

Primärversorgung in Österreich: Vom Reformwillen zur schrittweisen Umsetzung

Während in Deutschland noch intensiv darüber diskutiert wird, wie die Primärversorgung angesichts des demografischen Wandels und des zunehmenden Fachkräftemangels gestärkt werden kann, ist Österreich bereits weiter. Dort besteht längst ein breiter Konsens darüber, dass die traditionellen Versorgungsstrukturen den zukünftigen Anforderungen allein nicht mehr gerecht werden. Entscheidend ist in Österreich jedoch: Auf die Analyse folgten konkrete Reformen – und deren Umsetzung läuft bereits seit einem Jahrzehnt.



Die Teilnehmenden der Studienreise beim Besuch einer Primärversorgungseinheit in Wien.

Ausgangspunkt der Reformen waren ähnliche Herausforderungen wie in Deutschland: eine alternde Bevölkerung, ein zunehmender Mangel an Gesundheitsfachkräften sowie veränderte Erwartungen an Arbeitsbedingungen und Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben.

Primärversorgungseinheiten als zentrales neues Versorgungsmodell

Die zentrale Antwort Österreichs auf diese Herausforderungen sind die sogenannten Primärversorgungseinheiten (PVE). Mit dem Primärversorgungsgesetz von 2017 wurde die rechtliche Grundlage geschaffen, um multiprofessionelle Versorgungszentren systematisch aufzubauen. Heute existieren bereits 116 solcher Einrichtungen. Das Ziel des Österreichischen Gesundheitsministeriums ist bis zum Jahr 2030 österreichweit 257 PVE zu schaffen. Für Deutschland würde das entsprechend auf die höhere Bevölkerung übertragen, die Schaffung von über 2.000 PVE bedeuten.

Besonders bemerkenswert ist die konsequente Förderung multiprofessioneller Zusammenarbeit. Kennzeichnend für die PVE ist entsprechend ein verpflichtendes Kernteam, das je nach regionalem Bedarf um weitere Berufsgruppen ergänzt werden kann. Neben Ärzt:innen gehören Pflegefachpersonen, Sozialarbeitende oder andere Gesundheitsberufe zum Versorgungsteam. Die Trägerschaft kann dabei sehr unterschiedlich ausgestaltet sein – von ärztlichen Trägern über Kommunen bis hin zu gemeinnützigen Organisationen oder Krankenhausbetreibern. Private-Equity-Modelle sind hingegen ausgeschlossen. Gemeinwohlorientierung ist ausdrücklich Voraussetzung.

Gründungsprozesse werden aktiv durch Beratung, Schulungen und spezielle Förderprogramme unterstützt. Ziel ist nicht allein die Sicherstellung der heutigen Versorgung, sondern der Aufbau einer tragfähigen Struktur für zukünftige Reformschritte im Gesundheitswesen.

Österreich setzt auf langfristige Strategie statt kurzfristigen Einzelmaßnahmen

Österreichs Reformweg zeigt, wie politische Zielsetzungen, gesetzliche Rahmenbedingungen und finanzielle Förderung zusammenwirken können. Der Entwicklungsprozess begann bereits 2013, ein erstes Konzept wurde 2014 vorgestellt, bevor 2017 die gesetzliche Verankerung erfolgte. Internationale Empfehlungen von WHO, OECD und EU wurden dabei gezielt aufgegriffen.

Für die Umsetzung standen erhebliche Fördermittel zur Verfügung. Allein über den europäischen Recovery and Resilience Fund wurden 100 Millionen Euro für den Ausbau der Primärversorgung bereitgestellt. Neue Primärversorgungseinheiten konnten Investitionsförderungen von bis zu 1,6 Millionen Euro erhalten.

Trotz anfänglicher Widerstände – insbesondere seitens der Ärztekammer, die den Verlust klassischer Einzelpraxen befürchtete – hat sich das Modell inzwischen etabliert. Rund zehn Prozent aller Behandlungsfälle werden heute bereits in Primärversorgungseinheiten versorgt.

