmodelle stehen, jedoch derzeit außerhalb einer flächendeckend etablierten Regelversorgung agieren. Sie wurden als Good-Practice-Beispiele pflegerischer Rollen in der Versorgung chronisch erkrankter Menschen in Österreich identifiziert.

Abbildung 3: Themencluster – ÖGK-Erhebung zu Projekten mit DGKP-Beteiligung 2023



Quelle: ÖGK-interne Erhebung 2023; Darstellung: ÖGK

Nachfolgend werden vier Umsetzungsbeispiele kurz beschrieben, eine detailliertere Beschreibung der übernommenen Aufgaben ist im Anhang zu finden.

4.3.1 Präventiv-medizinische Pflegevisiten der Community Nurses in Judenburg

Im Zuge einer Projektevaluierung durch die FH St. Pölten und die ÖGK wurde anhand von leitfadengestützten Interviews mit Patientinnen und Patienten, involvierten Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern sowie Community Nurses erhoben, welche Wirkungen durch die aufsuchenden präventiv-medizinischen Pflegevisiten erzielt wurden. DGKP, die als Community Nurses niederschwellig als direkte Anlaufstelle im gemeindenahen Setting tätig sind, nehmen eine

Schlüsselrolle zwischen Krankenhaus, Allgemeinmedizin und Sozialdiensten ein. Sie helfen, Schnittstellenprobleme im Gesundheitssystem zu lösen, Rückeinweisungen zu vermeiden und die Versorgung insbesondere von chronisch kranken und älteren Menschen zu verbessern. Der Fokus liegt auf einer ganzheitlichen Betreuung, Prävention, Förderung der Selbstständigkeit und Vermeidung unnötiger Spitalsaufenthalte (ÖGK et al. 2024).

4.3.2 Chronikerprogramme für Primärversorgungseinheiten (PVE) in der Steiermark

Für die optimierte Betreuung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen in steirischen PVE wurde ein Workflow für die Krankheitsbilder arterielle Hypertonie, koronare Herzkrankheit, COPD, Asthma, Osteoporose und Depression definiert. Je nach Krankheitsbild werden hierfür spezifische Aufgaben und Tätigkeiten, die von DGKP bei der strukturierten Begleitung erbracht werden, festgelegt. Ebenso festgelegt wurde, in welchen Fällen die Weiterleitung bzw. Hinzuziehung einer Ärztin oder eines Arztes zu erfolgen hat (Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung (IAMEV) et al. 2024).

4.3.3 HerzMobil (Tirol, Steiermark, Kärnten, Niederösterreich) sowie Kardiomobil (PLUS) (Salzburg)

Das Ziel des Projekts „HerzMobil“ sowie des vergleichbaren Angebots „Kardiomobil (PLUS)“ ist, chronisch kranke Menschen mit Herzinsuffizienz nach einem Krankenhausaufenthalt langfristig zu stabilisieren und strukturiert zu betreuen. Dabei werden spezialisierte diplomierte Pflegepersonen für Schulungen zur Erkrankung und zur Medikation, zur regelmäßigen telemedizinischen Überprüfung von Vitalparametern und bei Bedarf auch zur persönlichen Betreuung zu Hause eingesetzt. Die am Programm Teilnehmenden werden nach der Krankenauslassung drei Monate lang engmaschig von der spezialisierten Pflegeperson sowie von niedergelassenen Netzwerkärztinnen und -ärzten betreut. Das Zielsteuerungsprojekt wird gemeinsam von den Zielsteuerungspartnern umgesetzt und finanziert. (AVOS oJ; Fasching et al. 2024; Frank et al. 2025; Pölzl 2016)

4.3.4 Demenz-Service Niederösterreich

Für Personen mit demenziellen Beeinträchtigungen sowie für deren An- und Zugehörige wurde in Niederösterreich durch spezielle Demenzberatungen ein flächendeckendes Angebot eingerichtet. Als primäre Akteurinnen und Akteure werden erfahrene und auf Demenzerkrankungen spezialisierte DGKP zur Informationsweitergabe sowie zu Beratungen und Schulungen eingesetzt. Die Beratungen werden im häuslichen Umfeld der Betroffenen oder in den Demenz-Info points der ÖGK durchgeführt. Das Zielsteuerungsprojekt wird seit 2018 erfolgreich in NÖ umgesetzt und gemeinsam finanziert (Schreiber et al. 2017).

4.3.5 Fazit des nationalen Projektvergleichs

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die Aufgabenbereiche der DGKP in den beschriebenen Projekten.

Tabelle 2: Gegenüberstellung der pflegerischen Kernaufgabenbereiche der vier nationalen Umsetzungsbeispiele

Präventiv-medizinische Pflegevisiten der Community Nurses in Judenburg	Chronikerprogramme für Primärversorgungseinheiten in der Steiermark	„HerzMobil“ (Tirol, Steiermark, Kärnten, Niederösterreich), „Kardiomobil (PLUS)“ (Salzburg)	Demenzservice Niederösterreich
Anamnese, individuelle Pflegeplanung, Monitoring, Evaluierung (Folgekontakt)	Anamnese, individuelle Pflegeplanung, Monitoring, Evaluierung/Kontrolluntersuchung (Folgekontakt)	Anamnese, umfassende Pflegeplanung, (Tele-)Monitoring, Evaluierung (Folgekontakt)	Anamnese
Patientenedukation: Information, Beratung, Schulung	Beratung	Beratung und Schulung	Information, Beratung, Schulung
Koordination: Fallbesprechung mit anderen GDA	–	Netzwerkkoordination	–
Vernetzung: Vermittlung zu und Koordination mit anderen Gesundheits- und Sozialdienstleisterinnen und -dienstleistern	–	–	–
medizin-pflegerische Interventionen, Basisuntersuchung, erweiterte körperliche Untersuchung, medizinische Einzelintervention, Medikamentenmanagement	Basisuntersuchung, medizinische Einzelinterventionen, Medikamentenmanagement	Medikamentenmanagement	–

Quellen: Fasching et al. (2024); Frank et al. (2025); Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung (IAMEV) et al. (2024); ÖGK et al. (2024); Pölzl (2016); Schreiber et al. (2017); Darstellung: ÖGK/GÖG

DGKP haben in den dargestellten Projekten einen umfangreichen Aufgabenbereich bei der Begleitung von Menschen mit chronischen Erkrankungen im extramuralen Setting. Sie übernehmen eine zentrale Rolle bei präventiven, beratenden und koordinierenden Tätigkeiten. Dabei handeln sie überwiegend prozessorientiert – einerseits aufgrund berufsrechtlicher Vorgaben, andererseits aus systemischen Gründen.

Das Aufgabengebiet der DGKP kann wie folgt grob zusammengefasst werden:

- pflegefachliche Gesundheitseinschätzung bzw. Überwachung des Gesundheitszustands anhand von Gesundheits- und Pflegeassessments
 - Anamnese, Erhebung und Monitoring inklusive Evaluierung von körperlichen, psychischen und sozialen Parametern, Einschätzung der Pflege- und Gesundheitsbedürfnisse mittels validierter Assessmentinstrumente und Erkennung von Risiken
- Patientenedukation und Gesundheitskompetenz

- Information und Beratung zu Themen wie Ernährung, Bewegung, Suchtprävention und Stressmanagement; Beratung zu Hilfsmitteln, Unterstützung bei der Orientierung im Gesundheitswesen
- Schulung, Anleitung z. B. zur Medikamenteneinnahme oder Stärkung der Eigenverantwortung durch Selbstmanagementschulungen für Patientinnen und Patienten
- Angehörigenarbeit durch Schulung und Anleitung
- Früherkennung und Prävention z. B. durch Aufklärung über Warnzeichen einer chronischen Erkrankung und den Umgang mit altersbedingten Veränderungen, Monitoring von Symptomen, Impfberatung, präventive Pflegevisiten zur Vermeidung von Krankenhausaufenthalten
- Koordination und Vernetzung durch Übernahme des Fall- bzw. Case Management, Erstellung von individuellen Pflegeplänen, Koordination mit und von Ärztinnen und Ärzten sowie weiteren Gesundheitsdiensteanbieterinnen und -anbietern
- Erbringung medizin-pflegerischer Interventionen wie z. B. Blutabnahmen, Anlegen oder Wechseln von Verbänden, Verabreichung von Arzneimitteln, Verschreibung von Heilbehelfen/Hilfsmitteln, Durchführung von Point-of-Care-Tests etc.
- digitale Pflegeunterstützung z. B. durch Telemonitoring

Der Einsatzbereich der beschriebenen Projekte ist hauptsächlich krankheitsspezifisch, d. h., die Leistungserbringung und die Pflegemaßnahmen sind direkt auf ein bestimmtes Krankheitsbild ausgerichtet. Das Projekt der präventiv-medizinischen Pflegevisiten hingegen verfolgt einen generalistischen Ansatz.

Bei beiden Ausrichtungen sind die angebotenen Leistungen ähnlich strukturiert, wobei sich einzelne Leistungen in der Bezeichnung, nicht aber im Inhalt unterscheiden. Unterschiede bestehen in der inhaltlichen Tiefe, im Grad der Spezialisierung und in der zielgerichteten bzw. individualisierten Ausgestaltung der Interventionen. Je komplexer das Krankheitsgeschehen, desto spezifischer ist auch das Leistungsangebot ausgestaltet.

4.4 Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse

Die von der ÖGK durchgeführte Sekundärdatenanalyse liefert Erkenntnisse zur aktuellen Versorgungsanspruchnahme chronisch erkrankter Menschen in der Primärversorgung und bietet eine Bedarfsorientierung für das Konzept. Die Analyse der Abrechnungsdaten gliedert sich in drei Teilbereiche:

ICPC-2-Diagnosen in der Allgemeinmedizin²

Ausgewertet wurden die 150 häufigsten Diagnosen aus der Datenquelle ALVA (Abrechnungs- und Leistungsdaten-Verarbeitung Abwicklung) nach dem internationalen Klassifikationssystem ICPC-2 (International Classification of Primary Care, 2nd edition), wie sie im Jahr 2023 von Vertragspartnerinnen und -partnern der ÖGK in der Allgemeinmedizin dokumentiert wurden. Daten von anderen Krankenversicherungsträgern oder privater Leistungserbringerinnen und -erbringern wurden nicht berücksichtigt.

² Datenquelle: ALVA (Abrechnungs- und Leistungsdaten-Verarbeitung Abwicklung), ausgewertet im September 2024

Es ist davon auszugehen, dass die dokumentierten Diagnosen hauptsächlich aus PVE stammen, da diese zur Codierung nach ICPC-2 verpflichtet sind. Die Datenqualität ist bundesländerspezifisch unterschiedlich und abhängig vom Umsetzungsgrad der ICPC-2-Dokumentation in den jeweiligen Einrichtungen.

Gemäß der durchgeführten Auswertung sind nachfolgend die fünf häufigsten ICPC-2-Diagnosen, die einer chronischen Erkrankung zugeordnet werden können, im niedergelassenen Bereich im Jahr 2023 angeführt:

- „Bluthochdruck, unkomplizierter“ (68.093 Fälle)
- „Fettstoffwechselstörung“ (58.624 Fälle)
- „Depressive Störung“ (31.198 Fälle)
- „Diabetes mellitus, primär nicht insulinabhängig“ (29.694 Fälle)
- „untere Rückensymptome/-beschwerden“ (29.411 Fälle)

Viele dieser Diagnosen machen eine kontinuierliche Begleitung und Beratung sowie ein kontinuierliches Monitoring der betroffenen Patientinnen und Patienten erforderlich. Diese Aufgaben sind klassische Betätigungsfelder für DGKP.

Aussagen zur Stabilität der Verläufe oder Betreuungsfrequenz sind auf Basis der Diagnosedaten nicht möglich.

Hausbesuche (Visiten) in der Allgemeinmedizin³

Für eine Einschätzung bestehender ambulanter aufsuchender Leistungen wurden die Metahonorarpositionen⁴ „010301 – Tagesvisite, Zuschläge“, „010302 – Tagesvisite (während der Ordinationszeit) bei dringender Hilfeleistung“, „010303 – Visite an Sonntagen und Feiertagen“, „010304 – Nachtvisite“, „010305 – Visite an Sonntagen, Feiertagen oder im Bereitschaftsdienst“ ausgewertet. Analysiert wurden Daten der ÖGK für den Zeitraum 2014–2024; die Untersuchung erfolgte differenziert für ganz Österreich, alle Bundesländer sowie sämtliche politische Bezirke.

Die Position mit den meisten Kontakten ist „010301 – Tagesvisite, Zuschläge“. Die Auswertung zeigt einen kontinuierlichen Rückgang der Kontaktzahlen bei Hausbesuchen in der Allgemeinmedizin um knapp 20 Prozent. Dieser Trend⁵ ist in allen Bundesländern – mit Ausnahme von Tirol – sichtbar und in einigen strukturschwachen Regionen besonders ausgeprägt.⁶

Es gibt verschiedene Ansätze zur Erklärung des Rückgangs: Neben der Substitution durch ambulante intramurale Strukturen oder die mobile Pflege könnte auch eine sinkende Nachfrage der Patientinnen und Patienten eine Erklärung sein. Möglicherweise handelt es sich aber um ein fehlendes Angebot, das durch eine geringere Anzahl an verfügbaren Ärztinnen und Ärzten oder eine rückläufige Bereitschaft zur Durchführung von Hausbesuchen zustande kommt. Dies würde

³ Datenquelle: BIG Quick HONO, ausgewertet im Oktober 2025; BIG (Business Intelligence im Gesundheitswesen); HONO (Honorarordnung)

⁴ gemäß trägerübergreifender Honorarordnung, in der gleichartige Leistungspositionen sowie ergänzende Leistungen zu Metahonorarpositionen zusammengefasst werden

⁵ Zuschläge, die den Metahonorarpositionen 010301, 010302, 010303, 010304 und 010305 zugeordnet werden, aber nicht ausschließlich für Visiten gebühren, können zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen.

⁶ Hier sind Regionen im Sinne von ländlichen Gebieten abseits der Ballungsräume gemeint, die aufgrund struktureller Nachteile (z. B. Pro-Kopf-BIP, geringer Bevölkerungsdichte etc.) eine Investitionsförderung beantragen können. (Bundeskanzleramt 2022)

einen ungedeckten Bedarf an ergänzenden aufsuchenden Leistungen bedeuten, der durch die demografische Entwicklung und die Zunahme an chronischen Erkrankungen in Zukunft weiter steigen wird.

