

Primärversorgung - Berufsgruppen und Kompetenzprofile

Kompetenzprofile Kernteam

**Bundes-Zielsteuerungsvertrag (2013-2016):
operatives Ziel 6.3.1., Maßnahme 2**

**Als Grundlage für weitere Arbeiten zum
Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene (2017–2021):
operatives Ziel 2, Maßnahme 2**

**Beschlossen in der Bundes-Zielsteuerungskommission
am 5. April 2019**

Impressum

Fachliche Begleitung/Expertise durch die Fachgruppe Qualität und Projektgruppen und Kompetenzprofile mit folgenden Expertinnen und Experten:

Mitglieder der Projektgruppe „Berufsgruppen und Kompetenzprofile“

Silvia Türk
Meinhild Hausreither
Rudolf Hochsteger
Daniela Klein
Bettina Maringer
Notburga Erlacher
Karin Pesl-Ulm
Paul Resetarics
Andreas Schneider
Peter Scholz

Fachliche Unterstützung aus der Fachgruppe Public Health

Christina Dietscher
Monika Gebetsberger
Stefan Spitzbart

Fachliche Unterstützung von der Gesundheit Österreich GmbH

Ingrid Rottenhofer
Regina Aistleithner
Eva Pilz
Doris Pfabigan
Marlene Sator
Friederike Stewig
Heike Holzer (Projektassistentin)

Zitiervorschlag:

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

Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller:

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
Geschäftsführung der Bundesgesundheitsagentur
Stubenring 1, 1010 Wien

Für den Inhalt verantwortlich:

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
vertreten durch zuständige Sektionsleitung

Erscheinungsdatum:

April 2019

Inhalt

1	Einleitung	1
2	Verwendung des Kompetenzbegriffes	4
3	Aufgabenverteilung im Kernteam	6
4	Arbeitsgrundlagen	7
5	Kompetenzprofile	9
5.1	Präambel	9
5.2	Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken.....	10
5.2.1	Hintergrund, Definitionen, Ansatzpunkte.....	10
5.2.2	Das persönliche Gespräch zwischen Gesundheitsberufen und Patientinnen/Patienten	11
5.2.3	Professionelle Kommunikation im Team	14
5.3	Gesundheitsförderung und Prävention.....	14
5.3.1	Definition und Beschreibung der Begriffe und Konzepte.....	15
5.3.2	Gesundheitsförderung und Prävention durch Gesundheitsberufe	16
5.4	Kompetenzprofile auf Berufsgruppenebene (Erläuterung)	16
5.5	Berufsgruppenspezifische Kompetenzen pro Zielgruppe.....	18
5.5.1	Ambulante Grundversorgung und Verlaufskontrolle bei Akutfällen allgemein.....	18
5.5.2	Akutversorgung und Verlaufskontrolle komplexer Fälle	22
5.5.3	Langzeitversorgung chronisch Kranker und multimorbider Patienten/Patientinnen	23
5.5.4	Besondere Versorgungsanforderungen bei Menschen mit psychischen Störungen	29
5.5.5	Besondere Versorgungsanforderungen bei Kindern und Jugendlichen ..	30
5.5.6	Besondere Versorgungsanforderungen bei alten Menschen.....	32
5.5.7	Rehabilitative Therapie	34
5.5.8	Palliativversorgung.....	35
5.5.9	Gesundheitsförderung und Prävention	36
5.5.10	Familienplanung, Schwangerschaftsberatung und Säuglingsuntersuchung	38
5.5.11	Spezielle Aufgaben fakultativ und regional geregelt.....	39
6	Glossar.....	40
	Literatur	47

1 Einleitung

Das vorliegende Konzept enthält die Kompetenzprofile für den Arzt / die Ärztin für Allgemeinmedizin, den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und die Ordinationsassistentin in der Versorgungsstufe Primärversorgung (Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2013–2016, operatives Ziel 6.3.1., Maßnahme 2). Grundlage der vorliegenden Kompetenzprofile ist das am 30. 6. 2014 von der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossene Primärversorgungskonzept *Das Team rund um den Hausarzt*¹. Das Primärversorgungskonzept enthält eine Vielzahl von Berufen. Gemäß Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2013–2016, operatives Ziel 6.3.1., Maßnahme 1 wurden von der Fachgruppe Qualität am 15. 9. 2014 auf Basis der definierten Versorgungsaufträge und Rollen (vgl. op. Ziele Nr. 6.1.1. und 6.1.2.) der Arzt / die Ärztin für Allgemeinmedizin, der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und die Ordinationsassistentin als vorrangig zu behandelnde Berufsgruppen festgelegt. Diese Berufsgruppen bilden im Primärversorgungskonzept das Kernteam.

Eine von der FG Qualität eingerichtete Projektgruppe übernahm die Entwicklung von Kompetenzprofilen und Rahmenbedingungen für diese vorrangig zu behandelnden Berufsgruppen bis Ende 2015 (Maßnahme 2 zum operativen Ziel 6.3.1. des Bundes-Zielsteuerungsvertrages 2013–2016). Eine Konsultationsphase 2018 ermöglichte weiteren Stakeholdern Feedback zum vorliegenden Dokument zu geben.

Aufgrund des Beschlusses der Landesgesundheitsreferenten zur Reformierung der Pflegeausbildungen vom 14. 5. 2014² und infolge von Diskussionsvorschlägen zur Reform der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe vonseiten des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) am 22. 8. 2014 sowie vor dem Hintergrund der damit verbundenen politischen Brisanz des Themas wurde der Projektauftrag – abgestimmt zwischen FG Innovation und FG Qualität – modifiziert. Die Entwicklung der Kompetenzprofile für die im Kernteam der Primärversorgung tätigen Berufsgruppen wurde Mitte 2016 abgeschlossen (Maßnahme 2a neu).

Der aktuelle Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG 2017) verweist konkret auf den Versorgungsauftrag für die Primärversorgung (Kapitel 3.1.3 Aufgabenprofil und Ausstattung), und mit dem Primärversorgungsgesetz 2017 (PVG 2017) wurden die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Umsetzung der PV-Kompetenzprofile (Kernteam) geschaffen.

1

http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitsreform/Neues_Konzept_zur_Primaerversorgung

2

Beschluss der LandesgesundheitsreferentInnenkonferenz vom 14. 5. 2014 im Schreiben der Verbindungsstelle der Bundesländer beim Amt der NÖ Landesregierung vom 15. 5. 2014, VSt-107/31

Dieses vorliegende Konzept mit Kompetenzprofilen für Arzt und Ärztin für Allgemeinmedizin, gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und Ordinationsassistentin/Ordinationsassistent beinhaltet demnach die innerhalb der Projektgruppe erarbeiteten und der FG Qualität vorgelegten elf Kapitel des PV-Aufgabenprofils im ambulanten Bereich:

1. Ambulante Grundversorgung und Verlaufskontrolle bei Akutfällen allgemein
2. Akut-Versorgung und Verlaufskontrolle komplexer Fälle
3. Langzeitversorgung chronisch Kranker und/oder multimorbider Patienten/Patientinnen
4. Besondere Versorgungsanforderungen bei Menschen mit psychischen Erkrankungsformen
5. Besondere Versorgungsanforderungen bei Kindern und Jugendlichen
6. Besondere Versorgungsanforderungen bei alten Menschen
7. Rehabilitative Therapie
8. Palliativversorgung
9. Gesundheitsförderung und Prävention
10. Familienplanung, Schwangerschaftsberatung und Säuglingsuntersuchung
11. Spezielle Aufgaben

Die erarbeiteten Kompetenzprofile der im Kernteam vertretenen Berufsgruppen berühren nicht die Fragen, wie und wo die Kompetenz erworben wird, und sie ersetzen nicht die Kompetenzen der anderen in der Primärversorgung vertretenen Berufe. Mit in die Konzeption eingeflossen sind jedoch prospektiv sinnvoll erscheinende Tätigkeits- und/oder Kompetenzverschiebungen innerhalb des Kernteams. Alle für die DGKP und Ordinationsassistentenz formulierten Kompetenzen sind im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben erfüllbar. Der Arzt / Die Ärztin für AM delegiert Aufgaben entsprechend berufsrechtlichen Vorgaben an Angehörige der beiden Berufsgruppen.

Im Gegensatz zu Österreich sind in den angelsächsischen Ländern, in Skandinavien, den Niederlanden und der Schweiz Pflegepersonen mit erweiterter Pflegepraxis (advanced nurse practitioner, ANP) im Bereich der Primärversorgung eingesetzt, wobei sich Aufgabenumfang, Handlungsautonomie und gesetzliche Regelungen zwischen den Ländern unterscheiden. In manchen Fällen substituieren ANP die Tätigkeit des Arztes / der Ärztin. Gründe dafür sind die hohen Anforderungen an eine Basisversorgung insbesondere für chronisch kranke Menschen, die zunehmende Spezialisierung im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege sowie Personalknappheit im ärztlichen Bereich. Übernommen werden von Pflegepersonen mit erweiterter Pflegepraxis in stabilen chronischen Situationen z. B.:

- » Anamnese und Diagnostik einschließlich körperlicher Untersuchung, solange keine Gesundheitsstörungen, unvorhergesehenen Entwicklungen oder Komplikationen auftreten (eigenverantwortlich)
- » Einleiten erforderlicher Maßnahmen aufgrund der Symptomatik einschließlich Weiterleitens an den Arzt / die Ärztin für AM; Weiterverordnen von Medikamenten
- » eigenverantwortliche abschließende Behandlung einfacher, episodenhafter Gesundheitsbeschwerden, sofern keine Weiterleitung an den Arzt / die Ärztin für AM erforderlich ist

erweiterte Verlaufskontrolle (Sprechstunde) im Sinne einer kontinuierlichen Beobachtung und Betreuung der Patientinnen/Patienten bis zum Auftreten von Regelwidrigkeiten, die eine Konsultation des Arztes / der Ärztin für AM erforderlich machen inkl. Kontrolluntersuchungen und Follow-up bei chronisch kranken Menschen in stabilen Situationen . (Maier et al. 2017)

Der Projektauftrag bezog sich ausschließlich auf die Primärversorgung und war hinsichtlich der Anzahl der zu bearbeitenden Berufe begrenzt. Nach Vorlage der entwickelten Kompetenzprofile sollten die Curricula der betroffenen Berufsgruppen an diese angepasst werden (Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2013–2016, operatives Ziel Nr. 6.3.1., Maßnahme 3), was bis dato beim Curriculum für die Ausbildung der Ordinationsassistenten geschehen ist.