Primärversorgungseinheiten sind mehr als eine medizinische Versorgung



Ein weiterer interessanter Aspekt ist die stärkere Verbindung von Gesundheits- und Sozialwesen. Konzepte wie „Social Prescribing“, also auch nicht-medizinische Bedarfe zu adressieren und Patient:innen an soziale Angebote zu vermitteln, werden gezielt in die Primärversorgung integriert. Dabei unterstützen insbesondere Sozialarbeit und Pflegefachpersonen, Patient:innen an psychosoziale Beratungsangebote, Bewegungsprogramme oder soziale Unterstützungsangebote weiterzuvermitteln. Die Erfahrungen zeigen, dass ein erheblicher Teil der Bedarfe auf diese Weise adressiert werden kann und keine klassische medizinische Behandlung benötigt. Sozialarbeit ist entsprechend ein verpflichtender Bestandteil der Versorgung in PVE, flache Hierarchien prägen die Teamarbeit und unterschiedliche Berufsgruppen arbeiten eng zusammen.

Die Primärversorgungseinheiten sind einladend gestaltet und verbinden Gesundheits- und Sozialangebote.

Erste Ergebnisse machen Mut

Evaluationen der österreichischen Primärversorgung liefern bereits positive Hinweise. Beobachtet werden unter anderem weniger Facharztkontakte, weniger Krankenhausaufnahmen und eine geringere Multimedikation. Gleichzeitig trägt die Arbeit in multiprofessionellen Teams dazu bei, die Attraktivität der Versorgungseinrichtungen als Arbeitsplatz zu erhöhen.

Österreich hat damit nicht alle Herausforderungen des Gesundheitswesens gelöst. Die Reform zeigt jedoch, dass der Ausbau einer starken Primärversorgung mehr erfordert als politische Absichtserklärungen: klare gesetzliche Rahmenbedingungen, gezielte finanzielle Förderung, multiprofessionelle Zusammenarbeit und den Mut, neue Versorgungsformen konsequent umzusetzen. Gerade vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und des Fachkräftemangels bietet dieser Weg auch für Deutschland interessante Impulse.

Primärversorgung eröffnet auch neue Perspektiven für Pflegefachpersonen

Auch in Deutschland wird aktuell über Gesetzesentwürfe zur Primärversorgung geredet, wenn auch ein Jahrzehnt später als in Österreich. Für Pflegefachpersonen bieten Primärversorgungscentren die Chance, stärker entsprechend ihrer Qualifikation und ihrer fachlichen Kompetenzen in der Versorgung einen Auftrag zu erfüllen. Sie können – an multiprofessionelle Teams angebunden – eigenverantwortlich Aufgaben in der Beratung, Prävention, Gesundheitsförderung, Versorgung chronisch erkrankter Menschen und im Versorgungsmanagement übernehmen. Besonders für Community Health Nurses und Advanced Practice

Nurses entstehen damit neue, anspruchsvolle Tätigkeitsfelder mit größerer beruflicher Autonomie und Verantwortung.

Für den DBfK sind Pflegefachpersonen ein zentraler Bestandteil einer modernen Primärversorgung. Den geeigneten Rahmen dafür schaffen Primärversorgungszentren, in denen medizinische, pflegerische, therapeutische und soziale Kompetenzen zusammengeführt werden. Damit eröffnen sich nicht nur neue Versorgungsperspektiven für die Bevölkerung, sondern auch attraktive Karriere- und Entwicklungsmöglichkeiten für die Profession Pflege. Voraussetzung ist allerdings, dass Pflegefachpersonen einen klar definierten Aufgabenbereich erhalten und ihre Kompetenzen tatsächlich eigenverantwortlich einsetzen dürfen. Der Gesetzgeber ist also gefordert, den gesetzlichen Rahmen für eine multiprofessionelle Primärversorgung zu setzen. Dieser Weg muss konsequent und mit einer langfristigen Strategie gegangen werden, das können wir aus Österreich lernen.

Ingo Böing, DBfK-Referent

Der Beitrag basiert auf Eindrücken und Fachgesprächen im Rahmen einer Studienreise des Bundesverbands Managed Care (BMC) nach Wien im Juni 2026.

Mehr zum Thema in dieser Ausgabe:

Zwei Webtalks zur Primärversorgung: Community Health Nursing im Fokus

Wiesbadens erster Gesundheitskiosk öffnet sein Türen

Dieses PDF wird automatisch auf Basis der aktuellen Daten erstellt, dadurch können Seitenumbrüche möglicherweise nicht optimal erfolgen.