Ärztliche Kontakte chronisch erkrankter Personen⁷

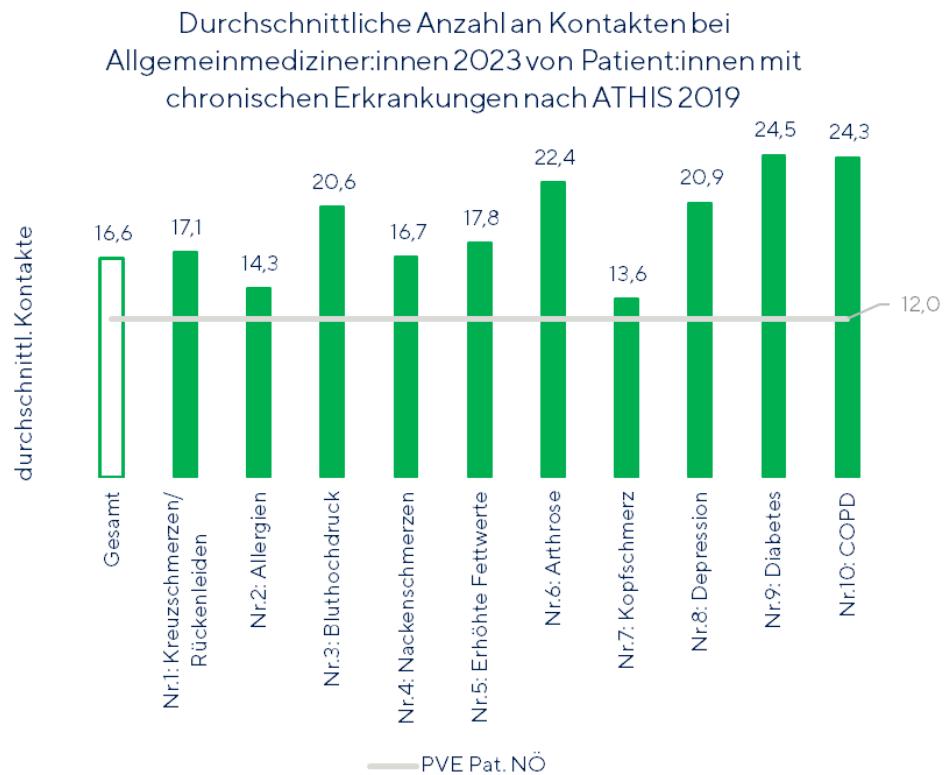
Anhand von ÖGK-Daten, die aus ALVA stammen, wurde eine Analyse der ärztlichen Kontakte von Personen mit dokumentierten chronischen Erkrankungen auf Basis von ICPC-2-Diagnosen durchgeführt. Die Identifikation der Patientinnen und Patienten erfolgte über die Diagnoseerfassung nach ICPC-2 in niederösterreichischen PVE. In einem ersten Schritt wurden alle Patientinnen und Patienten erhoben, die 2023 von einer niederösterreichischen PVE die Diagnose einer chronischen Krankheit erhalten hatten.⁸ Dafür wurden jene ICPC-2-Diagnosen ausgewählt, die einer der 10 häufigsten chronischen Krankheiten gemäß AT HIS (Austrian Health Interview Survey 2019) zugeordnet werden können. In Folge wurden sämtliche ärztliche Kontakte dieser Personen bei Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin sowie bei allgemeinen Fachärztinnen und -ärzten⁹ im Leistungsjahr 2023 ausgewertet.

⁷ ALVA (Abrechnungs- und Leistungsdaten-Verarbeitung Abwicklung), ausgewertet im Februar 2025

⁸ Berücksichtigt wurden ausschließlich PVE, die 2023 das ganze Jahr in Betrieb waren.

⁹ Erläuterung zur Auswertung: Es wurden die allgemeinmedizinischen und fachärztlichen Kontakte unabhängig vom Standort des Vertragspartners berücksichtigt, d. h. nicht ausschließlich Ärztinnen und Ärzten aus Niederösterreich. allgemeine Fachärztinnen und Fachärzte (FÄ) gemäß Ärztekostenstatistik des DSVS: FÄ für Anästhesiologie und Intensivmedizin, FÄ für Augenheilkunde und Optometrie, FÄ für Chirurgie, FÄ für Haut- und Geschlechtskrankheiten, FÄ für Frauenheilkunde und Geburshilfe, FÄ für Innere Medizin, FÄ für Kinder- und Jugendheilkunde, FÄ für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankungen, FÄ für Lungenkrankheiten, FÄ für Neurologie und Psychiatrie, FÄ für Orthopädie und orthopädische Chirurgie, FÄ für Unfallchirurgie, FÄ für Urologie, FÄ für Neurochirurgie, FÄ für Neurologie, FÄ für Psychiatrie, FÄ für Plastische Chirurgie, FÄ für Kinderchirurgie, FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Abbildung 4: Kontakte von Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen bei Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern im Jahr 2023

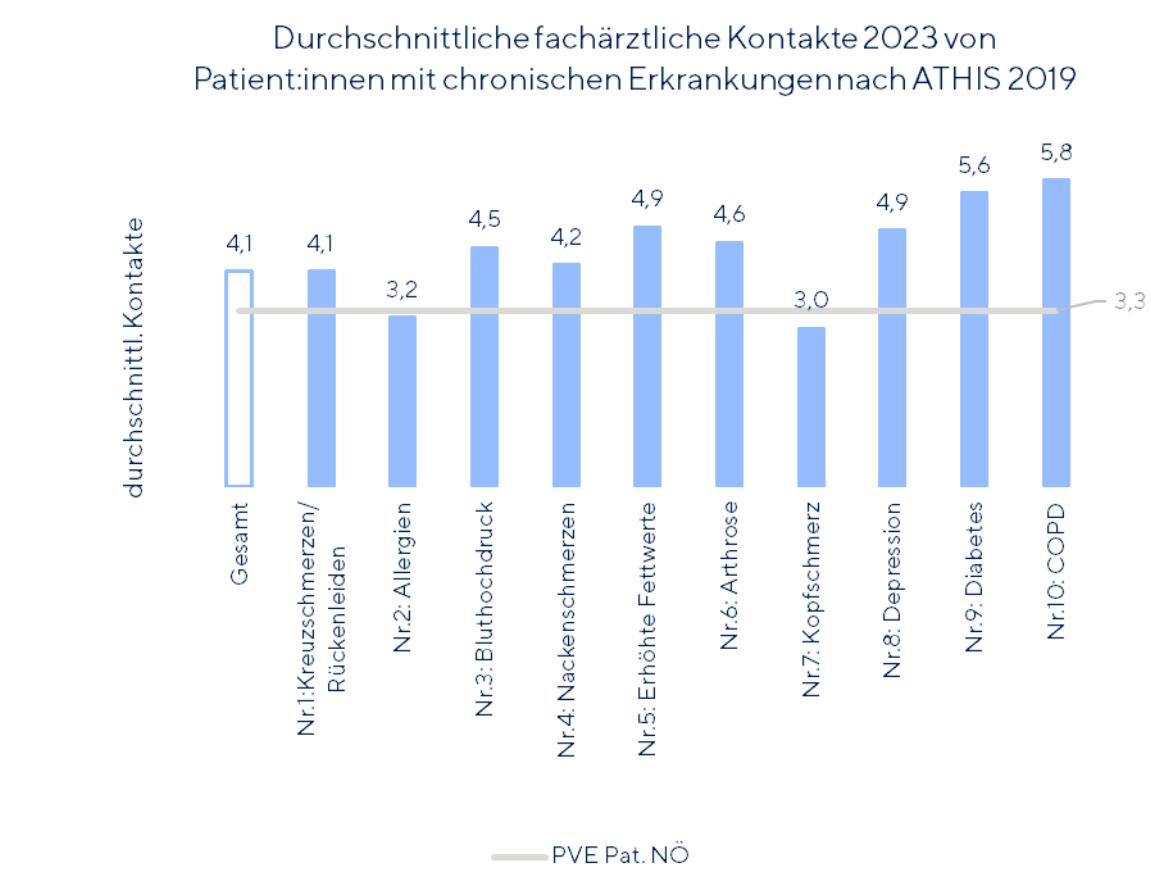


Quelle: ALVA; Darstellung: ÖGK

Durchschnittlich ergibt sich bei chronisch kranken Menschen eine jährliche Kontaktzahl von rund 17 Konsultationen bei Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern. Eine höhere Inanspruchnahme weisen Patientinnen und Patienten insbesondere mit Diagnosen wie Diabetes (24,4 Kontakte), chronisch obstruktive Lungenerkrankung – COPD (24,3), Arthrose (22,4) sowie Bluthochdruck/Hypertonie (20,5) auf. Im Vergleich dazu hatte eine durchschnittliche PVE-Patientin bzw. ein durchschnittlicher PVE-Patient in NÖ im Jahr 2023 rund 12 Kontakte.¹⁰

¹⁰ Beim Vergleichswert „PVE Pat. NÖ“ handelt es sich um PVE-Patientinnen und -Patienten ohne Einschränkung auf eine bestimmte Erkrankung

Abbildung 5: Kontakte von Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen bei Fachärztinnen und -ärzten im Jahr 2023



Quelle: ALVA; Darstellung: ÖGK

Bei den fachärztlichen Kontakten liegt die durchschnittliche jährliche Kontaktzahl von chronisch kranken Menschen bei rund 4. Eine erhöhte Inanspruchnahme besteht bei Patientinnen und Patienten mit COPD (5,8), Diabetes (5,6), erhöhten Fettwerten (4,9) und Depression (4,9). Eine durchschnittliche PVE-Patientin bzw. ein durchschnittlicher PVE-Patient in NÖ weist eine Kontaktanzahl bei Fachärztinnen und -ärzten von rund 3,3 Konsultation auf.

Fazit der Sekundärdatenanalyse

Zusammenfassend liefern die Ergebnisse ein Indiz für den Betreuungsbedarf chronisch Erkrankter als Zielgruppe. Eine hohe Arztkontaktfrequenz von Menschen mit bestimmten Diagnosen könnte ein Hinweis auf den Bedarf zusätzlicher niederschwelliger pflegerischer Betreuung sein. Diese Hinweise können zur Einschätzung, wo ergänzende pflegerische Leistungen, insbesondere zur Entlastung ärztlicher Ressourcen, sinnvoll implementiert werden können, herangezogen werden.

4.5 Ergebnisse des Stakeholderworkshops

Zur Sicherstellung der Anschlussfähigkeit und zur Förderung der Akzeptanz wurde bereits in einer frühen Projektphase eine gezielte Einbindung ausgewählter Stakeholder:innen vorgenommen. Ziel war, deren Expertise in die Ausgestaltung eines zukünftigen medizinisch-pflegerischen Versorgungsangebots für chronisch erkrankte Menschen einfließen zu lassen und zugleich ein erstes Stimmungsbild hinsichtlich Machbarkeit und Anschlussfähigkeit, v. a. aber auch hinsichtlich der Bedarfslage zu erhalten. Die Ergebnisse des Workshops lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Gemeinsame Einschätzungen betrafen

- die Relevanz von Beratung, Information, Edukation und individualisierten Schulungen,
- die Notwendigkeit eines strukturierten Monitorings und von Verlaufskontrollen,
- die Bedeutung der Stärkung des Selbstmanagements sowie einer klaren Lotsen- bzw. Koordinationsfunktion,
- den Bedarf an Terminmanagement und Umsetzung medizinisch indizierter Maßnahmen sowie
- die Wichtigkeit aufsuchender Strukturen, insbesondere der Hausbesuche.

Weniger klar war die Einschätzung bezüglich der Art der Anbindung der Angebote (z. B. an bestehende Primärversorgungsstrukturen oder neue niedrigschwellige Zugänge), des Verständnisses und der Abgrenzung der Zielgruppen (z. B. ältere Menschen, Personen mit Pflegebedarf oder psychosozialem Unterstützungsbedarf), der Ausgestaltung der Angebotslogik (universell vs. selektiv) sowie der Art der Kontaktaufnahme (proaktiv vs. reaktiv).

Folgende Rahmenbedingungen wurden diskutiert:

- die notwendige rechtliche und organisatorische Verankerung einer „neuen“ Rolle,
- der Umfang eigenständig durchführbarer medizinischer Leistungen sowie
- die Schnittstellenfunktion zu bestehenden Angeboten wie 1450 oder telemedizinischen Diensten.

Fazit des Stakeholderworkshops

Insgesamt bestätigte die Diskussion den Bedarf an einem strukturierten, niedrigschwelligen und koordinierten Versorgungsangebot für chronisch erkrankte Menschen. Ebenso wurden das Interesse und die Bereitschaft der Expertinnen und Experten deutlich, sich aktiv an der weiteren Konzeptentwicklung zu beteiligen sowie neue Angebote zu erproben und zu integrieren. Zugleich wurde deutlich, dass es sich bei den Ergebnissen um eine erste inhaltliche Rahmung handelt. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit offenen Fragen – insbesondere zur Umsetzbarkeit, zu begrifflichen Definitionen, zur Grenze des Angebots bzw. Abgrenzung zu anderen Leistungen, zur Rolle der unterschiedlichen Berufsgruppen und zu Finanzierungsaspekten – ist für die nächsten Projektphasen essenziell und kann als weiterer Schritt empfohlen werden.

Nicht zuletzt spiegelte auch das Feedback zum Stakeholderworkshop wider, dass sowohl Interesse als auch Bedarf an einem verbesserten Versorgungsangebot für chronisch erkrankte Menschen übereinstimmend als sehr hoch eingeschätzt wird.

5 Konzeptskizze des medizinisch-pflegerischen Versorgungsangebots zur Verbesserung der Betreuung chronisch erkrankter Menschen durch DGKP

Auf Basis der in den vorangegangenen Kapiteln dargestellten Analysen, verfügbaren Evidenzen und konzeptionellen Überlegungen wird im Folgenden die entwickelte Konzeptskizze des Versorgungsangebots beschrieben.

Das vorliegende Konzept beschreibt ein **modular aufgebautes, generalistisches Leistungsportfolio für diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP)** zur Begleitung und Versorgung chronisch erkrankter Menschen in Österreich. Das Konzept bildet einen spezifischen Ausschnitt des Kompetenzprofils einer DGKP ab. Ziel ist eine bedarfsgerechte, sektorenübergreifende und patientenzentrierte Versorgung, die flexibel an bestehende Strukturen und Organisationsformen – insbesondere Primärversorgungseinheiten, mobile Dienste oder andere niedergelassene Strukturen – angeschlossen ist.

Herleitung des pflegerischen Leistungsumfangs in der Chronikerbegleitung

Das vorliegende Leistungsportfolio orientiert sich am Interventionsfeld „Langzeitversorgung chronisch Kranke und multimorbider Patienten/Patientinnen“, wie es im Kompetenzprofil der DGKP in der Primärversorgung definiert wurde (BMASGK 2019). Darauf aufbauend wurden jene pflegerischen Aufgabenbereiche herausgearbeitet, die für eine wiederkehrende, indikationsübergreifende Begleitung chronisch erkrankter Menschen im häuslichen Umfeld besonders relevant sind. Für die Beschreibung der Aufgabenbereiche wurde Wert auf eine praxisnahe und zugleich wissenschaftlich fundierte Beschreibung gelegt. Die Entwicklung erfolgte literaturbasiert und unter Einbeziehung praktischer Erfahrungen aus verschiedenen Versorgungsbereichen. Um eine flexible und bedarfsgerechte Anwendung zu ermöglichen, wurde der Leistungsumfang in eine modulare Struktur überführt.

Diese Herangehensweise gewährleistet, dass die pflegerischen Leistungen nicht nur fachlich legitimiert, sondern auch an die realen Versorgungsbedarfe chronisch erkrankter Menschen angepasst sind – unabhängig von deren spezifischer Diagnose.

Zielgruppe des Angebots

Das Angebot richtet sich primär an Personen mit vorhandenem, jedoch nicht akutem Unterstützungsbedarf – insbesondere im Hinblick auf Krankheitsverarbeitung, Gesundheitskompetenz, Adhärenz, Resilienz, Selbstmanagement sowie Navigation im Gesundheitssystem. Die Begleitung fokussiert auf Aktivierung, Alltagsbewältigung, Therapieumsetzung, partizipative Entscheidungsfindung sowie frühzeitige Erkennung und Prävention von Verschlechterungen. Die Begleitung im Sinne der Optimierung des Krankheitsmanagements umfasst die pflegerische Mitwirkung an der Krankenbehandlung im Sinne des ASVG, um eine kontinuierliche Unterstützung bei medizinisch indizierten Maßnahmen sicherzustellen.

Zielgruppe sind Menschen, die vorübergehend bzw. wiederkehrend in bestimmten Zyklen von einer Begleitung profitieren. Das heißt, es handelt sich primär um Personen, deren Erkrankung(en) als stabil eingestuft werden kann (können), die jedoch eine strukturierte und aktivierende Unterstützung benötigen.

Modularer Aufbau im Spannungsbogen – Fach- und Abrechnungslogik

Der modulare Aufbau orientiert sich primär an einer fachlich sinnvollen Struktur zur bedarfsge-rechten Versorgung. Gleichzeitig beeinflusst die Frage der Abrechenbarkeit maßgeblich die Aus-gestaltung, Differenzierung und Beschreibung der Module – insbesondere im Hinblick auf deren Abgrenzung, Tiefe und Umsetzbarkeit innerhalb bestehender Finanzierungslogiken.