Zentrale Rahmenbedingungen der Arbeit an den Kompetenzprofilen waren einerseits die neue Ärzteausbildungsordnung (ÄAO) und andererseits der Reformprozess zur Novellierung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG-Novelle 2016, BGBl. I Nr. 108/1997, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 75/2016)

2 Verwendung des Kompetenzbegriffes

Die Interpretation des Arbeitsauftrages erforderte die Klärung des Kompetenzbegriffes, der auf die Zuständigkeit, die Befugnis(se) oder das Können einer Person bzw. Profession fokussieren kann (vgl. Abbildung 2.1)).

Abbildung 2.1:
Der Kompetenzbegriff und seine drei Bedeutungen



Quelle: Rottenhofer (2014)

Der Versorgungsauftrag der Primärversorgung enthält das Aufgabenprofil und definiert jene Aufgaben, die in der Primärversorgung zu erfüllen sind. Mit den beschriebenen Aufgaben sind implizit **Zuständigkeit** und damit Kompetenz festgelegt.

Im zweiten Schritt wurden – laut BMG und Beschluss der Projektgruppe – Kompetenzprofile erarbeitet, die die Befugnisse der drei Berufsgruppen des Kernteams (A/Ä, DGKP und OAss) im Rahmen der Primärversorgung beschreiben. Das vorliegende Konzept definiert nun Kompetenz als **Befugnis** in Form von Aufgaben und Tätigkeiten, zu deren Übernahme die drei Berufsgruppen berechtigt sind oder sein sollen.

Gemäß Projektauftrag wurde nicht näher auf die dritte Bedeutung des Kompetenzbegriffes, das **Können** – im Sinne von beruflicher Handlungskompetenz in den Dimensionen Fach-, Methoden-, sozial-kommunikative und personale bzw. Selbstkompetenz – eingegangen. Wiewohl die als Befugnis formulierten Kompetenzen jene Information liefern, für welche Aufgaben und Tätigkeiten/Fertigkeiten im Rahmen von Aus- bzw. Weiterbildungen qualifiziert werden muss.

Welche Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Umsetzung der Kompetenzprofile in der Praxis nötig sind, muss in einem nächsten Schritt in den Bereichen Fach-, Methoden-, sozial-kommunikative und Selbstkompetenz pro Aufgabe/Tätigkeit ggf. auf Ebene der Ausbildungsstätten geklärt und ausgearbeitet werden.

3 Aufgabenverteilung im Kernteam

Bedarfsorientierung und Effizienzsteigerung in Gesundheitseinrichtungen – u. a. durch Veränderungen der Personalzusammensetzung bzw. des Skill und Grade Mix (Bourgeault et al. 2008) müssen sich auch in den Kompetenzprofilen des Primärversorgungs-Kernteams wiederfinden. Die Kompetenzprofile, insbesondere jene der DGKP, sollten gemäß internationalem Vorbild über die derzeit geltende Rechtslage – wenn aus österreichischer Sicht sinnvoll und erforderlich – hinausgehen können (vgl. Künzi/Detzel 2007). Insofern tangieren die Befugnis orientiert ausgearbeiteten Kompetenzprofile die Aufgabenzuteilung im Sinne des *Best Point of Service* innerhalb des Kernteams.

Folgende Fragen leiteten demnach die Entwicklung von Kompetenzprofilen:

- » Welche Aufgaben und Tätigkeiten können/sollen grundsätzlich – aufgrund der spezifischen Kernkompetenzen der jeweiligen Berufe – von welcher Berufsgruppe übernommen werden?
- » Welche Aufgaben und Tätigkeiten der Ärztin/des Arztes für AM, definiert im PV-Aufgabenprofil, können der DGKP übertragen werden, weil es berufsrechtlich entweder derzeit schon möglich ist oder zukünftig vorgesehen bzw. ermöglicht werden soll?
- » Welche Aufgaben und Tätigkeiten des/der AM und der DGKP können gemäß derzeit geltender Rechtslage von der OAss übernommen werden?

Bei welchen Aufgaben und Tätigkeiten sind Zusammenarbeit und Abstimmung mit den Berufen im erweiterten Primärversorgungsteam nötig?

4 Arbeitsgrundlagen

Folgende Rechtsgrundlagen wurden zur Erarbeitung der Kompetenzprofile herangezogen:

- » Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte (ÄrzteG 1998, idgF.)
- » Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit über die Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin / zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin / zum Facharzt (ÄAO)
- » Verordnung der Österreichischen Ärztekammer über Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Ausbildung, über die Ausgestaltung und Form der Rasterzeugnisse, Prüfungszertifikate und Logbücher (KEF und RZ-V 2015 2015) inkl. Erläuterungen
- » Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (GuKG 1997, idgF)
- » Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend über Fachhochschul-Bachelorstudiengänge für die Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege (FH-GuK-AV 2008)
- » Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales über die Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (GuK-AV)
- » Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über Weiterbildungen für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (GuK-WV 2006, idgF)
- » Bundesgesetz über medizinische Assistenzberufe und die Ausübung der Trainingstherapie (MABG 2012, idgF)
- » Verordnung des Bundesministers für Gesundheit über Ausbildung und Qualifikationsprofile der medizinischen Assistenzberufe (MAB-AV)

Als zentrale, über die Rechtsgrundlagen der drei ausgewählten Gesundheitsberufe hinausgehende Arbeitsgrundlagen, dienten folgende Konzepte etc.:

Primärversorgung:

- » *Das Team rund um den Hausarzt.* Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. Beschlossen in der Bundes-Zielsteuerungskommission am 30. 6. 2014
- » Das Aufgabenprofil der Primärversorgung vom 12. 3. 2015, als vorläufiges, der FG Innovation zur Kenntnis gebrachtes Arbeitsergebnis zum PV-Versorgungsauftrag (Paretta 2015)
- » Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 30. Juni 2017

Allgemeinmedizin

- » Österreichischer Kompetenzlevelkatalog für ärztliche Fertigkeiten der Medizinischen Universitäten Österreichs, ausgearbeitet unter der Leitung von Ass.-Prof. Dr. Michael Schmidts und Dr. Karen Pierer (Schmidts/Pierer o.J.)
- » Rasterzeugnis der ÖÄK für Allgemeinmedizin (2015),
- » Ausbildungsbuch der ÖÄK für die Basisausbildung (11. 11. 2015)

- » *Internationale Klassifizierung der medizinischen Primärversorgung ICPC-2*, ein Codierungssystem der Allgemeinmedizin. WONCA International Classification Committee, übersetzt von Mally et al. (2001)
- » Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM, Bundesrepublik Deutschland) <http://www.nklm.de/> [Zugriff am 20. 5. 2015]

Gesundheits- und Krankenpflege

- » *Das Offene Curriculum Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege* (Rottenhofer et al. 2003)

Ordinationsassistenten:

- » Die 2015 in Erprobung befindlichen Entwürfe des Curriculums für die Ausbildung zur Ordinationsassistenten, Basis- und Aufbaumodul (Zwischenstand November 2014)

5 Kompetenzprofile

5.1 Präambel

In der Präambel werden handlungsleitende Grundsätze und Haltungen, die für die Umsetzung der Kompetenzprofile in der Primärversorgung eine zentrale Rolle spielen, den einzelnen Kapiteln der Kompetenzprofile vorangestellt. Diese Grundsätze und Haltungen sind als *Mind Frame* umso wichtiger, je mehr Gesundheitsberufe in der Gesundheitsversorgung tätig sind (vgl. Sottas et al. 2014).

Individuums-, System- und Bevölkerungsorientierung

Traditionell und schwerpunktmäßig orientieren sich sowohl Berufstätigkeit als auch Ausbildung der drei ausgewählten Gesundheitsberufe am Individuum, wobei familien- und damit systemorientierte Ansätze und Konzepte sowohl in der Medizin als auch in der Pflege zunehmend an Bedeutung gewinnen (vgl. Friedemann/Köhlen 2010). Zukünftig soll es gelingen, auch in der Primärversorgung den Blickwinkel Richtung Systemisch- und Bevölkerungsorientierung zu erweitern. Insofern sind ein grundlegendes systemisches Verständnis, diesbezügliche Kenntnisse und Kompetenzen für die Primärversorgung unerlässlich.

Orientierung am Gesundheitsziel 3 Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken

Da das Gesundheitssystem derzeit auf Kuration ausgerichtet ist, finden Aspekte wie Gesundheitsförderung, Prävention und Public Health oder auch die häusliche Versorgung noch wenig Beachtung (vgl. Sottas et al. 2014). Durch die konsequente Orientierung der in der Primärversorgung Tätigen an Prämissen wie Ressourcenorientierung und *Health Literacy* sowie *Health Literate Organisation* mit Konzepten wie z. B. Empowerment, Partizipation, Adherence und Koproduktion soll die aktive Rolle von Individuen zur konstruktiven Nutzung des Gesundheits-, Sozial- und Bildungssystems gestärkt werden (BMG 2012).