Prämissen des Versorgungskonzepts

Indikationsübergreifender Zugang

Chronisch erkrankte Menschen benötigen Unterstützung im Alltag und beim Selbstmanage-ment. Die hohe Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zeigt Handlungsbedarf auf, der krankheitsübergreifend besteht. Daher richtet sich das Modell an alle (erwachsenen) Personen mit chronischen Erkrankungen – unabhängig von der Diagnose.

Anschlussfähigkeit und Abgrenzung

Das Leistungsportfolio ist in bestehende extramurale Strukturen integrierbar (z. B. PVE, mobile Dienste) und konzentriert sich auf präventive und stabilisierende Begleitung. Sowohl die medi-zinische Akutversorgung als auch die psychosoziale Krisenintervention bleibt anderen bestehen-den Strukturen vorbehalten.

Rechtliche Einbettung und interprofessionelle Zusammenarbeit

Die im vorliegenden Modell beschriebenen Leistungen beruhen auf den geltenden berufsrecht-lichen Grundlagen, insbesondere dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. DGKP handeln im Rahmen ihrer gesetzlichen Kompetenzen (§§ 14–16 GuKG).

Medizinisch-diagnostische und -therapeutische Leistungen (§§ 15 GuKG) erfolgen ausschließlich auf ärztliche Anordnung entweder als Einzelanweisung, generelle Anordnung oder auf Basis standardisierter Abläufe, z. B. in Form von Protokollen und Standard Operating Procedures (SOPs). Die interprofessionelle Zusammenarbeit ist zentraler Bestandteil des Konzepts und in diesem Kontext unerlässlich.

5.1 Modulare Struktur des Leistungspotfolios

Der konzeptionelle Ansatz – das Leistungspotfolio – umfasst drei zentral aufeinander abgestimmte Module. Sie orientieren sich an Versorgungsbedarfen unterschiedlicher Intensität und Komplexität, bauen fachlich aufeinander auf und gehen fließend ineinander über.

Ausgangspunkt jeder pflegerischen Begleitung ist eine **strukturierte Bedarfsklärung** im Rahmen der Basisleistung. Sie markiert den Einstieg in eine Begleitung und dient der differenzierten Einschätzung des Unterstützungsbedarfs. Auf dieser Grundlage wird das passende weitere Modul ausgewählt – von punktuellen Maßnahmen bis hin zur intensiveren pflegetherapeutischen Betreuung.

Die drei Module sind:

Universelle, generalistische Basisleistung

- **Ziel:** punktuelle, wiederkehrende, niederschwellige Begleitung und Verlaufskontrolle bei stabilem Krankheitsverlauf
 - **Frequenz:** einmal jährlich, maximal drei Kontakte pro Jahr (z. B. Hausbesuch oder Ordination)
 - beinhaltet einen universellen Erstkontakt mit strukturierter Bedarfserhebung sowie optional ein bis zwei Folgekontakte zur punktuellen Verlaufskontrolle in stabilen Versorgungssituations und zur Unterstützung des Selbstmanagements. In Fällen ohne weiterführenden Bedarf stellt sie eine abschließende, präventiv und stabilisierend ausgerichtete Intervention dar.
 - Die jährliche Kontrolle unterstützt einen stabilen Krankheitsverlauf.
-

Additive Leistungen

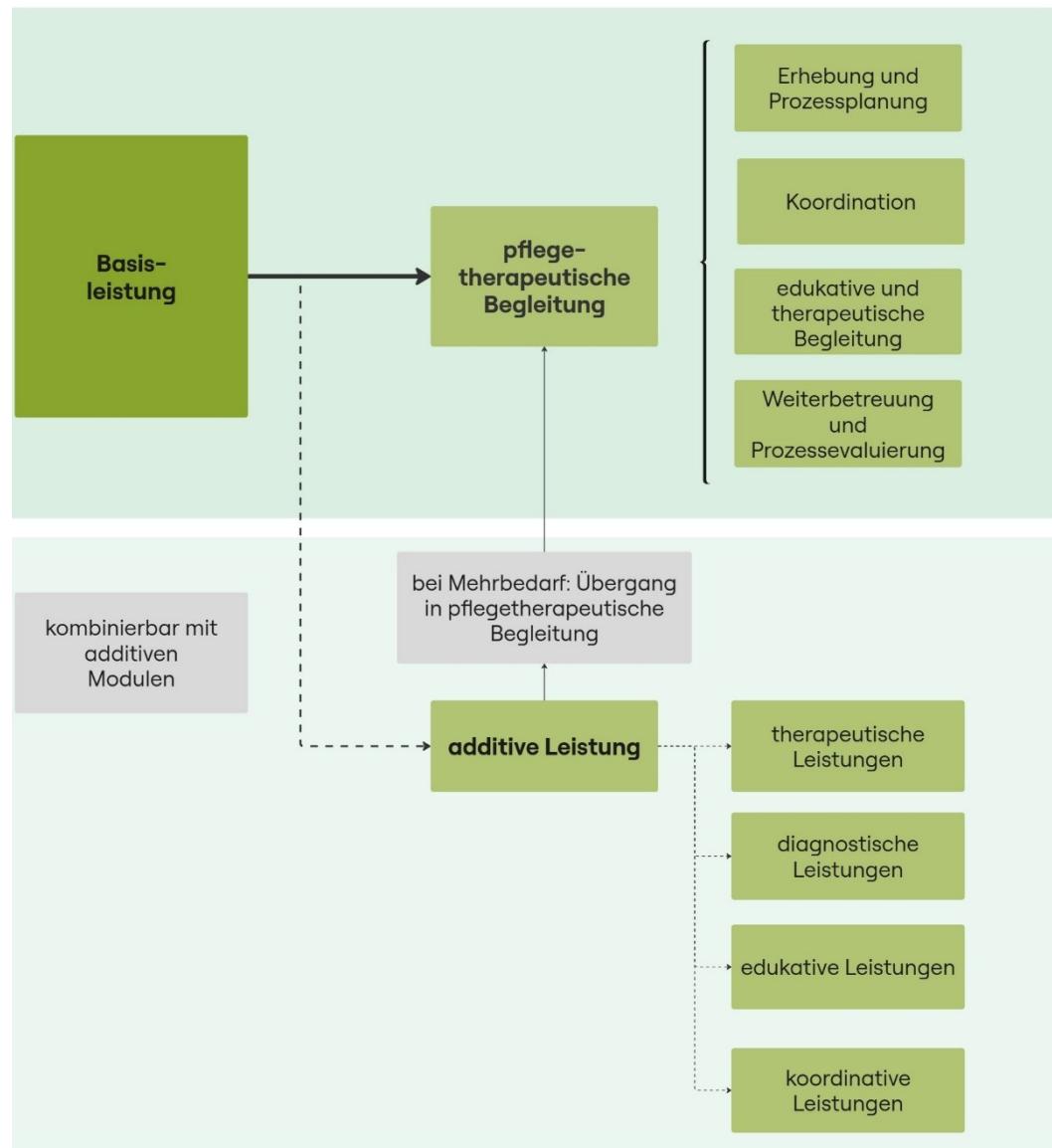
- **Ziel:** Stabilisierung (von Teilespekten) der Gesundheit durch gezielte, zeitlich begrenzte Interventionen zur Unterstützung diagnostischer, therapeutischer, edukativer und koordinativer Prozesse
- **Frequenz:** punktuelle oder wiederkehrende Intervention mit spezifischer Zielsetzung und zeitlicher Begrenzung; begrenzt auf maximal zwei additive Leistungen pro Fall
- Diese additiven Leistungen ergänzen die Basisleistung und können bei spezifischen, klar abgegrenzten Bedarfen als gezieltes Maßnahmenbündel eingesetzt werden; sie sind als temporäre Unterstützung zu verstehen. Zu ihnen zählen
 - diagnostische Leistungen,
 - therapeutische Leistungen,
 - edukative Leistungen und
 - koordinative Leistungen.

Pflegetherapeutische Begleitung

- **Ziel:** komplexitätsgerechte, multiprofessionelle und prozessorientierte Begleitung zur Vermeidung von Verschlechterung sowie zur Stabilisierung von Erkrankungen und Versorgungssituationen und als Präventionsmaßnahme
- **Frequenz:** 3–6 Kontakte pro Interventionszyklus. Ein Zyklus kann mehrere Quartale umfassen.
- Die Intervention richtet sich an Personen mit erhöhtem Unterstützungsbedarf und umfasst die Elemente Erhebung und Prozessplanung, Koordination und Weiterbetreuung, edukative und therapeutische Maßnahmen sowie Prozessevaluierung. Ziel ist die Stabilisierung komplexer Versorgungssituationen sowie die Förderung von Gesundheitskompetenz und die Befähigung zum Selbstmanagement.
- Für Personen mit höherem Bedarf oder mehrfachen Problemlagen erfolgt eine intensivere Begleitung über mehrere Termine hinweg, zur Stabilisierung der Lebenssituation, Förderung der Gesundheitskompetenz und Koordination mit anderen Berufsgruppen.

Eine klare Trennung zwischen den Modulen ist nicht immer möglich; der Übergang von Basis- zu additiven bzw. zu pflegetherapeutischen Leistungen erfolgt bedarfsorientiert und liegt im pflegerischen Ermessensspielraum. Additive Leistungen erfolgen meist nach ärztlicher Anordnung. Die modulare Struktur ist in Abbildung 6 schematisch dargestellt.

Abbildung 6: Module des Leistungsportfolios



Quelle und Darstellung: GÖG

Modulauswahl und Rollenverständnis

Die Module bauen flexibel, bedarfs- und situationsbezogen aufeinander auf. Bei stabilem Verlauf bleibt es bei der Basisleistung; bei spezifischem Einzelbedarf kommen additive Leistungen hinzu. Erweist sich die Versorgungssituation als komplex und stellen sich die Bedarfe als hoch heraus, erfolgt ein Übergang in die pflegetherapeutische Begleitung. DGKP übernehmen in diesem Rahmen eine zentrale Rolle als Lotsinnen bzw. Lotsen, Koordinatorinnen bzw. Koordinatoren und Begleiter:innen – mit einem klaren Fokus auf der Stärkung der Gesundheitskompetenz, der Förderung des Selbstmanagements und der Ermöglichung einer sektorenübergreifenden Versorgung.

Das konzeptionelle Modell verfolgt dabei bewusst einen universellen Zugang. Alle Menschen mit chronischen Erkrankungen werden – unabhängig von der Diagnose – adressiert.

Modulübergreifende Aufgaben und differenzierte Anwendung der Module

Pflege- und Verlaufsdokumentation sowie interprofessionelle Abstimmung sind modulübergreifende Aufgaben, die in allen Modulen umgesetzt werden. Sie gewährleisten die Nachvollziehbarkeit und Qualität der pflegerischen Leistungen und entsprechen zugleich den berufsrechtlichen Anforderungen.

Innerhalb der Module zeigt sich eine **fachlich aufbauende Logik**, insbesondere bei Pflegeplanung, Assessments sowie edukativen und koordinativen Maßnahmen.

- In der Basisleistung kommen überwiegend anlassbezogene, einfach strukturierte Maßnahmen zum Einsatz.
- In der pflegetherapeutischen Begleitung stehen komplexere, pflegediagnostisch fundierte Einschätzungen und strukturierte Interventionen im Vordergrund.

Diese zunehmende Tiefe und Komplexität sind in der Leistungsbeschreibung angedeutet, die Module sind jedoch nicht trennscharf voneinander abgrenzbar, da der Übergang fließend ist. Die Entscheidung über die Modulauswahl erfolgt bedarfsorientiert im pflegerischen Ermessensspielraum bzw. nach ärztlicher Anordnung. Die Evaluation des gesamten Pflegeprozesses erfolgt zum Abschluss und dient der Qualitätssicherung, Erfolgskontrolle und kontinuierlichen Anpassung der Begleitung auf individueller Ebene.

Additive Module: Abgrenzung und Begründung

Additive Leistungen ergänzen die Basisleistung gezielt und kommen zur Anwendung, wenn spezifische Versorgungsbedarfe vorliegen, eine kontinuierliche pflegetherapeutische Begleitung jedoch (noch) nicht erforderlich ist.

Während Basisleistung und pflegetherapeutische Begleitung als pauschale und kontinuierlich begleitende Leistungspakete konzipiert sind, handelt es sich bei den additiven Leistungen um punktuelle, zeitlich begrenzte Maßnahmenbündel. Je nach Ausrichtung und Ausgestaltung der Finanzierungslogik sind diese gesondert zu dokumentieren und zu verrechnen. Dazu ist eine fachliche Begründung, z. B. durch Pflegediagnosen, vorzusehen.

Zur Sicherstellung einer Abgrenzbarkeit zur pflegetherapeutischen Begleitung wird empfohlen, additive Leistungen auf maximal zwei additive Leistungen pro Fall zu begrenzen.

Rahmenbedingungen:

- **diagnostische und therapeutische Leistungen:** gemäß §§ 15 GuKG, nach ärztlicher Anordnung
- **edukative und koordinative Leistungen:** gemäß §§ 14 und 16 GuKG im Aufgabenbereich der DGKP

Qualifikationsanforderungen

Die Durchführung komplexer Leistungen – insbesondere im Rahmen der pflegetherapeutischen Begleitung – setzt weiterführende Qualifikationen voraus. Diese kann durch Weiter- und Höherqualifizierungen (z. B. zu Case Management, Chronic Care / Pflege bei chronischen Erkrankungen) sichergestellt werden. Solche Qualifikationen befähigen DGKP dazu, komplexe Versorgungssituationen vorausschauend zu steuern, präventiv zu intervenieren und sektorenübergreifend wirksam zu koordinieren.

5.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Das Versorgungsangebot richtet sich an erwachsene Personen mit einer oder mehreren ärztlich diagnostizierten chronischen Erkrankungen, die seit mindestens drei Monaten bestehen und sich in einer stabilen Phase befinden – das heißt ohne akute Verschlechterung oder Krisensituation. Eingeschlossen werden Personen mit einem indikationsübergreifenden Unterstützungsbedarf insbesondere in folgenden Bereichen:

- **Selbstmanagement:** Unterstützung im Umgang mit der Erkrankung, bei der Zieldefinition und Krankheitsbewältigung
- **Gesundheitskompetenz:** Vermittlung von Wissen, Förderung der Entscheidungsfähigkeit und Informationsverarbeitung
- **Prävention:** Vermeidung einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes, von Komplikationen oder Versorgungslücken
- **Prozessbegleitung:** Koordination und Navigation im Gesundheitssystem, insbesondere in Übergangsphasen (z. B. nach Spitalsentlassung)
- **psychosoziale Stabilisierung und Resilienzsteigerung:** Unterstützung bei Belastungen, die mit der Erkrankung einhergehen

Besonders adressierte Krankheitsgruppen sind:

- kardiovaskuläre und zerebrovaskuläre Erkrankungen (z. B. Hypertonie, koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Schlaganfall)
- neurodegenerative Erkrankungen (z. B. Parkinson, Demenz, multiple Sklerose)
- chronische Atemwegserkrankungen (z. B. COPD, Asthma)
- chronische Stoffwechselerkrankungen (z. B. Diabetes mellitus, Hyperlipidämie, Osteoporose)
- Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparats (z. B. chronische Rückenschmerzen, Arthritis)

Indikation für die Aufnahme in die pflegetherapeutische Begleitung (Auswahl)

- Bedarf an intensiver Gesundheitsförderung und Selbstmanagementunterstützung
- Vorliegen ausgewiesener Risikofaktoren (z. B. Polypharmazie, Frailty, Sturzrisiko, reduziertes Mobilitätsniveau, geringe Gesundheitskompetenz)
- eingeschränkter Zugang zu Gesundheitsleistungen
- Versorgungs- und Koordinationsbedarf bei multiplen Akteurinnen und Akteuren
- Unterstützung bei der Umsetzung und Einhaltung ärztlicher Therapiepläne

- Bedarf an kontinuierlicher klinischer Verlaufskontrolle
- Übergangs- und Überbrückungsbedarf z. B. bei Wundversorgung

Ausschluss/Abbruch oder Weiterleitungsgründe

Das Angebot ist nicht geeignet bzw. erfordert eine Beendigung oder Weiterleitung

- wenn akute oder instabile Krankheitsverläufe vorliegen, z. B. bei Exazerbationen, Krisensituatien oder unklarer Symptomatik, die ärztlich abgeklärt werden muss.
- wenn Neuerkrankungen mit akutem Behandlungsbedarf bestehen, z. B. nach Unfall, bei Infektionen oder anderen akuten Zuständen.
- wenn eine spezialisierte Versorgung erforderlich ist, z. B. bei seltenen Erkrankungen, palliativem Verlauf oder psychischen Erkrankungen mit hohem psychosozialen Betreuungsbedarf.
- wenn Pflegebedürftigkeit vorliegt – insbesondere ab der Pflegestufe 4, wenn der Fokus auf Grundpflege oder Langzeitbetreuung liegt.
- wenn der Unterstützungsbedarf außerhalb des pflegerischen Kompetenzbereichs liegt, z. B. bei vorrangigem Bedarf an Physiotherapie, Sozialarbeit oder Psychotherapie/Psychologie.

Bei instabilen oder akut auftretenden Erkrankungen soll auf bestehende Versorgungsstrukturen zurückgegriffen werden – insbesondere auf die allgemeinmedizinische und pflegerische Versorgung im Rahmen der Primärversorgung.

5.3 Leistungsumfang der Module

Das pflegerische Leistungsangebot kann mit einer ärztlichen Zuweisung, einer Empfehlung durch eine:n Angehörige:n eines anderen Gesundheitsberufs oder durch die eigenständige Kontakt- aufnahme durch die Patientinnen bzw. Patienten selbst erfolgen. Für die therapeutischen und diagnostischen Leistungen ist eine ärztliche Zuweisung erforderlich. Typischerweise weist eine Ärztin oder ein Arzt eine Person mit chronischer Erkrankung einer DGKP zur Begleitung zu. Diese übernimmt daraufhin die strukturierte Bedarfsklärung im Rahmen des Moduls *Basisleistung*. Darauf wird auf Grundlage einer fachlich geleiteten pflegerischen Einschätzung bspw. in Form eines Assessments entschieden, welche weiterführenden Module und Interventionen angezeigt sind.

Tabellarische Darstellung des Leistungsumfangs

In Tabelle 3 ist die Leistungsmatrix, die den Leistungsumfang anhand der drei zentralen Module (Basisleistung, Additive Leistungen, Pflegetherapeutische Begleitung) beschreibt, dargestellt.

Tabelle 3: Leistungsumfang – DGKP in der Begleitung chronisch erkrankter Menschen

Modul	Bereich	Leistungselemente
Ziel: punktuelle, wiederkehrende, niederschwellige Begleitung und Verlaufskontrolle		
Rahmen: Kurzinterventionszyklus entlang des Pflegeprozesses für Personen mit stabilem Verlauf und punktualem Unterstützungsbedarf		
<i>1 x jährlich, bis zu drei Kontakte im Jahr</i>		
Basisleistung	Erstkontakt und Bedarfsklärung	<ul style="list-style-type: none"> • Clearing/Intake im Sinne des Case-Management-Prozesses • strukturierte Bedarfseinschätzung • Entscheidung über die Übernahme des Falles oder Weiterleitung/-empfehlung an andere Stelle • (orientierende) Pflegeanamnese und -assessment (biopsychosozial), insbesondere <ul style="list-style-type: none"> • Erhebung der Lebens- und Versorgungssituation • körperliche Untersuchung und Erhebung von Basisdaten (nach Abgleich mit vorhandenen Befunden / bei Bedarf) • Risikoeinschätzung zu relevanten Aspekten, z. B. Sturz, Schmerz, Haut, Ernährung, Kontinenz, Kognition, Frailty, Impairment, Verwahrlosung/Vereinsamung etc. • Festlegen des gemeinsamen Vorhabens mit der Patientin bzw. dem Patienten, ggf. unter Einbindung des dazugehörigen Sozialsystems <ul style="list-style-type: none"> • Pflegeplanung, einschließlich -diagnostik (individuell, bedarfsoorientiert) • Dokumentation
	Edukation	<ul style="list-style-type: none"> • Feststellung des Schulungs-/Edukationsbedarfs • Informationsvermittlung, Mikroschulungen, -anleitung • kurze bedarfsbezogene Beratung, angepasst an den aktuellen Bedarf, ggf. unter Einbindung des dazugehörigen Sozialsystems
	Koordination und Lotsenfunktion	<ul style="list-style-type: none"> • Planung des weiteren Vorgehens, Vereinbarung von Folgekontakte • Koordination und Weiterleitung an bzw. Weiterempfehlung von passenden Angeboten und anderen Dienstleistenden • Überprüfung der Einhaltung von Behandlungs- und Therapieplänen sowie Folgeuntersuchung • Verordnung von Medizinprodukten¹¹
	Folgekontakt und Evaluierung	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoring der Lebens- und Versorgungssituation inkl. körperlicher Untersuchung und Risikoeinschätzung • Verlaufskontrolle, Unterstützung bei der Umsetzung der Behandlungs-, Therapie- und Kontrollempfehlungen und des Selbstmanagements • Evaluierung und systematische Bewertung der Interventionsplanung, des Behandlungsplans und der Zielerreichung sowie Zwischen- und Abschlussgespräche

¹¹ Heilbeilage, Hilfsmittel und sonstige Heilmittel, Verordnung gemäß § 15a GuKG

Ziel: Stabilisierung (von Teilespekten) der Gesundheit durch gezielte, zeitlich begrenzte Interventionen zur Unterstützung diagnostischer, therapeutischer, edukativer und koordinativer Prozesse

Rahmen: Ergänzungsmodul für zeitlich begrenzte, indikationsspezifische Interventionen

Richtwert: zwei additive Leistungen pro Fall

Additive Leistungen	diagnostische Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> medizinisch-diagnostische Maßnahmen gemäß Behandlungsplan / ärztlicher Anordnung symptomfokussierte Assessments und klinische Einschätzung Durchführung einfacher diagnostischer Maßnahmen in Form von Tests/Untersuchungen <ul style="list-style-type: none"> z. B. Blutabnahmen, Schnelltests/Point-of-Care-Tests, EKG, Sauerstoffsättigung, Abstriche, Mini-Mental-Test, ABI-Messung oder ähnliche einfache diagnostische Maßnahmen anhand von SOPs oder Protokollen Symptombeobachtung und -kontrolle Abgleich des Behandlungsplans mit der tatsächlichen Umsetzung, z. B. verordnete vs. eingehaltene Medikation/Therapie(empfehlung) Rücksprache mit zuweisenden und/oder anordnenden Ärztinnen bzw. Ärzten
	therapeutische Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> Theriebegleitung gemäß Behandlungsplan / ärztliche Anordnung Medikamentenmanagement <ul style="list-style-type: none"> Vorbereitung und Verabreichung von Medikamenten in gängigen Applikationsformen, Beobachtung der Wirkung, Symptommanagement, Anpassung der Medikation nach Einzelanordnung oder SOP (therapeutisch + präventiv) Versorgung und ggf. Legen von zu- und ableitenden Systemen (z. B. transurethrale Katheter, Ernährungssonden, Drainagen, Stomata) Durchführen therapeutischer Maßnahmen (z. B. Wärme- und Kälteamwendungen, Wundversorgung bei Erstversorgung oder akuten Problemlagen) Rücksprache mit zuweisenden und/oder anordnenden Ärztinnen bzw. Ärzten
	edukative Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> Feststellung des Schulungs-/Edukationsbedarfs Schulung, Anleitung und Beratung unter Einbindung des dazugehörigen Sozialsystems, z. B. zur Umsetzung von Therapie, Anwendung von Medizinprodukten oder Geräten, Medikation oder gesundheitsbezogenem Verhalten Begleitung bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit(skompetenz) Beratung zu Lebensstil, Prävention, Ernährung, Bewegung, Risikofaktoren psychosoziale Entlastungsgespräche sowie Unterstützung beim Aufbau von Bewältigungsstrategien
	koordinative Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> Verlaufsdokumentation, interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation, Fallbesprechungen Koordination der Versorgung / von Therapien und Überprüfung von Therapieerfolg/-adhärenz Überprüfung des Einsatzes von Medizinprodukten¹² und ggf. Anpassung Organisation weiterführender Dienstleistungen (z. B. Arztbesuche, Leistungen durch MTD-Berufe, Soziale Arbeit) Unterstützung von Patientinnen und Patienten mit komplexen gesundheitsbezogenen, psychosozialen und emotionalen Bedürfnissen Weitervermittlung an Angebote außerhalb des pflegerischen, medizinischen und therapeutischen Leistungsspektrums in der Region (im Sinne von Social Prescribing) Klärung und Bearbeitung von Ad-hoc-Fragestellungen

¹² Heilbehelfe, Hilfsmittel und sonstige Heilmittel, Verordnung gemäß § 15a GuKG

Ziel: komplexitätsgerechte, prozessgeleitete Begleitung zur Vermeidung von Verschlechterung sowie Stabilisierung von Erkrankungen
Rahmen: risikominimierende und vorrangig sekundär-/tertiärpräventive Maßnahmen (Maßnahmen in den Bereichen §§ 14–16 GuKG)

3–6 Termine innerhalb eines definierten Zeitraums

Pflegetherapeutische Begleitung	Erhebung und Prozessplanung	<ul style="list-style-type: none"> vertiefende Anamnese, Assessment <ul style="list-style-type: none"> fokussierte bzw. spezielle (Pflege-)Assessments krankheits- oder phänomenbezogene Assessments, z. B. Schmerzassessment, und Ableiten von Maßnahmen vertiefte klinische Beurteilung der Patientensituation Festlegen des gemeinsamen Vorhabens mit der Patientin bzw. dem Patienten, ggf. unter Einbindung des dazugehörigen Sozialsystems <ul style="list-style-type: none"> Pflegeplanung einschließlich -diagnostik (individuell, bedarfsorientiert) medizinisch-diagnostische Maßnahmen gemäß Behandlungsplan / ärztlicher Anordnung (wie im additiven diagnostischen Modul)
	Koordination	wie beim additiven Modul unter „koordinative Leistungen“ sowie: <ul style="list-style-type: none"> sektorenübergreifende Koordination sowie im erweiterten Behandlungsteam, Lotsenfunktion Unterstützung von Patientinnen und Patienten mit gesundheitsbezogenen, psychosozialen und emotionalen Bedürfnissen Weitervermittlung an Angebote außerhalb des pflegerischen, medizinischen und therapeutischen Leistungsspektrums in der Region (im Sinne von Social Prescribing)
	edukative und therapeutische Begleitung	Edukation und Empowerment: wie beim additiven Modul unter „edukative Leistungen“ sowie: <ul style="list-style-type: none"> umfangreichere Schulung, Beratung und Anleitung der Patientin bzw. des Patienten sowie von An- und Zugehörigen bspw. zur Umsetzung des Behandlungs-/Therapieplans Begleitung zur Selbstmanagementförderung, Selbstwirksamkeit und Alltagsbewältigung sowie bei der Vertiefung des Krankheitswissens soziale und psychosoziale Unterstützung: <ul style="list-style-type: none"> psychosoziale Stabilisierung und Entlastung Unterstützung bei Alltagsbewältigung und Umgang mit chronischer Erkrankung Monitoring, Verlaufs- und Symptomkontrolle sowie therapeutische Prozessbegleitung <ul style="list-style-type: none"> Monitoring des Gesundheitszustands (zur Früherkennung von Komplikationen oder Verschlechterungen), des Aktivitätsniveaus sowie von Pflegephänomenen Ableitung und Umsetzung symptomlindernder Maßnahmen protokollbasierte Versorgung und Durchführung medizinisch-diagnostischer oder -therapeutischer Maßnahmen nach SOP / ärztlicher Anordnung, z. B. Kontrolluntersuchungen, Therapiebegleitung, Nebenwirkungsmonitoring, Medikamentenmanagement, Adhärenzkontrolle Rücksprache mit zuweisenden und/oder anordnenden Ärztinnen bzw. Ärzten
	Weiterbetreuung und Prozessevaluierung	<ul style="list-style-type: none"> Bearbeitung aktueller Anliegen und Begleitung bis zur Klärung Fallbegleitung zur Erreichung der Behandlungs- und Therapziele Überprüfung und systematische Bewertung der Zielerreichung und Interventionsplanung sowie Zwischen- und Abschlussgespräche (spätestens nach sechs Terminen) Anpassung und Überprüfung des Einsatzes von Medizinprodukten¹³ Ableitung weiterer Maßnahmen bei Bedarf
		Quelle und Darstellung: GÖG

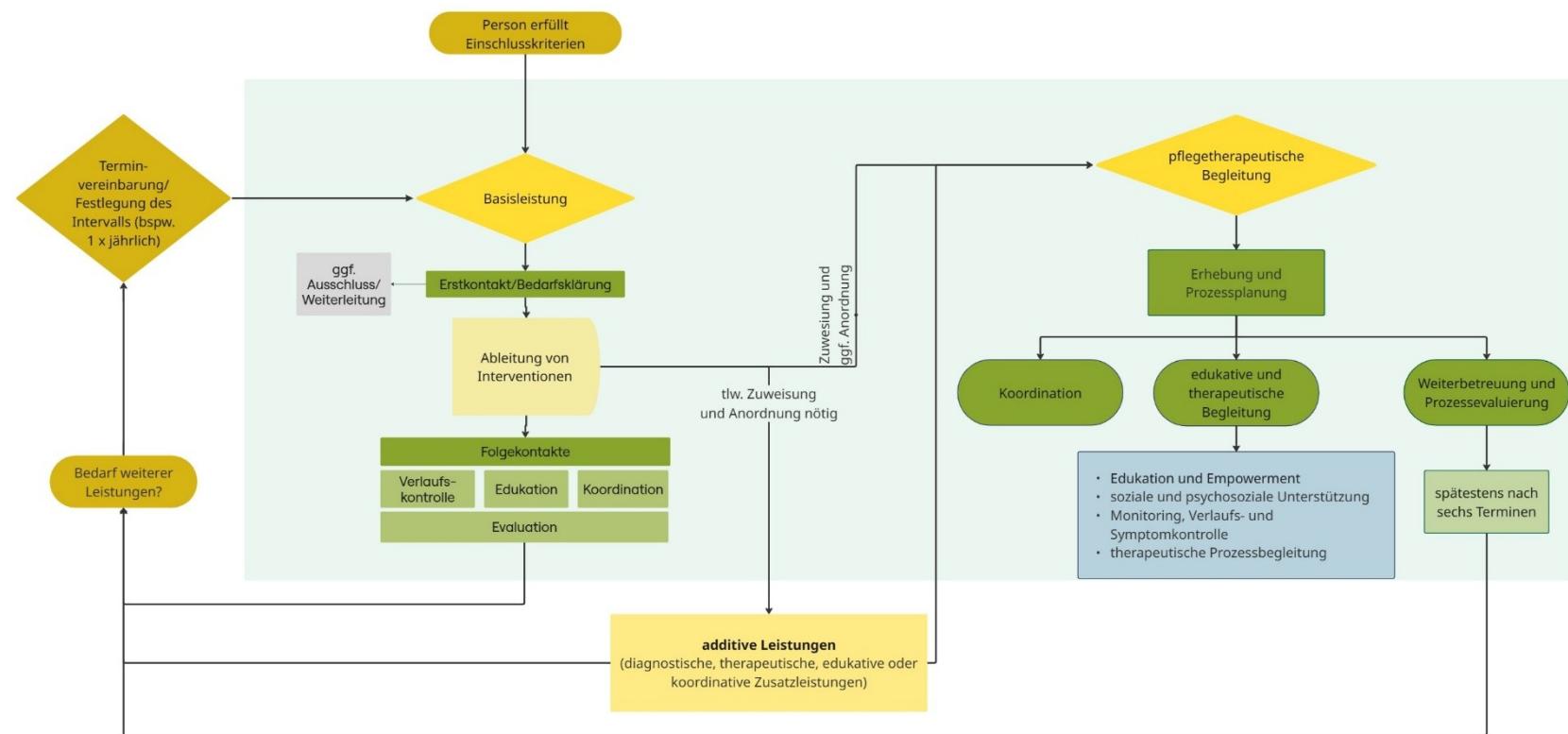
¹³ Heilbeilage, Hilfsmittel und sonstige Heilmittel, Verordnung gemäß § 15a GuKG

5.4 Schematischer Ablauf

Die nächste Grafik zeigt den Ablauf des modularen Versorgungskonzepts: Ausgangspunkt ist meist eine ärztliche Zuweisung, alternativ kann der Kontakt auch über andere Dienste oder proaktiv erfolgen. Die Versorgung beginnt mit der Basisleistung – Bedarfsklärung, erste Interventionen und Verlaufskontrolle. Bei spezifischem Einzelbedarf werden additive Module ergänzt. In komplexeren Fällen erfolgt ein Übergang in die pflegetherapeutische Begleitung mit intensiver Betreuung und interprofessioneller Abstimmung.