5.2 Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken³

5.2.1 Hintergrund, Definitionen, Ansatzpunkte

Der Beitrag zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung im Rahmen von Primärversorgung liegt im Stärken der Bürger- und Patientensouveränität und der Rolle von Patientinnen/Patienten als verantwortliche Partnerinnen/Partnern im System (Partizipation und Empowerment), insbesondere im Rahmen des Behandlungs- und Pflegeprozesses sowie der Gesundheitsförderung und Prävention. Um in den Bereichen Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung gesundheitskompetent zu sein, müssen Individuen in der Lage sein, erforderliche Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden (Sorensen et al. 2012, zit. nach Pelikan und Dietscher 2013). Dazu braucht es zum einen **individuelle Gesundheitskompetenz** im Sinne von persönlichen Kompetenzen/Fähigkeiten von Patientinnen/Patienten, zum anderen ein Gesundheitssystem, das sie dabei unterstützt: Gesundheitskompetenz ist das Zusammenspiel aus individuellen Fähigkeiten und **mehr oder weniger komplexen, situativen Anforderungen im Gesundheitssystem** (Parker 2009).

Als Ansatzpunkte zur Stärkung der Gesundheitskompetenz im Rahmen der Primärversorgung ergeben sich daraus **drei prinzipielle Stoßrichtungen** (Parker 2009):

1. Die **persönliche Gesundheitskompetenz Einzelner** zu stärken – insbesondere durch bedarfsorientiertes Eingehen auf Inhalte im Rahmen der Gesprächsführung und unterstützende schriftliche Information.
2. Das **Gesundheitssystem** einfacher zu gestalten und Gesundheitsinformation verständlicher zu machen bzw. Patientinnen/Patienten dabei zu unterstützen, sich im System zurechtzufinden.
3. Dabei die besonderen Bedürfnisse **vulnerabler Gruppen** (z. B. chronisch Kranke, Ältere, Migrantinnen/Migranten) zu berücksichtigen – insbesondere durch adäquate mündliche wie schriftliche Kommunikation (Muttersprachlichkeit, Berücksichtigen eingeschränkter Lesekompetenz etc.).

3

Während in Abschnitt 5.3 auf Kompetenz als Befugnis in Form von Aufgaben und Tätigkeiten, zu deren Übernahme die Ärztin / der Arzt für Allgemeinmedizin (AM), der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP) und Ordinationssassistent (OAs) berechtigt sind oder sein sollen, abgestellt wird, geht es in diesem Kapitel auch um Kompetenz als Können auf fachlicher, sozial-kommunikativer, persönlicher, methodischer und Fertigkeiten Ebene.

5.2.2 Das persönliche Gespräch zwischen Gesundheitsberufen und Patientinnen/Patienten

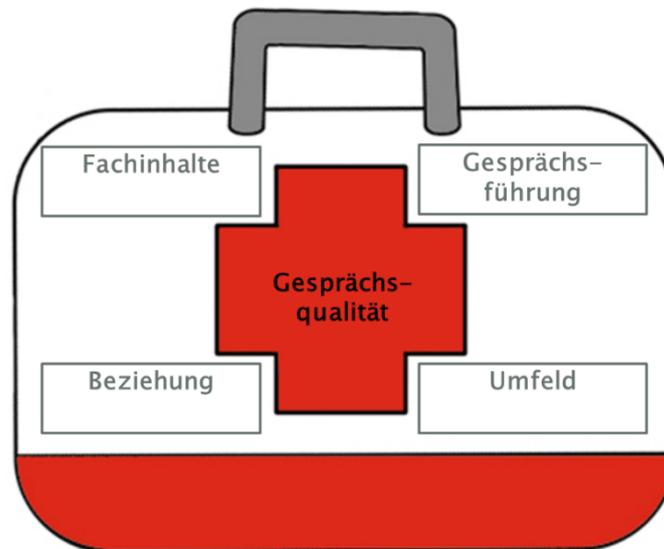
Das persönliche Gespräch zwischen den Vertreterinnen/Vertretern von Gesundheitsberufen und Patientinnen/Patienten in der Primärversorgung ist der zentrale „Ort“ im Gesundheitssystem, um Gesundheitskompetenz in den genannten drei Richtungen weiterzuentwickeln (Sator et al. 2015). Das persönliche Gespräch ist ein zentrales diagnostisches und therapeutisches Instrument mit nachweisbaren Auswirkungen auf Outcomes (z. B. Alamo et al. 2002; Chassany et al. 2006; Del Canale et al. 2012; Kerse et al. 2004; Tamblyn et al. 2007; Vedsted/Heje 2008). Professionelle Gesprächsführung ist lern- und lehrbar (Dwamena et al. 2012).

Angehörige von Gesundheitsberufen sollen Gespräche patientenzentriert führen (können), damit die Betroffenen (Patienten und ihre An-/Zugehörigen) ihre gesundheitlichen Anliegen verständlich machen können, Therapieoptionen verstehen, getroffene Behandlungsentscheidungen mittragen und ihren eigenen Beitrag zur gewählten Behandlung verstehen, um erfolgreich ihr gesundheitliches Problem bewältigen zu können.

Die Qualität patientenzentrierter Gespräche umfasst dabei **vier zentrale Ebenen**, die Ausübende von Gesundheitsberufen im Gespräch mit Patientinnen/Patienten integrieren (können) sollen (Menz/Sator 2011; Nowak 2015):

- » Sprachlich-interaktive Ebene – Gesprächsführung: Einsatz von verbalen und non-verbalen Verfahren, die einen guten Gesprächsverlauf unterstützen
- » Inhaltliche Ebene – Fachinhalte: Thematisierung der relevanten Fachinhalte
- » Psychosoziale Ebene – Beziehung: Gestaltung von Beziehung durch unterstützende Haltungen und Einstellungen
- » Ebene des Gesprächssettings – Umfeld: Herstellen eines förderlichen zeitlichen, räumlichen und technischen Rahmens (bezogen auf das individuelle Gesprächssetting, nicht auf Strukturqualitätskriterien)

Abbildung 5.1:
Vier zentrale Ebenen guter Gesprächsqualität



Quelle und Darstellung: GÖG/BiQG

Um Gespräche patientenzentriert zu führen, sollen Gesundheitsberufe konkret die in weiterer Folge beschriebenen Kompetenzen übernehmen (können) (NKLM 2015, Kap. 7 und 14c), wobei Zuständigkeit und Anforderungsniveau an die Qualifikationsstufe des jeweiligen Berufes anzupassen sind:

5.2.2.1 Allgemeine Kompetenzen zur patientenzentrierten Gesprächsführung

Herstellen und Aufrechterhalten der therapeutischen Beziehung:

Gesundheitsberufe sollen eine tragfähige, vertrauensvolle Beziehung zu Patientinnen/Patienten herstellen (können), die auf Wertschätzung, Authentizität und Empathie basiert.

Strukturierung des Gesprächs nach Phasen und Aufgaben:

Gesundheitsberufe sollen das Gespräch nach Phasen und Aufgaben transparent strukturieren (können), um den Patientinnen/Patienten zu ermöglichen, sich am Gespräch aktiv zu beteiligen, und um ihr eigenes Zeit- und Aufgabenmanagement zu unterstützen. Zu den Phasen und ihren jeweiligen Aufgaben gehören insbesondere

- » Eröffnung des Gesprächs: Erfragen des Anliegens, Orientierung über den zeitlichen Rahmen des Gespräches, den Gesprächszweck, die geplanten Gesprächsinhalte und den –ablauf (Agenda–Setting)
- » Informationssammlung: Fragetechniken, aktives Zuhören
- » Informationsvermittlung:
 - » Information und Beratung zu Gesundheitsdeterminanten, persönlichen Risikofaktoren und präventiven Maßnahmen;
 - » ggf. Setzen von Interventionen zur Förderung von Verhaltensänderung (z. B. minimale Interventionen in der Alkoholberatung, Transtheoretisches Modell, Motivierendes Interview);
 - » Anleitung und Motivation zum Selbstmanagement im Umgang mit Erkrankungen;
 - » Adressatenorientierung und Sicherung des Verständnisses unter Verwendung von Techniken wie Ask–me–3 und der Teach–back–Methode.
- » Entscheidungsfindung und Planung: Eruiere den Beteiligungsbedarf der Patientinnen/Patienten und Anpassen der eigenen Kommunikationsstrategien
- » Abschluss: Zusammenfassen des Wesentlichen, Absichern des Verständnisses, Orientierung über die nächsten Schritte, Orientierung über den Weg durch das Gesundheitssystem (Lot–senfunktion), Klären offener Fragen.

5.2.2.2 Spezifische Kompetenzen zur patientenzentrierten Gesprächs–führung

Adäquater kommunikativer Umgang mit emotional herausfordernden Situationen und herausfordernden Kontexten, v. a. mit

- » starken Emotionen, z. B. in der Kommunikation mit Menschen in Ausnahmesituationen;
- » tabuisierten oder schwierigen Themen;
- » Ungewissheit, individueller Unsicherheit und Fehlern;
- » An– und Zugehörigen sowie
- » Mehrpersonensetting.

Berücksichtigung soziodemografischer und sozioökonomischer Einflussfaktoren in der Kommunikation, v. a. Berücksichtigung vulnerabler Bevölkerungsgruppen hinsichtlich

- » alters–, entwicklungs– und geschlechterbezogener Einflussvariablen;
- » soziokultureller Vielfalt und der Werte– und Normenpluralität in der Gesellschaft und Umgang mit sprachlichen Barrieren sowie
- » eingeschränkter Wahrnehmung und Kommunikationsfähigkeit.

Berücksichtigung der spezifischen Anforderungen für den Einsatz unterschiedlicher Kommunikationsmedien u. a.

- » Auswahl und Zurverfügungstellen von qualitätsgesicherten Informationsmaterialien;
- » Durchführen von Telefonaten (z. B. telefonische Intervention bzw. Beratung);

- » Verfassen von Briefen/ E-Mails (z. B. Erinnerungssysteme);
- » Durchführen elektronischer Datenerfassung/Dokumentation sowie
- » Verwendung neuer Informations- und Kommunikationstechnologien.

5.2.3 Professionelle Kommunikation im Team

Grundbedingung für die Stärkung der Gesundheitskompetenz im persönlichen Gespräch mit Patientinnen/Patienten ist es auch, „mit allen an der Versorgung von Patientinnen und Patienten beteiligten Personen (und Organisationen) so zu kommunizieren, dass eine wissenschaftlich fundierte, bestmögliche und effiziente Patientenversorgung realisiert wird“ (NKLM 2015, Kap. 8). Dazu gehört die

- » Kommunikation mit **anderen Mitgliedern des multiprofessionellen Teams** (z. B. Feedbackgeben und -nehmen) und die
- » Kommunikation mit **anderen an der Patientenversorgung beteiligten Personen und Organisationen** (auch interdisziplinär, interprofessionell und sektorenübergreifend).

5.3 Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheitsförderung und Prävention gewinnen neben Kuration, Rehabilitation und Palliative Care zunehmend mehr Bedeutung in der Gesundheitsversorgung von Patientinnen und Patienten sowie der Bevölkerung. Die Ottawa Charta (1986) führte in Österreich u. a. zur Gründung des Netzwerkes *Gesundheitsfördernder Krankenhäuser* und zur Verankerung von Gesundheitsförderung und Prävention in den Ausbildungen der Gesundheitsberufe. Verbindlich wurde die Gesundheitsförderung nicht nur durch das Gesundheitsförderungsgesetzes (GfG 2015), sondern auch durch das Gesundheitsqualitätsgesetz von 2005 (GQG) (Gesundheitsleistungen sind in einem gesundheitsfördernden Umfeld zu erbringen) und die Formulierung von Rahmen-Gesundheitszielen auf Bundesebene (BMG 2012).

Die Rahmen-Gesundheitsziele bringen deutlich zum Ausdruck, dass einerseits Umweltfaktoren, Lebensumfeld sowie Rahmenbedingungen und andererseits Lebensstilfaktoren zentrale Ansatzpunkte für den Erhalt und die Förderung von sowohl individueller als auch gesellschaftlicher Gesundheit sind. Diese Aspekte gewinnen vor dem Hintergrund der demografischen und epidemiologischen Entwicklungen (alternde Bevölkerung, immer mehr chronische Krankheiten) auch im Bereich der Krankenbehandlung zunehmend an Stellenwert.

5.3.1 Definition und Beschreibung der Begriffe und Konzepte

Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess ab, allen Menschen ein höheres Ausmaß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung der Gesundheit zu befähigen (Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, WHO 1986; aufgegriffen im Gesundheitsqualitätsgesetz 2005). (WHO 1986)

Im Kontext der Krankenbehandlung geschieht dies vor allem durch eine ressourcenfördernde Grundhaltung und durch Maßnahmen zur Erhaltung, Förderung und Verbesserung der Gesundheit in allen Phasen des Lebens (z. B. Mobilisierung von Betreuungsnetzwerken, Unterstützung gesunder Lebensstile und guter Gesundheitskompetenz (Abschnitt **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**). Die Salutogenese hat sich in diesem Zusammenhang als das handlungsleitende Konzept etabliert (Antonovsky 1997).

Prävention

Prävention zielt darauf ab, eine bestimmte gesundheitliche Schädigung oder Erkrankung durch gezielte Aktivitäten zu verhindern, weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verzögern. Je nachdem, in welchem Stadium der Erkrankung eine präventive Maßnahme ansetzt, wird unterschieden in (vgl. (BMGF 2016; Habl et al. 2004) Steier et al. 2001)

- » **Primärprävention** zur Vermeidung von Erkrankungen oder von gesundheitsschädigendem Verhalten,
- » **Sekundärprävention** zur Früherkennung von bestehenden Erkrankungen oder von Krankheitsrisiken und Frühintervention zur Eindämmung des Fortschreitens bzw. der Chronifizierung dieser, und
- » **Tertiärprävention** zur Verzögerung des Krankheitsverlaufes (nach Manifestation oder Behandlung), Vermeidung von Rückfällen und Verringerung von Folgeschäden.

Die Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention sollte sich an verfügbarer Evidenz und Qualitätsstandards orientieren (u. a. zu Ernährung, Bewegung, psychosoziale Gesundheit⁴).

4

<http://www.fgoe.org/presse-publikationen/publikationen>, Zugriff am 29. 09. 2015

5.3.2 Gesundheitsförderung und Prävention durch Gesundheitsberufe

Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention weisen in der Praxis viele Überschneidungen auf und ergänzen einander: Eine präventive Perspektive schärft den Blick dafür, auf welche Risiken im Einzelfall geachtet werden sollte. Gesundheitsförderung unterstützt dabei, die Ressourcen des Patienten / der Patientin bzw. der An- und Zugehörigen und des Umfeldes für diesen Zweck zu mobilisieren.

In den Kompetenzprofilen von Gesundheitsberufen sind Gesundheitsförderung und Prävention ebenso Querschnittsthema wie die *Gesundheitskompetenz stärken*. Gesundheitsförderung und Prävention müssen demnach in die Arbeit mit Patientinnen und Patienten im oben beschriebenen Sinn insbesondere durch Förderung der Ressourcen integriert werden. In diesem Sinn sollte eine gesundheitsfördernde Grundhaltung und Vorbildwirkung (u.a. Impfungen) Teil jedes Patientenkontakts sein, auch wenn der Schwerpunkt auf Krankenbehandlung liegt. Zusätzlich sollte der Bedarf an themenspezifischer Gesundheitsförderung – v. a. in Bezug auf gesunde Lebensstile – erkannt und bearbeitet werden können.

Die Kompetenzprofile auf Berufsgruppenebene führen aus, welche spezifischen Aufgaben und Befugnisse dem Kernteam derzeit zu diesem Thema zugeordnet werden (Tabellen 5.5). Darüber hinaus ist grundsätzlich ein Mitwirken an regionalen Gesundheitsförderungsmaßnahmen und –programmen vorgesehen und soll auf Grundlage wissenschaftlicher Evidenz und auf Basis internationaler und regionaler Erfahrungen und Modelle sukzessive aufgebaut werden

5.4 Kompetenzprofile auf Berufsgruppenebene (Erläuterung)

Die thematische Gliederung der Kompetenzprofile entspricht den Leistungsbereichen des Versorgungsauftrags in Bezug auf die Primärversorgung.

Die ersten drei Spalten in der nachfolgenden Tabelle 5.1 sollen die Aufgaben- und Kompetenzverteilung zwischen den Berufsgruppen des Kernteams auf einen Blick erkennbar machen. Die Zuordnung von Aufgaben und Tätigkeiten zu den einzelnen Berufen fand jeweils auf dem niedrigsten gesetzlich möglichen Kompetenz- bzw. Qualifikationslevel statt. Die Tabelle beschreibt die Qualifikationsstufen aufsteigend. Automatisch beinhaltet dabei die jeweils höhere Stufe die Befugnisse der darunterliegenden, sofern diese vom jeweiligen Berufsbild und dem Berufsrecht umfasst sind. Die fachlichen Schnittstellen zu den anderen Berufsgruppen des erweiterten PV-Teams werden in der vierten Spalte dargestellt. Die ggf. zusätzlich erforderlichen Primärversorgungspartnerinnen/-partner wie Apotheken, Bandagistinnen/Bandagisten, Fachärzte/Fachärztinnen, Gemeinden, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen, Schulen, Sozialversicherungsträger, Telefon- und Webdienste und ggf. weitere Organisationen (z. B. Rettungs-, Bereitschafts-, Notdienste Zahnärzte/-ärztinnen) werden an dieser Stelle einmalig genannt, in der Spalte *Zusammenarbeit mit ...* jedoch nicht speziell angeführt.

Leere Spalten in den Tabellen bedeuten, dass die diesbezüglichen PV-Erfordernisse durch jene Kompetenzen abgedeckt sind, die in den anderen Kapiteln bereits beschrieben sind (siehe Verweise).

Im Festlegen von Befugnissen pro Beruf und Qualifikationsstufe wurde vom Regelfall ausgegangen.

Empfehlungen in der Spalte **Gehobener Dienst GuK / DGKP** und **Ordinationsassistenz** orientieren sich am derzeit geltenden Recht (GuKG 1997 idgF), daher ist für die Durchführung aller medizinisch-diagnostischen und medizinisch-therapeutischen Maßnahmen eine **ärztliche Anordnung** erforderlich.

Im Zuge der Erarbeitung zeigte sich, dass eine Kompetenzvertiefung für DGKP, die in der Primärversorgung arbeiten, zielführend wäre. Dazu stehen derzeit Weiterbildungen nach § 64 GuKG zur Verfügung, welche auch die Bedarfe der Primärversorgung umfassen (z. B.: Case-and-Care-Management, Diabetesberatung, Familiengesundheitspflege, gerontologische Pflege, Gesundheitsvorsorge, kardiologische Pflege, Wundmanagement). Übernehmen DGKP Aufgaben aus diesen Bereichen, z. B. Case-Management, wird die Absolvierung der entsprechenden Weiterbildung empfohlen.