Nach Abschluss jedes Moduls wird geprüft, ob ein weiterer Unterstützungsbedarf besteht. In Abstimmung mit der betroffenen Person werden gegebenenfalls weitere Leistungen vereinbart und ein individuell angepasstes Folgeintervall wird festgelegt. Die Modulwahl erfolgt bedarfsgerecht durch die DGKP; Übergänge zwischen den Modulen sind flexibel möglich.

Abbildung 7: Schematischer Ablauf und Zusammenhang der Module



Quelle und Darstellung: GÖG

Fallbeispiel

Herr M., 67 Jahre, lebt allein und in einer ländlichen Gemeinde, leidet an Bluthochdruck und Typ-2-Diabetes. Er ist kürzlich gestürzt und hat eine Platzwunde am Kopf. Er klagt über Schwindel. Darüber hinaus ist er wegen seines schwankenden Blutdrucks und seiner Blutzuckerwerte besorgt. Herr M. kann den Alltag großteils gut alleine bewältigen. Gelegentlich erhält er Unterstützung von seiner Tochter. Die Tochter von Herrn M. lebt 1,5 Autofahrstunden entfernt, besucht den Vater aber ein- bis zweimal die Woche.

Sollbild: verbesserte Kontinuität der Versorgung mit pflegerischer Begleitung

personenzentriert, abgestimmt, vorausschauend anstelle von reaktiv, punktuell, kurzfristig verfügbar

Auf Initiative der Allgemeinmedizinerin wird Herr M. an die koordinierte pflegerische Versorgung überwiesen. Eine DGKP nimmt Kontakt auf, vereinbart einen Erstertermin zu Hause und führt eine umfassende Bedarfsfeststellung durch: Gesundheitszustand, Ressourcen, Wohnumfeld, Medikationsplan und persönliche Ziele werden gemeinsam erhoben.

Es wird ein Erstbesuch (im Rahmen der Basisleistung) durchgeführt. Schon ein erster Besuch deckt mehrere Themen ab:

- Medikationsplan gesichtet, Einnahmegewohnheiten besprochen
- Medikamentenmanagement (additive Leistung)
- Sturzprophylaxe und Umgang mit Schwindel erklärt
- Anleitung zum Blutdruckmessen und zum Umgang mit den eigenen Blutdruckwerten
- Motivation für mehr Bewegung besprochen, Tipps zur Entlastung im Alltag
- Unsicherheiten bezüglich Ernährung geklärt
- Durchführung einfacher diagnostischer Maßnahmen und Kontrolle von Laborwerten nach ärztlicher Anordnung (additive Leistung)
- Ziel: Langzeitzuckerwert in 3 Monaten auf X [gemeinsam festgelegten Wert] senken

Im weiteren Verlauf erhält Herr M. drei strukturierte **Folgetermine in der pflegetherapeutischen Begleitung**, in denen seine Selbstmanagementfähigkeiten gestärkt und alltagsnahe Maßnahmen (z. B. Bewegungsroutinen in der Wohnung, Sturzprophylaxe, Medikamentenmanagement) erarbeitet werden. Zwischendurch meldet sich die DGKP telefonisch, erkundigt sich nach der aktuellen Situation, motiviert und adaptiert gegebenenfalls vereinbarte Maßnahmen und sensibilisiert, wenn sich der Gesundheitszustand bzw. die Symptomatik verschlechtert.

5.5 Methoden und Formen der Leistungserbringung

Die Leistungen werden situations- und bedarfsoorientiert erbracht. Je nach Modul, Dringlichkeit und Lebensrealität der Patientinnen bzw. Patienten kommen verschiedene Zugangsformen zum

Einsatz: aufsuchend (Hausbesuche), niedergelassen (z. B. Sprechstunde) oder telefonisch bzw. digital (in Form von Telekonsultationen und Follow-ups).

Der **Hausbesuch** ermöglicht eine lebensnahe Einschätzung der Versorgungssituation, insbesondere bei eingeschränkter Mobilität oder komplexer häuslicher Situation. **Sprechstunden** sind für klar definierte Anliegen in planbaren Situationen geeignet. **Telefonische oder digitale Kontakte** bieten eine ressourcenschonende Möglichkeit für Nachsorge, Verlaufskontrollen und koordinative Aufgaben.

Es können mehrere Formen und Methoden kombiniert oder im Verlauf der Begleitung angepasst werden. Beispielsweise erfolgen koordinative Tätigkeiten, Rücksprachen und Monitoringaufgaben häufig telefonisch oder mittels Videotelefonie, bei komplexeren Bedarfen oder Veränderungen des Gesundheitszustands kann eine Umstellung auf aufsuchende Leistungen angezeigt sein.

Die Wahl der jeweiligen Form erfolgt pflegefachlich begründet und orientiert sich an der individuellen Situation, dem Bedarf sowie an vorhandenen Ressourcen. Die Entscheidung über das Wie erfolgt stets im Einklang mit dem individuellen Bedarf und unter Berücksichtigung vorhandener Versorgungsressourcen sowie aufgrund einer **prozessgeleiteten Begleitung**, die auf einer vorherigen Anamnese und Planung basiert.

5.6 Weiterentwicklungsperspektive: spezialisierte Versorgungsangebote

Das Versorgungskonzept soll einen logisch aufgebauten, modularen Rahmen schaffen, der sowohl die generalistische Basisversorgung als auch eine anschlussfähige Erweiterung für spezialisierte Versorgungsangebote ermöglicht. Aufbauende, spezielle Zusatzangebote können mit der gleichen Struktur („gleiche Matrix“) aufgebaut werden, unterscheiden sich jedoch in der inhaltlichen Tiefe, dem Spezialisierungsgrad der DGKP, der Komplexität sowie der Zielgruppe. Die Architektur des Modells bleibt konsistent, wodurch eine stufenweise, bedarfsorientierte Weiterentwicklung innerhalb desselben konzeptionellen Rahmens möglich wird, was eine wiederkehrende pflegerische Begleitung chronisch erkrankter Menschen ermöglicht.

Darüber hinaus sind – aufbauend, aber unabhängig vom gegenständlichen Konzept – spezialisierte Versorgungsmodelle für bestimmte Erkrankungen mit besonders hoher Komplexität erforderlich. Solche erkrankungsspezifischen Disease-Management-Programme (DMP) richten sich an Personen mit spezifischen Krankheitsbildern, die einen erhöhten Steuerungs- und Koordinationsbedarf aufweisen (z. B. komplexe Verläufe bei Diabetes mellitus, schwere Herzinsuffizienz). Diese Programme sind gezielt auf die Erkrankung ausgelegt, beinhalten ein umfassenderes Aufgabengebiet der DGKP und erfordern den Einsatz von DGKP mit einer Spezialisierung oder Höherqualifizierung.

Damit wird dem wachsenden Versorgungsbedarf und der steigenden Komplexität chronischer Erkrankungen wirksam und abgestuft begegnet.

- *Anmerkung: Derzeit vorhandene krankheitsspezifische DMP wie „HerzMobil“ sind dem speziellen Zusatzangebot zuzuordnen. Das Aufgabenprofil der DGKP kann je nach Ausbildungshintergrund variieren und bei Höherqualifikation umfassender gestaltet werden.*

Spezielle DMP erfordern eine stärkere krankheitsspezifische Ausrichtung, multiprofessionelle Abstimmung sowie vertiefte und erweiterte klinische, methodische und fachliche Kompetenzen. In diesem Kontext ist perspektivisch der Einsatz von **Advanced Practice Nurses (APN)** vorgesehen. APN verfügen über eine Qualifizierung auf Masterniveau, welche die Übernahme komplexer pflegerischer Aufgaben ermöglicht.

5.7 Herausforderungen und Limitationen

Die fachliche Beschreibung des pflegerischen Leistungspotfolios für chronisch erkrankte Menschen wurde auf Basis verfügbarer Daten, Erfahrungen aus Pilotprojekten und internationaler Modelle entwickelt. Dennoch zeigen sich einige Limitationen:

Häufigkeit der Kontakte im Leistungspotfolio

Mangels klarer Evidenz wurde die Anzahl der Kontakte logisch abgeleitet, im Projektteam reflektiert und als Richtwert zur Orientierung herangezogen. Die getroffene Auswahl erscheint plausibel, sollte jedoch im Praxiseinsatz überprüft und gegebenenfalls angepasst werden.

Kontextabhängigkeit der Umsetzung und Kooperation mit den Schnittstellen

Das Konzept ist flexibel angelegt, um regional angepasst werden zu können. Diese Offenheit erschwert jedoch eine einheitliche Steuerung und erfordert in weiterer Folge klare Koordinations- und Zuweisungsmechanismen sowie ausdifferenzierte Vorgaben. Eine erfolgreiche Umsetzung erfordert eine interprofessionelle Zusammenarbeit. Erfahrungen zeigen Bereitschaft dazu, aber auch hinderliche Faktoren wie z. B. Kommunikation, unklare Zuständigkeiten, Dokumentation und eine fehlende gemeinsam nutzbare Infrastruktur.

Beschreibung des Leistungspotfolios

Die beschriebenen Module und Leistungen stellen eine konzeptionelle Grundlage dar – sie dienen der strukturierenden Orientierung –, die im Rahmen der weiteren Umsetzung präzisiert und kontextualisiert werden muss. Je nach künftigem Regelungsbedarf – insbesondere im Hinblick auf Abrechnungslogiken und Finanzierungsmechanismen – ist eine weitergehende Detaillierung und operationale Feinausgestaltung der Leistungselemente vorzusehen.

6 Handlungsempfehlungen für die weitere Umsetzung

6.1 Festlegung der Terminanzahl: evidenzbasierte Flexibilisierung

Die Terminanzahl sollte nicht starr, sondern indikations- und patientenorientiert festgelegt werden. Eine flexible Anpassung an den individuellen Verlauf ist notwendig, um Über-, Unter- oder Fehlversorgung zu vermeiden. Darüber hinaus sollten auf **Grundlage von Pilotierungserfahrungen und der damit verbundenen Leistungserfassung zukünftige Finanzierungsgrenzen festgelegt und regelmäßig evaluiert werden.**

6.2 Weiterentwicklung des Leistungspotfolios

Das entwickelte Leistungspotfolio sollte als dynamisches Referenzgerüst verstanden werden. Es dient als **fachliche Grundlage für eine etwaige Pilotierung und als Orientierungshilfe.**

Für eine systematische, qualitätsgesicherte und abrechnungsfähige Umsetzung ist jedoch eine vertiefende Beschreibung erforderlich. Dazu zählen insbesondere eine präzise Leistungsdifferenzierung, konkrete Beschreibung von Indikation, Zielsetzung und Durchführungsform sowie die Entwicklung standardisierter Protokolle und SOPs, die auf evidenzbasierten Leitlinien beruhen.

Diese Weiterentwicklung kann nur im Rahmen eines strukturierten multiprofessionellen Konsensprozesses erfolgen – unter aktiver Einbindung relevanter Stakeholder wie Berufsvertretungen, Sozialversicherungsträger, medizinischer Fachgesellschaften sowie Patientenvertretungen.

6.3 Strukturelle Anbindungsoptionen

Für die praktische Umsetzung ist entscheidend, wo die strukturelle Anbindung des pflegerischen Versorgungskonzepts erfolgt: Sie beeinflusst sowohl die Integration in bestehende Versorgungslogiken als auch die interprofessionelle Zusammenarbeit. Drei Optionen erscheinen grundsätzlich realistisch:

Das vorgestellte pflegerische Versorgungskonzept ist bewusst strukturoffen konzipiert, um weitgehend unabhängig von Unterschieden im Versorgungssystem und den Angeboten vor Ort eine flexible, regional passfähige Umsetzung zu ermöglichen. Leitmotiv ist dabei der Bedarf der Menschen mit chronischen Erkrankungen – diese sollen unabhängig von bestehenden Strukturen verlässlich auf das Angebot zugreifen können. Angesichts der heterogenen Versorgungslage in Österreich ist eine breite Andockbarkeit an unterschiedliche Strukturen vorzusehen.

Das Angebot kann in bestehende niedergelassene Strukturen der Primärversorgung (allgemein-medizinische Einzelordinationen und Gruppenpraxen, Primärversorgungseinheiten) integriert werden – dort bieten sich Synergien, eine gemeinsame Zielgruppe und etablierte Prozesse. Andere extramurale Strukturen wie Gesundheitszentren oder mobile Dienste sind ebenso denkbar. Gleichzeitig ist auch eine eigenständige Umsetzung bspw. durch Community Nurses, Pflege-

praxen oder freiberufliche DGKP möglich, welche die Weiterentwicklung von innovativen Versorgungsansätzen unterstützt. Bei einer organisatorischen Anbindung an Strukturen der Langzeitpflege oder auch der kurativen Versorgung ist der jeweilige Zielgruppenfokus zu beachten. Dieser hat Einfluss auf die Akzeptanz und Inanspruchnahme des neuen Angebots.

6.4 Rechtliche und finanzielle Verankerung

Für eine nachhaltige Integration pflegerischer Leistungen in die niedergelassene Regelversorgung ist eine rechtliche Abbildung im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) zu prüfen.

Die Berufsausübung und der Rahmen, in dem DGKP tätig werden, sind durch das GuKG klar geregelt. Im ASVG fehlt derzeit eine Definition oder Abgrenzung, welche pflegerischen Leistungen der Krankenbehandlung zuzuordnen sind. Dies führt dazu, dass pflegerische Leistungen bislang überwiegend im sozialen, pflegerischen Kontext und/oder nach ärztlicher Anordnung erbracht werden, jedoch nicht systematisch als Teil der niedergelassenen Krankenbehandlung bzw. Versorgung abgebildet sind.

Empfohlen wird, die pflegerische Beteiligung an der Krankenbehandlung – insbesondere im Bereich der Mitwirkung an Diagnostik und Therapie sowie der pflegetherapeutischen Begleitung – zu definieren und rechtlich zu verankern. Dadurch kann der Beitrag der Pflege zur Stabilisierung chronischer Erkrankungsverläufe, zur Vermeidung stationärer Aufenthalte und zur Entlastung ärztlicher Strukturen systematisch gestärkt werden.

Somit gilt es, in einem nächsten Schritt zu prüfen, in welcher Form diese pflegerischen Leistungen rechtlich verankert werden und im Tarif- und Abrechnungssystem der Sozialversicherung integriert werden können.