5.5 Berufsgruppenspezifische Kompetenzen pro Zielgruppe

5.5.1 Ambulante Grundversorgung und Verlaufskontrolle bei Akutfällen allgemein

Tabelle 5.1:

Ambulante Grundversorgung und Verlaufskontrolle bei Akutfällen allgemein

	Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin	Gehobener Dienst GuK/DGKP	Ordinationsassistenz	Zusammenarbeit mit ...
1.1	Basisdiagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle von allen einfachen und episodenhaften Gesundheitsbeschwerden			
1.1.1	<p>Ärztliches Anamnese-Gespräch</p> <p>Diagnostik: Stuserhebung (= ärztliche Untersuchung)</p> <p>Beurteilung von Symptomen und Verletzungen mittels Basisdiagnostik</p> <p>Ggf. Veranlassen einfacher weiterführender Diagnostik zur Diagnosesicherung (z. B. CRP, Harnstreifen)</p>	<p>Klärung des Beratungsanlasses</p> <p>Erheben medizinischer Basisdaten, wie Puls, Blutdruck, Atemfrequenz, Körpertemperatur, und sonstiger erforderlicher Messwerte sowie Untersuchung durch Inspektion, Palpation, Auskultation, Perkussion (körperliche Untersuchung)</p>	<p>Gemäß Organisationseinheit standardisierte Ersteinschätzung von Dringlichkeit und Infektiosität mit entsprechender Reihung bzw. Setzen von Maßnahmen zur Minimierung der Infektionsübertragung</p> <p>Vorbereitung von Befunden, Verordnungen, Überweisungen, Einweisungen und Rezepten</p> <p>Durchführen von angeordneten standardisierten diagnostischen Programmen und standardisierten Blut-, Sputum-, Harn- und Stuhluntersuchungen mittels Schnelltestverfahren (Point-of-Care-Testing wie z. B. Harngewinnung/Harnstreifen, Test auf Blut im Stuhl, Rachenabstrich) einschließlich der Blutentnahme aus den Kapillaren im Rahmen der patientennahen Labordiagnostik und die Blutentnahme aus der Vene (ausgenommen bei Kindern)</p> <p>Patientenadministration und Weiterleitung an Arzt/Ärztin oder DGKP</p> <p>Hygienemaßnahmen entsprechend den gesetzlichen Vorgaben</p>	

Fortsetzung nächste Seite

	Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin	Gehobener Dienst GuK/DGKP	Ordinationsassistenz	Zusammenarbeit mit ...
	<p>Differenzialdiagnostik und bei Verdacht auf chronische Erkrankungen, Neubildungen, Fehlbildungen und sonstige komplexe Erkrankungen Weiterleitung (sofern erforderlich)</p> <p>Konsultation eines Facharztes; Überweisung an einen Arzt/Spezialisten</p>	<p>Durchführung von Tests/Untersuchungen wie EKG, Sauerstoffsättigung, Blutgasanalyse, Blutgerinnung, Atemfrequenz, Spirometrie, apparative Restharnbestimmung</p> <p>Gegebenenfalls Erheben der physischen, psychischen und sozialen Dimensionen</p> <p>Aufbereiten der erhobenen Parameter für die weitere medizinische Diagnostik und Einschätzen der Dringlichkeit</p>	<p>Reinigung, Desinfektion, Sterilisation und Wartung der Medizinprodukte, medizintechnischer Geräte und Behelfe sowie die Abfallentsorgung</p> <p>Gewebe- bzw. Untersuchungsmaterial (z. B. Blutproben, Gewebe) versandgerecht aufbereiten und versenden</p> <p>Terminvereinbarung zur weiterführenden Diagnostik</p>	<p><u>Erweitertes PV-Team:</u> FA/FÄ für Kinder- und JHK Diätologe/Diätologin Physiotherapeut/in Ergotherapeut/in Logopäde/Logopädin Hebamme Psychotherapeut/in Psychologe/Psychologin Sozialarbeiter/in Mobile Dienste</p>
1.1.2	<p>Durchführung der abschließenden Therapie/Behandlung (z. B. akute Schmerzen, siehe Punkt 3.1.3. Langzeit/ Schmerzmanagement): Medikation, Verschreibung, Injektion und Vereinbarung weiteres Procedere mit Pat. (Vorgehen bei evtl. ausbleibendem Therapieerfolg, abschließende Kontrolle = therapeutische Beratung/ Zuhören);</p> <p>bei Indikation Weiterleitung an eine andere Berufsgruppe oder in eine andere Versorgungsstufe (Konsultation eines and. Grundversorgers oder Facharztes/-ärztin);</p>	<p>Vorbereiten und Verabreichen von Arzneimitteln gemäß ärztlicher Anordnung</p> <ul style="list-style-type: none"> » oral und lokal » Injektionen, einschließlich Impfungen ⁵ » Infusionen, einschließlich Legen eines peripheren Zuganges » Einmal- und Dauerkatheterisierung » Verabreichen von Einläufen und Klistieren » Ohrspülungen <p>Durchführen von Wärme- und Kälteanwendungen (u. a. Wärmetherapie – trocken, Kryotherapie)</p>	<p>Assistenz im Rahmen der Vorbereitung, im Rahmen der Durchführung und der Nachbereitung bei z. B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Injektionen und Infusionen » Impfungen » Desensibilisierungen » Ohrspülungen » EKG » Sauerstoffsättigung » Spirometrie » Harngewinnung <p>Kommunikation mit anderen Gesundheitsdienstleistern</p>	

Fortsetzung nächste Seite

⁵ Gemäß § 49 Abs 3 ÄrzteG 1998 kann der Arzt /die Ärztin im Einzelfall an Angehörige anderer Gesundheitsberufe ärztliche Tätigkeiten übertragen, sofern diese vom Tätigkeitsbereich des entsprechenden Gesundheitsberufs umfasst sind. Er bzw. sie trägt die Verantwortung für die Anordnung. D. h. es liegt in der Verantwortung der Ärztin /des Arztes zu entscheiden, welche Impfungen angeordnet und zur Durchführung delegiert werden.

	Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin	Gehobener Dienst GuK/DGKP	Ordinationsassistenz	Zusammenarbeit mit ...
1.2	Basischirurgie und Nachsorge nach Verletzungen bzw. Operationen			
1.2.1	<p>Kleinchirurgische Versorgung einfacher Verletzungen⁶: Versorgung von Wunden Regionalanästhesie Abtragen von Wundbelägen oder Nekrosen, Verband/Kompression, Entfernen von Fremdkörpern, Einlage oder Wechsel eines Streifens im äußeren Gehörgang</p> <p>Verschreiben und Anpassen von Heilbehelfen und Hilfsmitteln</p> <p>Handelt entsprechend der Verschwiegenheits-, Anzeige- und Meldepflicht § 54. ÄrzteG 1998 und unterstützt Kontaktaufnahme mit u. a. Einrichtungen zur Gewaltprävention, Kinderschutz bzw. Opferschutz</p> <p>Wiederbestellung/Verlaufskontrolle</p>	<p>Anlegen/Wechsel von Verbänden inkl. Stützverbänden</p> <p>Entfernen von Wundbelägen und Reinigen von Wunden</p> <p>Wundkontrolle</p> <p>Naht- und Klammerentfernung</p> <p>Abnahme einer Fixation</p> <p>Anleitung von Patientinnen/Patienten und/oder seiner An-/Zugehörigen zur Anwendung von Heilbehelfen und Hilfsmitteln</p> <p>erkennt Anzeichen von Gewaltbereitschaft, Zeichen einer möglichen Misshandlung, Folgewirkungen schwerer Traumatisierung durch Fremdeinwirkung, dokumentiert und leitet diese weiter;</p> <p>trifft Maßnahmen im Rahmen der Spurensicherung (Kinder-/Opferschutz bei Verdacht auf Gewaltanwendung und sexuellem Missbrauch);</p> <p>setzt Pflegeinterventionen, die individuelle Sicherheit (psychisch/emotional) ermöglichen und fördern sowie bietet Unterstützung im Umgang mit der bestehenden Situation</p> <p>Information über Anlaufstellen und Stützsysteme</p> <p>Handelt entsprechend der Verschwiegenheits-, Anzeige- und Meldepflicht §§ 6, 7, 8 GuKG</p>	<p>Assistenz bei der Versorgung einfacher Verletzungen</p> <p>Anlegen eines einfachen Verbandes (z. B. Pflasterverband, Schlauchverbände ...)</p> <p>Terminkoordination und Administration</p> <p>Kontrolle, Reinigung und Pflege der zur Anwendung kommenden Instrumente, Geräte und Apparate</p> <p>Vorbereitung von Verordnungen und Rezepten</p>	<p><u>Erweitertes PV-Team:</u> Sozialarbeiter/in Psychologe/Psychologin Psychotherapeut/in</p>

Fortsetzung nächste Seite

⁶ Weitere spezielle Kompetenzen und Angebote (Bsp. Versorgung von Schiunfällen) sind zw. SV und ÖÄK zu klären

	Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin	Gehobener Dienst GuK/DGKP	Ordinationsassistentz	Zusammenarbeit mit ...
1.3	Versorgung von Notfällen			
1.3.1	Akut-/Notfalluntersuchung sowie –behandlung (inkl. Schockbehandlung) entweder abschließend oder Indikationsstellung zur Weiterversorgung in einer anderen Versorgungsstufe (u. a. Notarzt und Rettungswesen)	Einschätzung von Spontan-/Notfallpatienten mittels standardisierter Triage- und Einschätzungssysteme und Weiterleiten an den Arzt / die Ärztin für AM	Einleiten und Leisten Erster-Hilfe-Maßnahmen sowie Assistenz bei Abklärung von und in der Behandlung bei Akut-/ Notfallmaßnahmen Organisation des angeordneten Transfers Warten des Notfallkoffers	
1.4	Hausbesuche und aufsuchende Dienste			
1.4.1	Hausbesuch bei akuten Erkrankungen bei medizinischer Notwendigkeit: ärztliches Anamnesegespräch ärztliche Untersuchung; Diagnose stellen; Therapie anordnen und durchführen unter Berücksichtigung etwaiger chronischer Grunderkrankungen; Vereinbarung des weiteren Procedere mit Pat. (Vorgehen bei evtl. ausbleibendem Therapieerfolg, abschließende Kontrolle); Delegation der Behandlung mit Handlungsanleitung für Delegation; ggf. Überweisung an Spezialisten Hausbesuch in Krisensituationen: Krisen erkennen, differenzieren und Patient/in bedarfsgerecht weiterleiten	Folge-Hausbesuche in ärztlich abgeklärten Situationen gemäß Anordnung im Bedarfsfall	Telefonischer Erstkontakt Ersteinschätzen der Dringlichkeit Terminkoordination Vor- und Nachbereiten patientenbezogener Formulare und von Untersuchungsmaterialien Administration, Organisation aufsuchender Dienste gemäß Anordnung Warten des Visitenkoffers	<u>Erweitertes PV-Team:</u> Mobile Dienste inkl. Hauskrankenpflege

5.5.2 Akutversorgung und Verlaufskontrolle komplexer Fälle

Tabelle 5.2:

Akutversorgung und Verlaufskontrolle komplexer Fälle

	Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin	Gehobener Dienst GuK/DGKP	Ordinationsassistenz	Zusammenarbeit mit ...
2.1	Basisdiagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle von akuten Problemen bei chronisch Kranken und Menschen mit Behinderung			
	Kompetenzen wie in Punkt 5.5.1 plus:	Kompetenzen wie in Punkt 5.1.1 plus:	Kompetenzen wie in Punkt 5.5.1 plus:	
	<p>Kompetenzen analog <i>Ambulante Grundversorgung und Verlaufskontrolle bei Akutfällen allgemein</i> mit besonderer Berücksichtigung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - chronischer Grunderkrankungen, - Behinderungen bzw. - der Anforderungen bei komplexem bzw. kompliziertem Krankheitsverlauf <p>Weiterleiten bei Bedarf</p> <p>Weiterleiten bei Bedarf zur psychosozialen, sozialpsychiatrischen und sozialmedizinischen Versorgung</p>	<p>Erstinschätzung von Spontanpatienten mittels standardisierter Triage- und Einschätzungssysteme und Weiterleiten an den Arzt / die Ärztin für AM;</p> <p>allgemeines Pflegeassessment – in den Dimensionen des bio-psycho-sozialen Modells – und Pflegediagnostik, erforderlichenfalls Zielvereinbarung und Maßnahmenplanung</p> <p>Wiederbestellung/Verlaufskontrolle und erforderlichenfalls Weiterleitung veranlassen;</p> <p>Koordination bedarfsspezifisch erforderlicher Gesundheits- und Sozialberufe bzw. mobiler Dienste</p>	<p>Elektronische Befundübermittlung</p> <p>Organisation von Gesundheits- und Sozialberufen bzw. von mobilen Diensten</p>	<p><u>Erweitertem PV-Team:</u> FA/FÄ für Kinder- und JHK Diätologe/Diätologin Physiotherapeut/in Ergotherapeut/in Logopäde/Logopädin Psychotherapeut/in Psychologe/Psychologin Sozialarbeiter/in Mobile Dienste (inkl. mobilem Palliativteam)</p>

5.5.3 Langzeitversorgung chronisch Kranker und multimorbider Patienten/Patientinnen

Tabelle 5.3:

Langzeitversorgung chronisch Kranker und multimorbider Patienten/Patientinnen

	Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin	Gehobener Dienst GuK/DGKP	Ordinationsassistentz	Zusammenarbeit mit ...
3.1	Kontinuierliches Begleiten, fortgesetztes Betreuen, Anleiten und Behandeln nach <i>state of the art</i> von Patientinnen/Patienten mit einer oder mehreren chronischen Erkrankung(en), (multimorbide Personen), Bereitstellen von Unterstützung, Information, Anleitung und Beratung für Patientinnen/Patienten, Familien An- und Zugehörige / betreuende Personen von Menschen mit einer oder mehreren chronischen Erkrankung(en)			
	Kompetenzen wie in Punkt 5.5.1 und 5.5.2 plus:	Kompetenzen wie in Punkt 5.5.1 und 5.5.2 plus:	Kompetenzen wie in Punkt 5.5.1 und 5.5.2 plus:	
3.1.1	<p>Diagnostik, Untersuchung, Therapie und Koordination</p> <p>Statuserhebung und Bewertung unterschiedlicher Dimensionen des Gesundheitszustands inkl. Gesundheitsrisiken und -ressourcen</p> <p>Erforderlichenfalls Konsultation eines Facharztes / einer Fachärztin bzw. eines anderen Mitglieds des PV-Teams / der PV-Partner</p>	<p>Allgemeines Pflegeassessment (bio-psycho-sozial) und Risikoeinschätzung in Bezug auf u. a. Mangelernährung, Dekubitus, Sturz, Schmerz, Inkontinenz, Verwahrlosung, Kognition, Impairment und Einschätzen des Bedarfs an spezialisierter Abklärung bzw. Versorgung</p> <p>Spezielles bzw. fokussiertes Pflegeassessment (bio-psycho-sozial) sowie Pflegediagnostik und -planung (Weiterbildung empfohlen)</p> <p>Bei Bedarf Weiterleiten an den Arzt / die Ärztin für AM</p>	<p>Durchführen von standardisierten diagnostischen Programmen und standardisierten Blut-, Harn- und Stuhluntersuchungen mittels Schnelltestverfahren (Point-of-Care-Testing wie z. B. Harnstreifen, Test auf Blut im Stuhl, Rachenabstrich) (einschließlich der Blutentnahme aus den Kapillaren im Rahmen der patientennahen Labordiagnostik und die Blutentnahme aus der Vene</p> <p>Weiterleiten an den Arzt / die Ärztin für AM oder die Pflegeperson (je nach Vereinbarung)</p> <p>Betreuen der Patienten/Patientinnen in Bezug auf Abläufe in der Ordination</p>	<p><u>Erweitertes PV-Team:</u> FA/FÄ für Kinder- und JHK Diätologe/Diätologin Physiotherapeut/in Ergotherapeut/in Logopäde/Logopädin Hebamme Psychotherapeut/in Psychologe/Psychologin Sozialarbeiter/in Mobile Dienste</p>

Fortsetzung nächste Seite

Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin	Gehobener Dienst GuK/DGKP	Ordinationsassistentz	Zusammenarbeit mit ...
<p>Aufrechterhalten der Kontinuität und Anpassen des eingeleiteten Behandlungsregimes / der Therapie</p> <p>Medikamentenmanagement: Polypharmazie Interaktionsmanagement Erstellen eines Medikamentenplans Verlaufskontrolle Kontrolle des Therapieerfolgs ggf. Anpassung ggf. strukturiertes Medikamentenmanagement</p> <p>Anpassen des Behandlungsregimes bzw. Verlaufskontrolle im Rahmen von vereinbarten integrierten Versorgungsprogrammen</p> <p>Verschreibung/Verordnung von adäquaten Heilbehelfen und Hilfsmitteln</p> <p>Weiterleiten bei spezialisiertem Versorgungsbedarf</p>	<p>Durchführen bzw. Veranlassen risikominimierender und tertiärpräventiver pflegerischer Maßnahmen</p> <p>Durchführen medizinisch-therapeutischer Maßnahmen und Tätigkeiten nach ärztlicher Anordnung wie zum Beispiel: – Infusionstherapien zur Verabreichung von Flüssigkeiten, Arzneimitteln und Nährstoffen – Anlegen von Stützverbänden – Abnahme von Fixationen einschließlich Verlaufskontrolle Anpassen des Behandlungsregimes gemäß SOP</p> <p>Medikamentenmanagement: Abgleich der verordneten Medikation mit tatsächlich eingenommenen Medikamenten, Beobachten bezüglich Nebenwirkungen/Komplikationen der Medikation, Rückmelden an Arzt/Ärztin für AM</p> <p>Koordination und Organisation der eingeleiteten Behandlung, Therapie und Pflege</p>	<p>Assistenz bei der Durchführung von Therapien</p> <p>Organisation von interdisziplinären/multiprofessionellen Fallbesprechungen</p> <p>Vorbereiten von Rezepten, Verordnungen und Heilbehelfen; Administration und Unterstützung bei Dokumentation</p>	

Fortsetzung nächste Seite

	Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin	Gehobener Dienst GuK/DGKP	Ordinationsassistentz	Zusammenarbeit mit ...
3.1.2	<p>Schmerztherapie und –management:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Schmerzanalyse sowie differenzialdiagnostisches Abklären der Schmerzkrankheit – psychosomatische Diagnostik bei chronischen Schmerzpatienten – Anwendung invasiver und nicht-invasiver Methoden der Schmerztherapie – Therapieplanung: Kurz-, Langzeit- oder Dauertherapien sowie terminale Behandlungsphasen sowie – ggf. Weiterleiten an andere Gesundheitsberufe einschl. Entspannungstherapie – standardisierte Dokumentation des schmerztherapeutischen Behandlungsverlaufes – koordinierte interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit mit Vertretern der spezialisierten Versorgung (vor allem bei onkologischen Patienten) 	<p>Schmerzassessment und Durchführen pflegerischer Maßnahmen</p> <p>Dosisanpassung bei Schmerztherapie nach ärztlicher Anordnung</p> <p>Mitwirken am Management (hoch)komplexer Schmerzsituationen (Schmerzpumpen etc.) einschl. Verlaufskontrolle</p> <p>Suchtmittelgebarung</p> <p>multiprofessionelle Zusammenarbeit und Rückmelden an den Arzt / die Ärztin für AM</p>	<p>Terminkoordination</p> <p>Vorbereiten von Rezepten, Verordnungen, Heilbehelfen und Überweisungen</p> <p>Gebarung von Arzneimitteln und Medizinprodukten exkl. Suchtmittel</p>	
3.1.3	<p>Wundmanagement in Form kleinchirurgischer Wundversorgung wie z. B. Exzision und chirurgisches Debridement</p> <p>Verordnung der Materialien und Arzneimittel zur Wundversorgung</p> <p>ggf. Weiterleiten an spezialisierte Wundversorgungseinrichtungen</p>	<p>Durchführen der phasengerechten, angeordneten Wundversorgung gemäß SOP inkl. Erkennen von avitalem/abgestorbenem Gewebe sowie möglichen Begleiterscheinungen bzw. Komplikationen mit Rückmeldung an den Arzt / die Ärztin für AM bei Bedarf</p> <p>Durchführen pflegerischer Maßnahmen im Kontext der Wundversorgung insb. Infektions- und Exsudatmanagement</p> <p>Edukation der Patientinnen und Patienten über heilungsfördernde Maßnahmen</p>	<p>Terminkoordination, Administration, Organisation; Assistenz bei Wundversorgung</p> <p>Gebarung von Materialien zur Wundversorgung (Nach-Bestellung, Lagerhaltung und Entsorgung)</p> <p>Vorbereiten von Rezepten</p>	<p>Erweitertes PV-Team: insbesondere Physiotherapeut/in</p>

Fortsetzung nächste Seite

	Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin	Gehobener Dienst GuK/DGKP	Ordinationsassistenz	Zusammenarbeit mit ...
3.1.4	<p>Indikationsstellung, Anordnung bzw. laufendes Management besonderer Therapieformen wie u. a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Inhalationstherapie – zu- und ableitende Kathetersysteme – Sondennahrung – Stoma-/ Kontinenzversorgung – Heimbeatmung <p>Koordination der Heimdialyse in Zusammenarbeit mit dem Dialysezentrum</p> <p>Wechsel eines suprapubischen Harnblasenkatheters</p>	<p>Durchführen u. a. folgender Maßnahmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Legen und Versorgen transurethraler Einmal- und Dauerkatheter sowie nasogastraler Magensonden – Wechsel von perkutanen gastralen Austauschsystemen – Handhabung zu- und ableitender Systeme (Katheter, Drainagen, Infusionen, Kanülen, Stomata, Tuben, externe Ventrikeldrainage) – Anleiten Betroffener zur fachgerechten Handhabung – Stomaversorgung inkl. Wechsel einer Trachealkanüle bei plastischem Tracheostoma – Unterstützen beim Kontinenztraining <p>Weiterverordnung von Medizinprodukten (§ 15a GuKG)</p> <p>Koordination der Zusammenarbeit u. a. mit dem Dialysezentrum</p>	<p>Organisation</p> <p>Vorbereiten von Rezepten, Verordnungen, Befunden, Überweisungen, Einweisungen, Krankenstandsmeldungen etc.</p> <p>Assistenz bei unterschiedlichen Therapiemaßnahmen</p>	<p><u>Erweitertes PV-Team:</u> Physiotherapeut/in Diätologe/Diätologin Mobile Dienste</p>

Fortsetzung nächste Seite

	Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin	Gehobener Dienst GuK/DGKP	Ordinationsassistentz	Zusammenarbeit mit ...
3.1.5	Medizinisch-ärztliche Beratung/Schulungen hinsichtlich krankheitsbezogener Problemstellungen im Lebensumfeld, um Gesundheitskompetenz zu stärken	<p>Allgemeines Begleiten, Anleiten, Beraten und Unterstützen spezifischer Zielgruppen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Bedarfserschätzung und Durchführen spezieller Alltagsunterstützung/Selbsthilfetraining – prospektive Abschätzung möglicher Komplikationen/Probleme im Behandlungsverlauf und Reduktion dieser mittels Informationsarbeit, präventiver Maßnahmen bzw. Prophylaxen (Dekubitus, Sturz, Infektion, etc.) – Anleitung von Pat. sowie An- und Zugehörigen/Familien in der Handhabung medizindagnostischer und medizinterapeutischer Interventionen gemäß ärztlicher Anordnung (z. B. s. c. Injektion, Aerosole) – Entlastungsstrategien für pflegende An- und Zugehörige – Unterstützen bei Selbstmanagementaufgaben im medizinischen, sozialen und emotionalen Management der Krankheit (Empowerment) <p>Spezielle pflegerische Beratung/Schulung zu krankheitsbezogenen Problemstellungen im Lebensumfeld zur Stärkung der Gesundheitskompetenz, der Selbsttherapie und Selbstpflege (Selbstmanagement) <small>(Weiterbildung empfohlen)</small></p>	<p>Informationsarbeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> – macht AM/DGKP auf evtl. Risikopatienten aufmerksam – vermittelt Infomaterial – Information über Schulungen in PV-Einheit und sozialem Umfeld 	<p><u>Erweitertes PV-Team:</u> FA/FÄ für Kinder- und JHK Diätologe/Diätologin Physiotherapeut/in Ergotherapeut/in Logopäde/Logopädin Psychotherapeut/in Psychologe/Psychologin Sozialarbeiter/in Mobile Dienste</p>
3.2	Hausbesuche und aufsuchende Dienste			
3.2.1	Routine-Hausbesuch im Falle medizinischer Notwendigkeit bei chronischen Erkrankungen im Wohnumfeld, in Pflegeheimen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen: Verlaufskontrolle, ggf. Therapieanpassung, Therapiegespräch; ggf. Delegation der Behandlung (inkl. Handlungsanleitung)	Durchführen des vom Arzt / der Ärztin delegierten Hausbesuchs bei chronisch Kranken im Wohnumfeld bis zum Auftreten regelwidriger Zustände inkl. Pflegediagnostik, -planung und -evaluierung, Kontrolle des Pflege- und Therapieverlaufs und Pflegeberatung	Terminkoordination, Vor- und Nachbereitung patientenbezogener Formulare und Untersuchungsmaterialien, Administration, Organisation und Koordinierung aufsuchender Dienste gemäß Anordnung	<p><u>Erweitertes PV-Team:</u> Mobile Dienste Sozialarbeiter/in Diätologe/Diätologin</p>

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 5.3 – Seite 6 von 6

	Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin	Gehobener Dienst GuK/DGKP	Ordinationsassistenz	Zusammenarbeit mit ...
3.3	Unterstützung in der psychosozialen und sozialmedizinischen Versorgung			
3.3.1	Koordination bedarfsspezifisch erforderlicher Gesundheits- und Sozialberufe bzw. Dienste	Koordination bedarfsspezifisch erforderlicher Gesundheits- und Sozialberufe bzw. Dienste	Organisation erforderlicher Gesundheits- und Sozialberufe bzw. Dienste	

5.5.4 Besondere Versorgungsanforderungen bei Menschen mit psychischen Störungen

Tabelle 5.4:

Besondere Versorgungsanforderungen bei Menschen mit psychischen Störungen

	Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin	Gehobener Dienst GuK/DGKP	Ordinationsassistentz	Zusammenarbeit mit ...
4.1	Identifizieren und Behandeln von Patientinnen/Patienten mit psychischen bzw. psychosomatischen Gesundheitsproblemen bei Bedarf in Zusammenarbeit mit teamexternen Berufsgruppen/Einrichtungen mit PSY-Kompetenz in allen Versorgungsstufen			
	Kompetenzen wie in Punkt 5.5.1, 5.5.2 und 5.5.3 unter besonderer Berücksichtigung der Anforderungen psychisch beeinträchtigter Patientinnen/Patienten:			
	Erkennen von und Basisdiagnostik (einschl. Status) bei psychischen Symptomen von z. B. Schlafstörungen, Angststörungen, Depressionen, Demenz, Sucht, Essstörungen, psychosomatischen Störungen, psychotische Störungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, etc. inklusive Basisbehandlung Weiterleitung zur psychologischen bzw. psychiatrischen Differenzialdiagnostik und Therapie	Erkennen von psychischen Symptomen Erkennen von Risiken im psychischen Bereich sowie Krisensituationen	Organisation bedarfsspezifisch erforderlicher Gesundheits- und Sozialberufe bzw. Dienste	<u>Erweitertes PV Team</u> Psychotherapeut/in Klin. Psychologe/Psychologin Gesundheitspsychologe/ Gesundheitspsychologin Sozialarbeiter/in Diätologe/Diätologin
4.2	Unterstützung in der psychosozialen und sozialmedizinischen Versorgung			
	wie Punkt 3.3.1	wie Punkt 3.3.1	wie Punkt 3.3.1	
4.3	Bereitstellen von Unterstützung, Information, Anleitung und Beratung für Patientinnen/Patienten sowie Familien /An- und Zugehörige / betreuende Personen von Menschen mit einer psychischen Erkrankung			
4.3.1	wie in Punkt 3.1.5	wie in Punkt 3.1.5	wie in Punkt 3.1.5	