6.5 Orientierung an bestehenden Versorgungsmodellen und aktuellen Entwicklungen

Es wird empfohlen, das vorliegende pflegerische Konzept an bestehenden Disease-Management-Programmen (DMP) sowie den Entwicklungen zur integrierten Versorgung (IV) von Diabetes auszurichten.

Diese Modelle, insbesondere die Entwicklungen zur integrierten Versorgung von Diabetes, zeichnen sich durch standardisierte, interprofessionelle und qualitätsgesicherte Prozesse aus und können hinsichtlich Einschlusskriterien, Verlaufskontrolle und Dokumentation als strukturgebende Referenz dienen.

Gleichzeitig ist zu beachten, dass die Entwicklung der pflegerischen Versorgung chronisch erkrankter Menschen nicht isoliert, sondern im engen Zusammenspiel mit bestehenden und geplanten Programmen umgesetzt werden muss. Eine strukturierte Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen ist ebenfalls zu gewährleisten.

6.6 IT-gestützte Umsetzung, Leitlinienorientierung und ELGA-Anbindung

Die qualitätsgesicherte Versorgung chronisch kranker Menschen erfordert eine leitlinienbasierte, digital unterstützte und sektorenübergreifend zugängliche Dokumentationsinfrastruktur. Eine ELGA-Anbindung ist vorzusehen, um sektorübergreifende Kommunikation, rollenbasierten Zugriff und Datenkontinuität zu gewährleisten sowie Informationsverluste, Doppeluntersuchungen und andere Diskontinuitäten zu verhindern.

Dabei sind sowohl eine standardisierte Erfassung klinischer Parameter als auch deren zeitliche Erhebung (Intervalle) festzulegen. Definierte Parameter und Erhebungsintervalle pro Erkrankung, Setting und Versorgungspfad ermöglichen ein einheitliches Monitoring und eine evidenzbasierte Steuerung. Dafür ist eine entsprechende Applikation nötig. Eine strukturierte, interoperative Datenerhebung ist weiters Basis für eine berufsgruppenübergreifende Verlaufskontrolle und Wirksamkeitsmessungen.

Langfristig wäre ein Patientenzugang zur Selbstdokumentation und als Interaktionsmöglichkeit anzudenken.

6.7 Erweiterte Stakeholdereinbindung als strategischer Qualitätssicherungsprozess

Die bisherige Einbindung ausgewählter Stakeholder:innen hat wesentlich zur inhaltlichen Schärfung und zur Plausibilisierung zentraler Konzeptelemente beigetragen. Um die Anschlussfähigkeit an bestehende Strukturen, die Akzeptanz in der Praxis sowie die Umsetzbarkeit auf Systemebene weiter zu fördern, erscheint eine erweiterte und systematische Stakeholdereinbindung in den folgenden Projektphasen nicht nur sinnvoll, sondern strategisch erforderlich. Dabei sollte die Beteiligung nicht als punktuelle Rückkopplung verstanden werden, sondern als kontinuierlicher Prozess, der die unterschiedlichen Perspektiven (berufsrechtlich, gesundheitspolitisch, versorgungspraktisch, ggf. regionalplanerisch) integriert und zur gemeinsamen Entwicklung tragfähiger Lösungen beiträgt.

Weitere Formen der Beteiligung dienen nicht nur der Überprüfung und Legitimation des Vorhabens, sondern stellen ein zentrales Instrument der Qualitätssicherung, zur Erhöhung der Treffsicherheit sowie zur Konsensbildung für die spätere Implementierung dar.

Literatur

Allgemeines Sozialversicherungsgesetz - ASVG (1955): Bundesgesetz vom 9. September 1955 über die Allgemeine Sozialversicherung (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG). § 143b Case Management BGBl. Nr. 189/1955 idF BGBl. Nr. 18/1956, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 200/2023.

Anderson, Michael; Pitchforth, Emma; Edwards, Nigel; Alderwick, Hugh; McGuire, Alistair; Mossialos, Elias (2022): United Kingdom: health system review 2022. In: Health systems in Transition 24/1:

AVOS (oJ): Kardiomobil (PLUS) [online]. AVOS – Gesellschaft für Vorsorgemedizin GmbH. <https://www.gesundessalzburg.at/avos/was-wir-tun/praeventionsprojekte/kardiomobil/> [Zugriff am 28.10.2025]

Bachner, Florian; Bobek, Julia; Habimana, Katharina; Ladurner, Joy; Lepuschütz, Lena; Ostermann, Herwig; Rainer, Lukas; Schmidt, Andrea E.; Zuba, Martin; Quentin, Wilm; Winkelmann, Juliane (2019): Das österreichische Gesundheitssystem. Akteure, Daten, Analysen. Gesundheitssysteme im Wandel 20(3). Hg. v. World Health Organization. WHO Regionalbüro Europa, Kopenhagen

Balke-Karrenbauer, Nicole; Jaeckel, Roger (2025): Sektorenübergreifende und Integrierte/Besondere Versorgung. In: Gesundheitsökonomie und Versorgungswissenschaft. Hg. v. Kurscheid, Clarissa; Balke-Karrenbauer, Nicole; Mollenhauer, Judith. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, HeidelbergS. 1-18

Barbieri Figueiredo, Maria do Céu; Vilar, Ana; Andrade, Luísa; Araújo, Cláudia; da Silva, Maria João Rocha (2017): Familiengesundheitspflege – Entwicklung und Implementation in der Primärversorgung in Portugal (*Family health nursing – development and implementation in primary health care in portugal*). In: Pflege & Gesellschaft 22/1:51-66

Birk, Hans Okkels; Vrangbæk, Karsten; Rudkjøbing, Andreas; Krasnik, Allan; Eriksen, Astrid; Richardson, Erica; Jervelund, Signe Smith (2024): Denmark: Health System Review. In: Health systems in Transition 26/6:1-186

BMASGK (2019): Primärversorgung - Berufsgruppen und Kompetenzprofile. Kompetenzprofile Kernteam. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien

BMASGPK (2025a): Detailkonzept Integriertes Versorgungsmodell eVIVA bei Diabetes Mellitus. Entwurf vom 13.5.2025. Entwurf. unveröffentlicht. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

BMASGPK (2025b): Mehr Gesundheit durch eine gestärkte Primärversorgung [online]. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK). [https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Mehr-Gesundheit-durch-eine-gestaerkte-](https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Mehr-Gesundheit-durch-eine-gestaerkte-)

[Primaerversorgung.html#:~:text=Ein%20weiteres%20EU%20%2DProjekt%20wurde,St%C3%A4rkung%20der%20Prim%C3%A4rversorgung%20umgesetzt%20werden.](#) [Zugriff am 25.07.2025]

BMSGPK (2023a): ÖSG 2023. Österreichischer Strukturplan 2023 inklusiv Großgeräteplan. gemäß Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Wien

BMSGPK (2023b): Rahmenkonzept Integrierte Versorgung Diabetes mellitus Typ 2. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), unveröffentlicht

BMSGPK (2023c): Sektorenübergreifende Patientenbefragung. Ergebnisbericht 2022. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

BMSGPK (2024): Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene. Zielsteuerung-Gesundheit. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien

Brady, Luise (2024): Practice Nurse. The case for general practice nurse-led group clinics [online]. <https://practicenurse.co.uk/en-GB/articles/nursing-practice/the-case-for-general-practice-nurse-led-group-clinics> [Zugriff am 07.08.2025]

Bundeskanzleramt (2022): Kommission genehmigt Fördergebietkarte Österreichs für den Zeitraum von 2022 bis 2027 [online] [Zugriff am 20.09.2025]

CDC (2024): About Chronic Diseases [online]. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/chronic-disease/about/> [Zugriff am 01.06.2025]

Corbin, Juliet M; Strauss, Anselm L (2010): Weiterleben lernen: Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. Hogrefe Verlag, Bern

Davis, K. M.; Eckert, M. C.; Hutchinson, A.; Harmon, J.; Sharplin, G.; Shakib, S.; Caughey, G. E. (2021): Effectiveness of nurse-led services for people with chronic disease in achieving an outcome of continuity of care at the primary-secondary healthcare interface: A quantitative systematic review. In: International journal of nursing studies 121:103986

Declaration of Alma-Ata (1978): International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978

Direção Geral da Saúde (oJ-a): Programa Nacional para a Diabetes [online]. <https://www.dgs.pt/ms/15/pagina.aspx?ur=1&id=5519> [Zugriff am 25.08.2025]

Direção Geral da Saúde (oJ-b): Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares [online]. <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude-prioritarios/doencas-cerebro-cardiovasculares.aspx>

Eberle, Linda; Edtmayer, Alice; Hagmann, Evelyn; Kerschbaum, Aida; Kucera, Sabrina; Leuprecht, Eva; Mayer, Lisa; Rappold, Elisabeth; Sackl, Anita (2025): Pilotierung von Community

Nursing in Österreich 2022-2024. Erkenntnisse und Ergebnisse aus der Pilotphase. Gesundheit Österreich, Wien

Egger, Josef W. (2015): Das biopsychosoziale Krankheits- und Gesundheitsmodell. In: Integrale Verhaltenstherapie und psychotherapeutische Medizin: Ein biopsychosoziales Modell. Hg. v. Egger, Josef W. Springer Fachmedien Wiesbaden, WiesbadenS. 53-83

European Observatory on Health Systems and Policies (2022): Updates. "Health clusters" now mandatory across Denmark [online]. European Observatory on Health Systems and Policies. <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/updates/hspm/denmark-2012/health-clusters-now-mandatory-across-denmark> [Zugriff am 30.06.2025]

Fasching, T.; Grüberl, M.; Hüttner, W.; Materna, U.; Landesklinikum Wiener Neustadt (2024): HerzMobil NÖ – Begleitende Prozessbeschreibung zum Pilotprojekt Landesklinikum Wr. Neustadt. Aufl. Start: 01.07.2025, Stand: 27.06.2025

Flinter, Margaret; Hsu, Clarissa; Cromp, DeAnn; Ladden, MaryJoan D; Wagner, Edward H (2017): Registered nurses in primary care: emerging new roles and contributions to team-based care in high-performing practices. In: The Journal of ambulatory care management 40/4:287-296

Frank, Almut; Mayer, S.; Pötz, Stefan; Taucher, Bernardette (2025): HerzMobil Steiermark: Prozesse Version 2025. Hg. v. Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. Aufl. Erstellungsdatum: 03.06.2025

George, Riya E.; Brown, Megan E. L. (2023): Understanding integrated care through patient journeys. In: The Clinical Teacher 20/4:e13561

Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - GuKG: Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG), BGBl. I Nr. 108/1997 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 108/2023, in der geltenden Fassung

Gfrerer, Christopher ; Lohr, Claudia ; Reitter-Pfoertner, Sylvia ; Ruda, Romana ; Trischak, Christine (2016): Rundum versorgt – Multimorbidität im Alter. Integrierte Versorgung multimorbider geriatrischer Patientinnen und Patienten – Analyse der

Versorgungssituation und Ausarbeitung eines umsetzungstauglichen Versorgungsmodells für Österreich. Hg. v. CCIV - Competence Center Integrierte Versorgung, Wiener Gebietskrankenkasse, Wien

Green, Larry A.; Fryer, George E. Jr.; Yawn, Barbara P.; Lanier, David; Dovey, Susan M. (2001): The Ecology of Medical Care Revisited. In: New England Journal of Medicine 2001/344 (26):2021-2025

Griebler, Robert; Winkler, Petra; Delcour, Jennifer; Antosik, Jennifer; Leuprecht, Eva; Monika, Nowotny; Schmutterer, Irene; Sax, Gabriele; Juraszovich, Brigitte; Pochobradsky, Elisabeth; Kucera, Sabrina (2023): Österreichischer Gesundheitsbericht 2022. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien

- Grötken, Kornelia; Hokenbecker-Belke, Eva (2006): Das Trajekt-Modell. Im Mittelpunkt: der chronisch kranke Patient als aktiver Partner. In: Die Schwester, der Pfleger 45/4:270-274
- Healthcare Denmark (2023): Chronische Krankheiten und Multimorbidität in Dänemark. A publication in the Triple-I paper series: Denmark Informs – Inspires – Invites. Hg. v. Denmark, Healthcare
- Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung (IAMEV); Medizinische Universität Graz (2024): Handbuch für diplomierte Pflegekräfte – Chronikerprogramme. Arterielle Hypertonie, Koronare Herzkrankheit, COPD, Asthma, Osteoporose, Depression. . Hg. v. Steiermark, Gesundheitsfonds. Aufl. Stand: 02/2024
- Janlöv, N.; Blume, S.; Glenngård, A. H.; Hanspers, K.; Anell, A.; Merkur, S. (2023): Sweden: Health System Review. In: Health systems in Transition 25/4:1-236
- Katholische Hochschule Mainz (2025): FAMOUS [online]. Katholische Hochschule Mainz (KH Mainz). <https://www.kh-mz.de/forschung/projekte/famous> [Zugriff am 25.07.2025]
- Klemenc-Ketis, Zalika; Stojnić, Natasa; Zavrnik, Črt; Ružić Gorenjec, Nina; Danhieux, Katrien; Lukančič, Majda M.; Susič, Antonija P. (2021): Implementation of Integrated Primary Care for Patients with Diabetes and Hypertension: A Case from Slovenia. In: International Journal of Integrated Care 21/3:1-10
- Klemenc - Ketis, Zalika; Terbovc, Alenka; Gomiscek, Bostjan; Kersnik, Janko (2015): Role of nurse practitioners in reducing cardiovascular risk factors: a retrospective cohort study. In: Journal of clinical nursing 24/21-22:3077-3083
- Kodner, D. L.; Spreeuwenberg, C. (2002): Integrated care: meaning, logic, applications, and implications--a discussion paper. In: Int J Integr Care 2/:e12
- L-ZK Wien (oJ): Landes-Zielsteuerungsübereinkommen 2024 – 2028 im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit der Landes-Zielsteuerungskommission des Wiener Gesundheitsfonds. Aufl. <https://www.wien.gv.at/pdf/ma24/gesundheitsfonds/landeszzielsteuerungsuebereinkommen-2024-2028.pdf> [Zugriff am 14.05.2025]
- Laurant, Miranda; van der Biezen, Mieke; Wijers, Nancy; Watananirun, Kanokwaroon; Kontopantelis, Evangelos; van Vught, Anneke JAH (2018): Nurses as substitutes for doctors in primary care. In: Cochrane Database of Systematic Reviews7:
- Lautenschläger, Sindy (2014): OPS-Ziffer 8.552: Therapeutische Pflege durch besonders geschultes Fachpersonal. Was ist das Therapeutische an der Pflege? In: Neurol Rehabil 20/3:142-152
- Lempp, Heidi; Baggott, Rhiannon; Scott, David L; Parker, Louise; Bosworth, Ailsa; Georgopoulou, Sofia; Firth, Jill (2020): The value, impact and role of nurses in rheumatology outpatient care: Critical review of the literature. In: Musculoskeletal care 18/3:245-255
- Lennox-Chhugani, N. (2021): Integrated Care - Defining for the Future through the Eye of the Beholder. In: Int J Integr Care 21/3:13

Liljeroos, Maria; Strömberg, Anna (2019): Introducing nurse-led heart failure clinics in Swedish primary care settings. In: European Journal of Heart Failure 21/1:103-109

Lincolnshire (oJ): Group Clinics. What Are Group Clinics [online]. Lincolnshire Training Hub Limited. <https://www.lincolnshiretraininghub.nhs.uk/video-group-clinics/> [Zugriff am 11.09.2025]

Lukewich, Julia; Asghari, Shabnam; Marshall, Emily Gard; Mathews, Maria; Swab, Michelle; Tranmer, Joan; Bryant-Lukosius, Denise; Martin-Misener, Ruth; Norful, Allison A.; Ryan, Dana; Poitras, Marie-Eve (2022): Effectiveness of registered nurses on system outcomes in primary care: a systematic review. In: BMC health services research 22/1:440

Mantovani, Maria de Fátima; Puchalski Kalinke, Luciana; Taís Mattei da Silva, Ângela; Perez Arthur, Juliana; Trindade Radovanovic, Cremilde Aparecida; Bortolato-Major, Carina (2021): Effectiveness of nursing case management versus usual care for blood pressure control in adults with hypertension: a systematic review. In: Investigacion y Educacion en Enfermeria 39/1:

McKeown, A.; Cliffe, C.; Arora, A.; Griffin, A. (2019): Ethical challenges of integration across primary and secondary care: a qualitative and normative analysis. In: BMC Med Ethics 20/1:42

Neurolaunch (2024): Nursing Therapy: Integrating Therapeutic Practices into Patient Care [online]. Neurolaunch. Gray Matter Matters. <https://neurolaunch.com/nursing-therapy/> [Zugriff am 17.09.2025]

OECD (2025): Does Healthcare Deliver?: Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS). Hg. v. Publishing, OECD, Paris

OECD & European Observatory on Health Systems and Policies (2023): State of Health in the EU. Portugal. Country Health Profile 2023. Hg. v. Organization, OECD and World Health. OECD Publishing,

ÖGCC (oJ-a): die ÖGCC. Was verstehen wir unter Care und Case Management [online]. Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management (ÖGCC). <https://www.oegcc.at/ueber-uns/die-oegcc/> [Zugriff am 22.04.2025]

ÖGCC (oJ-b): Grundlagenpapier. Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management (ÖGCC)

ÖGK; FH St. Pölten (2024): Pilotprojekt: Präventiv-medizinische Pflegevisiten – Wirkungen, Schnittstellen, Fallanalysen aus Sicht der beteiligten Professionen und Patient*innen. Endbericht - Version 3.0.

Oostra, Dorien L.; Nieuwboer, Minke S.; Janssen, Jeroen H. S.; Olde Rikkert, Marcel G. M.; Valentijn, Pim P.; Perry, Marieke (2023): Construct Validation of the Rainbow Model of Integrated Care Measurement Tool in Dutch Primary Care for Older Adults. In: International Journal of Integrated Care 23/1:9

Ordem dos Enfermeiros (oJ): Especialização em Enfermagem Comunitária [online]. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/especializa%C3%A7%C3%A3o-em-enfermagem-comunit%C3%A1ria/> [Zugriff am 25.07.2025]

Paier-Abuzahra, Muna; Posch, Nicole; Jeitler, Klaus; Semlitsch, Thomas; Radl-Karimi, Christina; Spary-Kainz, Ulrike; Horvath, Karl; Siebenhofer, Andrea (2024): Effects of task-shifting from primary care physicians to nurses: an overview of systematic reviews. In: Human resources for health 22/1:74

Petek, Cäcilia; Rottenhofer, Ingrid; Rappold, Elisabeth et al. (2011): Kompetenzmodell für Pflegerberufe in Österreich. Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband, Graz

Pflegefondsgesetz - PFG (2011): Bundesgesetz, mit dem ein Pflegefonds eingerichtet und ein Zweckzuschuss an die Länder zur Sicherung und zum bedarfsgerechten Aus- und Aufbau des Betreuungs- und Pflegedienstleistungsangebotes in der Langzeitpflege für die Jahre 2011 bis 2028 gewährt wird (Pflegefondsgesetz - PFG). § 3 Widmung des Zweckzuschusses, in der geltenden Fassung

Plano Nacional de Saude 2030 (oJ): PNS 2030 [online]. Direção-Geral da Saúde. <https://pns.dgs.pt/pns-2021-2030/plano-nacional-de-saude/> [Zugriff am 20.07.2025]

Plattform Primärversorgung (2022): PVE-Berufsgruppen-Factsheets. Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege. Anhang zum Handbuch – Organisations-Aspekte – PVE-Berufsgruppen-Factsheets V2. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Gesundheit Österreich GmbH

Plattform Primärversorgung (2025): Gesundheit geht gemeinsam [online]. Gesundheit Österreich GmbH (GÖG). <https://primaerversorgung.gv.at/> [Zugriff am 25.07.2025]

Pölzl, Gerhard (2016): Beschreibung des Behandlungsprozesses inkl. Beschreibung der Aufgaben der Netzwerkärztinnen und Netzwerkärzte, der HI-Pflegekräfte und der Koordinatorin, . Hg. v. Tirol, HerzMobil. Aufl. Version 5, 05.12.2016

Pratscher, Kurt (2023): Betreuungs- und Pflegedienste der Bundesländer im Jahr 2022 In: Statistische Nachrichten Soziales 2024/02:119-135

Primärversorgungsgesetz - PrimVG (2017): Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten (Primärversorgungsgesetz – PrimVG). § 3 Öffentliches Interesse. BGBl. I Nr. 131/2017, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 191/2023.

Read, Donna M. Y.; Dalton, Hazel; Booth, Angela; Goodwin, Nick; Hendry, Anne; Perkins, David (2019): Using the Project INTEGRATE Framework in Practice in Central Coast, Australia. In: International Journal of Integrated Care 19/2:10

Sackl, Anita; Stulik, Barbara; Weißenhofer, Sabine (2023): Pflege - und Betreuungsstruktur in Österreich. Pflegereporting: Daten 2021. Gesundheit Österreich, Wien

Savarese, Gianluigi; Lund, Lars H.; Dahlström, Ulf; Strömberg, Anna (2019): Nurse-Led Heart Failure Clinics Are Associated With Reduced Mortality but Not Heart Failure Hospitalization. In: Journal of American Heart Association 8/10:e011737

Schaeffer, Doris; Moers, Martin (2008): Schwerpunkt: Bewältigung chronischer Krankheit. Überlebensstrategien - eine Phasenmodell zum Charakter des Bewältigungshandelns chronisch Erkrankter In: Pflege & Gesellschaft 13/1:447-483

Schreiber, Christian; NÖ Landes-Zielsteuerungskommission (2017): Niederösterreichische Demenzstrategie. Teilprojekt „Niederschwelliges Demenz-Service“: Umsetzungs-/ Projektbegleit-Handbuch Aufl. Version 2.1./ Mai 2017

Schulc, Eva; Messina, Chiara (2023): Praxishandbuch zur Etablierung eines gemeindenahen Care- und Case-Managements in Tirol. UMIT Tirol unter Mitarbeit des Landesinstitut für integrierte Versorgung (LIV) Tirol, Innsbruck

Scruggs, Brenda (2009): Chronic Health Care: It Is So Much Different Than Acute Health Care—Or It Should Be. In: Home Health Care Management & Practice 22/1:43-48

Stemmer, Renate; Bott, Sabine; Brehm, Lara; De Paula Souza, Thaís; Drevermann, Ute; Gerz, Maria; Hentel, Ingo; Kopp, Ines; Leyendecker, Christine; Petri, Sophie; Salbach, Corinna; Schüßler, Nicole; Strunk-Richter, Gerlinde (2024): Advanced Practice Nurses in der Hausarztpraxis – Aufgabenprofil. Hg. v. Mainz, Katholische Hochschule

Stemmer, Renate; Wöhrle, Olivia; Klein, Joachim; Strunk-Richter, Gerlinde (2023): FAMOUS—der Einsatz von Advanced Practice Nurses in der Primärversorgung von Patient:innen mit Multimorbidität. In: Gesundheits- und Sozialpolitik (G&S) 77/2:13-19

Stewart, David; Schober, Madrean; Catton, Howard (2024): Nursing and Primary Health Care. Towards the realization of Universal Health Coverage. A discussion paper. Nurses, ICN - International Council of. ICN - International Council of Nurses, Schweiz

Strömberg, Anna; Mårtensson, Jan; Fridlund, Bengt; Levin, L-Å; Karlsson, Jan-Erik; Dahlström, Ulf (2003): Nurse-led heart failure clinics improve survival and self-care behaviour in patients with heart failure: results from a prospective, randomised trial. In: European heart journal 24/11:1014-1023

Sturm, M.; Bahrs, O.; Kalitzkus, V.; D., Jobst.; Raderschatt, B.; Schäfer, H. (2006): Komplexe Ursachen chronischer Krankheiten erkennen und gesundheitsfördernde Leistungen erbringen. In: Hausärztliche Patientenversorgung Konzepte – Methoden – Fertigkeiten. Hg. v. Sturm, Eckart; Bahrs, Ottomar; Dieckhoff, Diedrich; Göpel, Eberhard; Sturm, Michael. Aufl. 1. Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart

Susič, Antonija Poplas; Švab, Igor; Klemenc-Ketis, Zalika (2018): Case Study and Lessons Learnt. Upgrading the model of care in family medicine: a Slovenian example. In: Public Health Panorama 4/4:550-555

Svab, Igor; Kersnik, Janko (2013): The project of model practices in family medicine in Slovenia. In: Slovenian Medical Journal 82/10:635-647

Valentijn, Pim P. (2016): Rainbow of Chaos: A study into the Theory and Practice of Integrated Primary Care. In: International Journal of Integrated Care 2/16:

Valentijn, Pim P.; Angus, Lisa; Boesveld, Inge; Nurjono, Milawaty; Ruwaard, Dirk; Vrijhoef, Hubertus (2017): Validating the Rainbow Model of Integrated Care Measurement Tool: results from three pilot studies in The Netherlands, Singapore and Australia. In: International Journal of Integrated Care 17/3:91-

Valentijn, Pim P.; Kerkhoven, Marcel; Heideman, Jantien; Arends, Rosa (2021): Cross-sectional study evaluating the association between integrated care and health-related quality of life (HRQOL) in Dutch primary care. In: BMJ Open 11/4:e040781

Valentijn, Pim P.; Schepman, Sanneke M.; Opheij, Wilfrid; Bruijnzeels, Marc A. (2013): Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. In: International Journal of Integrated Care 13/:e010

WHO (2015): WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026. Executive Summary. Placing people and communities at the centre of health services. World Health Organisation

WHO (2017): Enhancing the role of community health nursing for universal health coverage. Human Resources for Health Observer Series No 18. Hg. v. World Health Organisation

WHO (2018): A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Hg. v. (UNICEF), World Health Organization and the United Nations Children's Fund. 8 (WHO/HIS/SDS/2018.15). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO., Geneva

WHO (2020): Competencies for nurses working in primary health care. Hg. v. World Health Organization. Regional Office for Europe, Copenhagen

WHO (2021): Framework for countries to achieve an integrated continuum of long-term care. Hg. v. World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, Geneva

WHO (2024): Noncommunicable diseases [online]. World Health Organization,. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> [Zugriff am 02.06.2025]

Anhang

Präventiv-medizinische Pflegevisiten der Community Nurses in Judenburg

Bei diesem Projekt wurde durch die FH St. Pölten im Auftrag von sowie in Kooperation mit der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) anhand von Interviews mit Patientinnen und Patienten, beteiligten Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern sowie Community Nurses eine deskriptive Grundlagenarbeit erstellt. Darüber hinaus wurden ausgewählte Dokumentationsdaten von der ÖGK ausgewertet.

Es zeigte sich, dass die Community Nurses eine „zentrale Rolle zwischen Krankenhäusern, Hausärztinnen und -ärzten sowie Pflege- und Sozialdiensten einnehmen, indem sie Schnittstellenprobleme in der Erstversorgung kompensieren und Rückeinweisungen verhindern. Sie sind stark in das Gesundheitsmanagement eingebunden und unterstützen sowohl Einzelpersonen als auch Familien, um deren Gesundheitszustand zu erhalten oder zu verbessern.“ Bezogen auf den Umgang mit chronischen Erkrankungen wurde durch regelmäßige Hausbesuche eine kontinuierliche Betreuung, die für ältere und chronisch kranke Patientinnen und Patienten oft schwer zugänglich ist, gewährleistet. Dies trägt erheblich zur Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten bei. Zudem schulen sie Angehörige und beziehen sie in die Versorgung ein, um eine ganzheitliche Betreuung zu gewährleisten. Durch umfassende Assessments ermitteln sie den Unterstützungsbedarf und die notwendigen Ressourcen, um Insolation und Einsamkeit zu vermeiden und die Selbstständigkeit der Patientinnen und Patienten zu fördern. Sie reagieren schnell und niederschwellig auf individuelle Bedürfnisse und sind insbesondere an Tagesrandzeiten nach Ende der ärztlichen Ordination eine wichtige Anlaufstelle, um Hospitalisierungen zu vermeiden.

Das Durchschnittsalter jener 126 Patientinnen und Patienten, die präventiv-medizinische Pflegevisiten mit einer Intervention laut § 15 GuKG im Zeitraum 1. Mai 2022 bis 31. Dezember 2023 erhalten haben, liegt bei rund 78 Jahren, der Median bei 82 Jahren. Fast zwei Drittel dieser Personen waren auf ein externes Transportmittel angewiesen oder in ihrer Mobilität eingeschränkt.

Durchschnittlich hatten jene Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer chronischen Erkrankung betreut wurden, rund 5 Kontakte mit den Community Nurses. Die Dauer eines Hausbesuches lag im Durchschnitt bei 68 Minuten. Am häufigsten wurden Erkrankungen des Kreislaufsystems (z. B. Arrhythmien, Herzinsuffizienz, Hypertonie, ischämische Herzkrankheit, Schlaganfall, Vorhofflimmern), Erkrankungen des Urogenitalsystems (z. B. benigne Prostatahyperplasie, chronische Nierenkrankheit, funktionelle Blasenstörung, Nierentransplantation, Zustand nach Blasenoperation), psychische Störungen (z. B. Alkoholabhängigkeit, Demenz, Depression, Drogenmissbrauch), Stoffwechsel- oder endokrine Krankheiten (z. B. Diabetes mellitus, Gicht, Osteoporose) als Hauptdiagnosen dokumentiert.

Die Leistungsbereiche, die im Zusammenhang mit den präventiv-medizinischen Pflegevisiten dokumentiert wurden, sind in nachfolgender Tabelle dargestellt.

Tabelle 4: Aufgabenbereiche und Beschreibung des Projekts präventiv-medizinische Pflegevisiten der Community Nurses in Judenburg

Aufgabenbereich	Beschreibung	Kontaktart
Monitoring, Erhebung und Evaluierung	<ul style="list-style-type: none"> • erstmalig als Anamnesemaßnahme zur Erhebung des persönlichen Pflege-, Betreuungs- bzw. Versorgungsbedarfs oder nach ärztlicher Anordnung zur Überprüfung des aktuellen Gesundheitszustands (körperliche Untersuchung) • wiederkehrend, regelmäßig oder anlassbezogen als Verlaufskontrolle mit unterschiedlichen Zielrichtungen wie z. B. zur Überprüfung, ob eine Intervention gewirkt hat, oder um zu evaluieren, ob mit den Patientinnen und Patienten vereinbarte Ziele und Maßnahmen umgesetzt wurden, oder durch ein spezifisches Assessment auf ein akut auftretendes Ereignis zu reagieren 	persönlicher Besuch in der Praxis oder als Hausbesuch
Patientenedukation: Information, Beratung, Schulung	<ul style="list-style-type: none"> • Wissensvermittlung an Patientinnen und Patienten oder deren Zu- und Angehörige bzw. Betreuungspersonen • zum Symptom- und Krankheitsmanagement • zu medizinischen Interventionen 	persönlicher Besuch in der Praxis oder als Hausbesuch
Koordination: Fallbesprechung mit anderen Gesundheitsdiensteanbieterinnen und -anbietern (GDA)	<p>Folgende GDA wurden genannt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hausärztinnen und -ärzte • stationäre/teilstationäre Pflege- und Betreuungseinrichtung • mobile Pflege- und Betreuungsdienste • andere Sozialdienstleister:innen • andere GDA • Krankenhaus 	persönlich oder telefonisch
Vernetzung: Vermittlung zu und Koordination mit Angehörigen anderer Gesundheits- und Sozialberufe	<ul style="list-style-type: none"> • Maßnahmen im Zuge der Begleitung und Behandlung einer chronischen Erkrankung • Maßnahmen im Zuge anderer Zielsetzungen bei der Versorgung, z. B. Gesundheitsmanagement mit Fokus auf Verbesserung des Gesundheitszustands • Vermittlung eines individuell angepassten Pflege- und Betreuungsarrangements • Weitervermittlung zu Leistungen anderer GDA • Social Prescribing • Rettungstransport inkl. Notfallmanagement 	persönlich oder telefonisch
Pflegeintervention nach § 15 GuKG / medizinisch-pflegerische Interventionen	<p>Hier wurden folgende Interventionen dokumentiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Blutentnahme • Anpassung von medizinisch-therapeutischen Interventionen • Katheter setzen/entfernen • Verbandanlage bzw. -wechseln • Verabreichung von Arzneimitteln • Verschreibung von Heilbehelfen/Hilfsmitteln • Schnelltest/Point-of-Care-Test oder dgl. 	persönlicher Besuch in der Praxis oder als Hausbesuch

Quelle: ÖGK et al. (2024); Darstellung: ÖGK

Chronikerprogramme für Primärversorgungseinheiten (PVE) in der Steiermark

Vom Gesundheitsfonds Steiermark und dem Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung der Medizinischen Universität Graz wurde für sechs verschiedene Krankheitsbilder (arterielle Hypertonie, koronare Herzkrankheit, COPD, Asthma, Osteoporose, Depression) ein Workflow zur optimierten Betreuung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen erstellt, die in den steirischen PVE zur Anwendung kommen. Im „Handbuch für diplomierte Pflegekräfte“ werden der Workflow in der PVE sowie die einzelnen Aufgaben je Krankheitsbild erläutert. Nach dem Erstkontakt durch eine Ärztin oder einen Arzt, bei der bzw. dem der Einschluss in das Programm geklärt wird, erfolgt die weitere Betreuung vorrangig durch die diplomierte Pflegeperson, die anlassbezogen eine Ärztin bzw. einen Arzt hinzuziehen kann.

Je nach Krankheitsbild werden spezifische Aufgaben und Leistungen für die diplomierte Pflegeperson definiert. Die folgende Tabelle gibt einen aggregierten Überblick.

Tabelle 5: Aufgabenbereiche und Beschreibung des Projektes „Chronikerprogramme für PVE in der Steiermark“

Aufgabenbereich	Beschreibung	Kontaktart
Anamnese	<ul style="list-style-type: none"> • Erhebung von körperlichen Symptomen • Vor- und/oder Begleiterkrankungen • ggf. Familienanamnese • Medikamentenanamnese/Dauermedikation/ Medikamentenadhärenz • ggf. Erhebung des Impfstatus • Lebensstil • Schmerzen, funktionale Auswirkungen der Erkrankung • Klassifikation des Schweregrads einer Erkrankung • emotionale und psychische Aspekte • Ermittlung von Risikofaktoren 	Erstvorstellung persönlich
Basisuntersuchung	<ul style="list-style-type: none"> • Blutdruck und Puls • Körpergröße, Gewicht > BMI, Taillenumfang • EKG • Laboruntersuchungen (z. B. Blutbild, Blutfette, Nüchternblutzucker, Harnsäure usw.) bzw. bei Auffälligkeiten spezifische Laborwerte • Risikoeinschätzung anhand von Scores • spezifische Untersuchungen und Test je nach Krankheitsbild (z. B. Spirometrie, Pulsoxymeter, Belastungsfähigkeit) 	Erstvorstellung persönlich
Beratung	<ul style="list-style-type: none"> • Information und Aufklärung über die Erkrankung selbst • pflegerische Beratung/Anleitung/Schulung anhand individueller Ressourcen und Problemstellungen • Vermittlung von Schulungsangeboten • Information über Lebensstilfaktoren und Risikominimierung • Anleitung zur Symptomerleichterung je nach Krankheitsbild (z. B. Atemübungen, Hustentechnik, atemerleichternde Körperhaltungen) • ggf. Motivation zur Verhaltensänderung • Einschulung in die Anwendung regelmäßiger Maßnahmen zu Hause (z. B. Blutdruckmessung, Inhalationstechniken, Anwendung des Sauerstoffgeräts) • Information über weiterführende/ergänzende (fach)ärztliche Untersuchungen 	Erstvorstellung persönlich
Kontrolluntersuchung	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnese (z. B. subjektives Befinden / Änderung gegenüber Erstuntersuchung, Ziele/ Erwartungen der Patientinnen und Patienten, nachgeholte Untersuchungen, Änderungen zur Erstvorstellung) • Untersuchung (Blutdruck, Puls, EKG, BMI/Taillenumfang, Labor etc.) • Überprüfung der durchgeführten Maßnahmen durch die Patientinnen bzw. Patienten zu Hause (z. B. Blutdruckmessung) 	

Quelle: Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung (IAMEV) et al. (2024); Darstellung: ÖGK

HerzMobil (Tirol, Steiermark, Kärnten, Niederösterreich) sowie Kardiomobil (PLUS) (Salzburg)

Das Ziel des Projekts „HerzMobil“ sowie des vergleichbaren Angebots „Kardiomobil (PLUS)“ ist, chronisch kranke Menschen mit Herzinsuffizienz nach einer Krankenhausentlassung strukturiert zu versorgen und die Erkrankung nachhaltig zu stabilisieren. Dabei kommen E-Health-Anwendungen mit Telemonitoring-Systemen zum Einsatz. In der poststationären Phase wird die Nachbetreuung der Patientinnen und Patienten im niedergelassenen Bereich von definierten Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin oder von Fachärztinnen und -ärzten für Innere Medizin (sogenannten Netzwerkärztinnen und -ärzten) sowie von diplomierten HerzMobil-Pflegepersonen durchgeführt.

Die eingesetzten Pflegepersonen haben eine Weiterbildung im Zusammenhang mit einer Herzinsuffizienzberatung oder eine entsprechende Ausbildung im Bereich Kardiologie / Innere Medizin absolviert oder besitzen die Bereitschaft, dies zu tun.

Nach der Aushändigung des Gerätesets, mit dem die erforderlichen Messparameter erfasst werden, erfolgt eine Einweisung in die Handhabung des Geräts durch die betreuende diplomierte Pflegeperson und es werden erste Messungen und die Datenerfassung durchgeführt.

Nach erfolgter Entlassung aus dem Krankenhaus und der Erstuntersuchung durch die Netzwerkärztin bzw. den Netzwerkarzt wird in Form eines Hausbesuches eine krankheitsspezifische Schulung durch die Pflegeperson durchgeführt und die ordnungsgemäße Einnahme der verordneten Medikamente kontrolliert. Innerhalb der nächsten drei Monate sind regelmäßige telemedizinische und telepflegerische Kontaktaufnahmen und bei Bedarf eine persönliche Kontaktaufnahme bei den Patientinnen und Patienten zu Hause vorgesehen (AVOS oJ; Fasching et al. 2024; Frank et al. 2025; Pölzl 2016).

Folgende in der Tabelle 6 dargestellten Aufgaben erbringt die DGKP bei „HerzMobil“:

Tabelle 6: Aufgabenbereiche und Beschreibung des Projekts „HerzMobil“

Aufgabenbereich	Beschreibung	Kontaktart
Telemonitoring	<ul style="list-style-type: none"> • Vitalwerte überwachen • Datenauswertung, regelmäßige Kontrolle und Rückmeldung an Netzwerkärztein bzw. -arzt • bei Bedarf (z. B. bei Auffälligkeiten) Rücksprache mit Patientinnen bzw. Patienten, Durchführung von Hausbesuchen, Information an Netzwerkärztein bzw. -arzt 	telemedizinisch, ggf. persönlich
Schulung/Beratung	<ul style="list-style-type: none"> • Patientinnen, Patienten und Angehörige über die Erkrankung und den Umgang mit der Erkrankung im Alltag informieren, beraten oder sie dafür schulen (laut Schulungsleitfaden) • Patientinnen, Patienten und ggf. Angehörige für die Anwendung und Handhabung der Geräte sowie die Durchführung der Messungen und täglichen Datenerfassung schulen (Übernahmevereinbarung für Geräte, Patientenfragebogen, Informationsbroschüren) • Anleitung zu Bewegung, Gewichts- und Symptomkontrolle • bei Bedarf auf Patientenkontakt reagieren und Feedback an Patientinnen und Patienten geben 	persönlich
Medikamentenmanagement	<ul style="list-style-type: none"> • Mitwirkung in der Einstellungsphase der Medikation (in ärztlicher Absprache) • ordnungsgemäße Einnahme der verordneten Medikamente 	
Hausbesuch	<ul style="list-style-type: none"> • Einschulung in die verwendeten Geräte • Krankheitsmanagement • Vereinbarung von individuellen Zielen mit den Patientinnen und Patienten • Überprüfung der Zielerreichung gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten • bei Bedarf zeitnahe Reaktion bei Auffälligkeiten und Kontaktaufnahme mit Netzwerkärztein bzw. -arzt • Abschlussgespräch mit Patientinnen und Patienten durchführen 	persönlich, regelmäßig oder bei Bedarf
Netzwerkkoordination	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikation zwischen Krankenhaus, Hausärzten und -ärzten, Netzwerkärzten und -ärzten sowie involvierten Expertinnen und Experten • Netzwerkärztein bzw. -arzt / Spitalsärztein bzw. -arzt individuell festlegen/auswählen und informieren, Hausärztein bzw. -arzt und ggf. die Internistin bzw. den Internisten informieren • Festlegung bzw. Anpassungen von Grenzwerten der Messparameter in Absprache mit der Klinikärztein bzw. dem Klinikarzt • Erstuntersuchungstermin bei Netzwerkärztein bzw. -arzt vereinbaren sowie Patientinnen und Patienten informieren • Follow-up-Prozess nach 12 Monaten erläutern • Informationen und Kommunikationsergebnisse im Dokumentationssystem dokumentieren • bei Bedarf (bspw. bei Auffälligkeiten) Information an die Netzwerkärztein bzw. den -arzt 	persönlich, telefonisch, elektronisch

Quellen: Fasching et al. (2024); Frank et al. (2025); Pölzl (2016); Darstellung: ÖGK

Demenz-Service Niederösterreich

Im Jahr 2016 wurde im Rahmen der Niederösterreichischen Demenzstrategie beschlossen, dass das Projekt Demenz-Service Niederösterreich umgesetzt werden soll. Dabei soll für Personen mit einer demenziellen Beeinträchtigung und für deren An- bzw. Zugehörige ein flächendeckendes Angebot mit möglichst geringen Zugangsbeschränkungen zur Verfügung stehen. Information, Beratung und Schulung stehen dabei im Vordergrund.

Neben der Demenz-Hotline, die niederösterreichweit über Anlaufstellen zu Diagnose, Behandlung, Unterstützungs- und Entlastungsangeboten informiert, werden in den eigenen vier Wänden oder in den Demenz-Infopoints in den 24 Kundenservice-Stellen der ÖGK persönliche und individuelle Beratungen angeboten. Aufgrund der einschlägigen Erfahrung in Kombination mit speziellem Wissen zur Demenzerkrankung werden bei den speziellen Demenzberatungen vorrangig diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen sowie Angehörige der Pflegefachassistenz und diplomierte Sozialbetreuer:innen als primäre Akteurinnen und Akteure angeführt. Weitere Berufsgruppen sind vermehrt bei Informationsveranstaltungen eingesetzt (Schreiber et al. 2017).

Folgende Aufgaben erbringt die DGKP:

Tabelle 7: Aufgabenbereiche und Beschreibung des Projekts „Demenzservice Niederösterreich“

Aufgabenbereich	Beschreibung	Kontaktart
Information	<ul style="list-style-type: none"> Weitergabe von Gesundheits- und Sozialinformationen (z. B. „Umgangsempfehlungen“) an Betroffene sowie An- und Zugehörige in Form von Informationsveranstaltungen, Foldern bzw. Unterlagen Informationen über Krankheit und Verlauf, Pflegeeinrichtungen bzw. -angebote (z. B. Kurzzeit- / Tages- / 24-h- / stationäre Pflege / Hospiz), finanzielle Entlastung und Förderung (z. B. Pflegegeld und Pflegekarenz, Selbsthilfegruppen, rechtliche Aspekte etc.) 	
Analyse des Ist-Zustands	<ul style="list-style-type: none"> Erkennen von Verdachtsmomenten, Problemdarstellung für Betroffene und deren An- und Zugehörige sowie Analyse des sozialen Umfelds Erstellung einer Sozial-/Pflegeanamnese Anwendung von Instrumentarien (z. B. Uhrentest) 	Erstgespräch
Beratung	<p>Unterstützung, um</p> <ul style="list-style-type: none"> fachgerechte und wohlüberlegte Entscheidungen zu treffen Selbstversorgungskompetenz zu entwickeln Probleme zu erkennen und darauf zu reagieren Antworten auf persönliche Fragen zu bekommen Ansprechpartner:innen zu finden 	persönliches Gespräch
Schulung	<ul style="list-style-type: none"> individualisierte Handlungsempfehlungen zu Deeskalationsmöglichkeiten, individualisierte Problemlösungsprozesse und Aktivierungsmöglichkeiten Training von Verhaltensweisen und Fertigkeiten im Umgang mit demenzkranken Menschen 	persönlich
dispositive Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> Datendokumentation über die bzw. den Betroffene:n, das soziale Umfeld, Erkrankungen, Anamnese Servicekoordination im Sinne einer anlass- und fallbezogenen Kommunikation mit Partnerinnen und Partnern im Netzwerk: mit Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern, Fachärztinnen und -ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten, Sozialarbeiterinnen und -arbeiteuren, mobiler und stationärer Pflege 	
nicht umfasste Leistungen	<p>Leistungen, die in der Initialphase nicht berücksichtigt wurden:</p> <ul style="list-style-type: none"> Netzwerkkoordination Case Management Primärprävention und Therapie 	

Quelle: Schreiber et al. (2017); Darstellung: ÖGK

Literatur

AVOS (oJ): Kardiomobil (PLUS) [online]. AVOS – Gesellschaft für Vorsorgemedizin GmbH.
<https://www.gesundessalzburg.at/avos/was-wir-tun/praeventionsprojekte/kardiomobil/>
[Zugriff am 28.10.2025]

Fasching, T.; Grübler, M.; Hütter, W.; Materna, U.; Landesklinikum Wiener Neustadt (2024): HerzMobil NÖ – Begleitende Prozessbeschreibung zum Pilotprojekt Landesklinikum Wr. Neustadt. Start: 01072025, Stand: 27062025

Frank, Almut; Mayer, S.; Pötz, Stefan; Taucher, Bernardette (2025): HerzMobil Steiermark: Prozesse Version 2025. Erstellungsdatum: 03062025. Hg. v. Steiermärkische Krankenanstalten-gesellschaft m.b.H

Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung (IAMEV); Medizinische Universität Graz (2024): Handbuch für diplomierte Pflegekräfte – Chronikerprogramme. Arterielle Hypertonie, Koronare Herzkrankheit, COPD, Asthma, Osteoporose, Depression. . Hg. v. Steiermark, Gesundheitsfonds. Aufl. Stand: 02/2024

ÖGK; FH St. Pölten (2024): Pilotprojekt: Präventiv-medizinische Pflegevisiten – Wirkungen, Schnittstellen, Fallanalysen aus Sicht der beteiligten Professionen und Patient*innen. Endbericht - Version 3.0.

Pölzl, Gerhard (2016): Beschreibung des Behandlungsprozesses inkl. Beschreibung der Aufgaben der Netzwerkärztinnen und Netzwerkärzte, der HI-Pflegekräfte und der Koordinatorin, . Hg. v. HerzMobil Tirol. Aufl. Version 5, 05.12.2016

Schreiber, Christian; NÖ Landes-Zielsteuerungskommission (2017): Niederösterreichische Demenzstrategie. Teilprojekt „Niederschwelliges Demenz-Service“: Umsetzungs-/ Projektbegleit-Handbuch Version 21/ Mai 2017