5.5.5 Besondere Versorgungsanforderungen bei Kindern und Jugendlichen

Tabelle 5.5:

Besondere Versorgungsanforderungen bei Kindern und Jugendlichen

	Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin	Gehobener Dienst GuK/DGKP	Ordinationsassistenz	Zusammenarbeit mit ...
5.1	Basisdiagnostik, Therapie, Verlaufskontrolle von akuten Gesundheitsbeschwerden und bei Bedarf Weiterleiten, in Zusammenarbeit mit FA/FÄ KI, KJP und kinder-/jugendspezifischen Einrichtungen in allen Versorgungsstufen			
	Kompetenzen wie in Punkt 5.5.1, 5.5.2, 5.5.3 und 5.5.4 unter besonderer Berücksichtigung der Anforderungen des Kindes- und Jugendalters plus:			
	Erkennen, Beurteilen von physischen, psychischen und sozialen Auffälligkeiten, z. B. im Entwicklungsstand und Weiterleiten bei Bedarf; Erkennen von Bedarf und Vermitteln an spezifische Unterstützungsangebote (z.B. Frühe Hilfen)	Erkennen von physischen, psychischen und sozialen Auffälligkeiten und Weiterleiten an den Arzt / die Ärztin für AM Erkennen von Bedarf und Vermitteln an spezifische Unterstützungsangebote (z.B. Frühe Hilfen)	Verteilen von Informationsmaterial zu spezifischen Unterstützungsangeboten (z.B. Frühe Hilfen)	Erweitertes PV-Team: FA/FÄ für Kinder- und JHK Diätologe/Diätologin Physiotherapeut/in Ergotherapeut/in Logopäde/Logopädin Psychotherapeut/in Psycholog/Psychologin Sozialarbeiter/in Mobile Dienste
5.2	Langzeitversorgung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher			
	Kompetenzen analog zum Umfang für (Langzeit)-Versorgung chronisch Kranker und Zusammenarbeit mit spezialisierten Einrichtungen			
5.3	Sonderleistungen Mutter-Kind-Pass			
	Durchführung und Koordination der Untersuchungen gemäß Mutter-Kind-Pass	Mitwirkung bei der Durchführung und Koordination der Untersuchungen gemäß Mutter-Kind-Pass	Organisatorisches Mitwirken bei Mutter-Kind-Passuntersuchungen	
5.4	Hausbesuche und aufsuchende Dienste			
	wie in Punkt 5.5.1 und 5.5.3	wie in Punkt 5.5.1 und 5.5.3	wie in Punkt 5.5.1 und 5.5.3	
5.5	Unterstützung in der psychosozialen und sozial-medizinischen Versorgung			
	Koordination bedarfsspezifisch erforderlicher Gesundheits- und Sozialberufe bzw. Dienste unter Berücksichtigung des Kinderschutzes	Koordination bedarfsspezifisch erforderlicher Gesundheits- und Sozialberufe bzw. Dienste unter Berücksichtigung des Kinderschutzes	wie in Punkt 3.3.1	

Fortsetzung nächste Seite

	Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin	Gehobener Dienst GuK/DGKP	Ordinationsassistenz	Zusammenarbeit mit ...
5.6	Bereitstellen von Unterstützung, Information, Anleitung und Beratung für Patientinnen/Patientinnen, Familien / An- und Zugehörige / betreuende Personen von Kindern und Jugendlichen insbes. mit einer chronischen und/oder psychischen Erkrankung bzw. mit Behinderung(en)			
	Kompetenzen wie in Punkt 3.1.5. unter besonderer Berücksichtigung des Lebensumfeldes und der Entwicklungsphasen und -stufen			<u>Erweitertes PV-Team:</u> FA/FÄ für Kinder- und JHK Diätologe/Diätologin Physiotherapeut/in Ergotherapeut/in Logopäde/Logopädin Psychotherapeut/in Psychologe/Psychologin Sozialarbeiter/in Mobile Dienste

5.5.6 Besondere Versorgungsanforderungen bei alten Menschen

Tabelle 5.6:
Besondere Versorgungsanforderungen bei alten Menschen

	Allgemeinmedizin	Gehobener Dienst GuK/DGKP	Ordinationsassistenz	Zusammenarbeit mit ...
6.1	Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle geriatrischer Patientinnen/Patienten unter Berücksichtigung ihrer individuellen Bedürfnisse in Zusammenarbeit mit geriatrischen Einrichtungen in allen Versorgungsstufen			
6.1.1	Kompetenzen wie in Punkt 5.5.1, 5.5.2, 5.5.3 und 5.5.4 unter besonderer Berücksichtigung altersbedingter Veränderungen plus:			
	<p>Weiterführende Diagnostik und Behandlung anhand des Geriatrischen Basisassessments</p> <p>Medikamentenmanagement (PIM, Polypharmazie wie in Punkt 3.1.1)</p> <p>Weiterleiten bei Bedarf</p>	<p>Geriatrisches Basisassessment, Weiterleiten bei Bedarf an Arzt/Ärztin für AM</p> <p>Erheben des Unterstützungsbedarfs des sozialen Umfeldes bzw. der An- und Zugehörigen</p> <p>Allgemeines Unterstützen des alten Menschen im Medikamenten- und Alltagsmanagement</p> <p>Entwickeln und Anwenden/Durchführen allgemeiner pflegerischer Präventionsstrategien und Interventionen</p> <p>Unterstützen eines selbstbestimmten Lebens inkl. bestmöglicher Mobilität; Empowerment zum Erhalt/Fördern von Lebensqualität und Selbständigkeit</p> <p>Entwicklung und Anwendung/Durchführung spezieller pflegerischer Präventionsstrategien und Interventionen (Weiterbildung empfohlen)</p>		<p><u>Erweitertem PV-Team:</u> klin. Psychologe/Psychologin Psychotherapeut/in Diätologe/Diätologin Physiotherapeut/in Ergotherapeut/in Logopäde/Logopädin Sozialarbeiter/in Mobile Dienste</p>
6.2	Hausbesuche und aufsuchende Dienste			
	wie in Punkt 5.5.1 und 5.5.3	wie in Punkt 5.5.1 und 5.5.3		

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 5.6 – Seite 2 von 2

	Allgemeinmedizin	Gehobener Dienst GuK/DGKP	Ordinationsassistenz	Zusammenarbeit mit ...
6.3	Unterstützung in der psychosozialen und sozialmedizinischen Versorgung			
	Koordination bedarfsspezifisch erforderlicher Gesundheits- und Sozialberufe bzw. Dienste unter Berücksichtigung des Schutzes der persönlichen Freiheit und der körperlichen Integrität	Koordination bedarfsspezifisch erforderlicher Gesundheits- und Sozialberufe bzw. Dienste unter Berücksichtigung des Schutzes der persönlichen Freiheit und der körperlichen Integrität	wie in Punkt 3.3.1	
6.4	Bereitstellung von Unterstützung, Information, Anleitung und Beratung für PatientInnen sowie Familien/An- und Zugehörige/betreuende Personen von alten Menschen			
	wie in Punkt 5.5.3 / 3.1.5	wie in Punkt 5.5.3 / 3.1.5	wie in Punkt 5.5.3 / 3.1.5	

5.5.7 Rehabilitative Therapie

Tabelle 5.7:
Rehabilitative Therapie

	Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin	Gehobener Dienst GuK/DGKP	Ordinationsassistenz	Zusammenarbeit mit ...
7.1	Unterstützung in der Organisation der bedarfsspezifischen rehabilitativen wohnortnahen Versorgung			
	Die Koordination bedarfsspezifisch erforderlicher Gesundheits- und Sozialberufe inklusive Unterstützung bei administrativen Erfordernissen ist sicherzustellen			
7.2	Aufsuchen und Unterstützen der Patientinnen/Patienten im Lebensumfeld (bei medizinischer Notwendigkeit)			
	Die Koordination bedarfsspezifisch erforderlicher Gesundheits- und Sozialberufe inklusive Unterstützung bei administrativen Erfordernissen ist sicherzustellen			

5.5.8 Palliativversorgung

Tabelle 5.8:
Palliativversorgung

	Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin	Gehobener Dienst GuK/DGKP	Ordinationsassistenz	Zusammenarbeit mit ...
8.1	Verbessern der Lebensqualität am Lebensende			
	Kompetenzen wie in Kapiteln 1, 2, 3, 4 und 6 plus			
8.1.1	<p>Allgemeine ambulante palliativmedizinische Versorgung so lange bis eine spezielle palliativmedizinische Versorgung erforderlich ist in den Bereichen - Ernährungstherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Symptomkontrolle (Übelkeit, Erbrechen, Atemnot, Müdigkeit, Schmerz, Obstipation, Depression) - Schmerztherapie (siehe auch 3.1.2) - vorausschauende Behandlungsplanung inklusive Patientenverfügung <p>Weiterleiten bei Bedarf</p>	<p>Symptombeobachtung (Übelkeit, Erbrechen, Atemnot, Müdigkeit, Schmerz, Obstipation, Depression); Weiterleiten zum Arzt / zur Ärztin für Allgemeinmedizin</p> <p>Mitwirken an der Schmerztherapie (siehe auch 3.1.2)</p> <p>Unterstützen/Gewährleisten eines selbstbestimmten Lebens inkl. bestmöglicher Mobilität</p> <p>Vorausschauende Pflegeplanung</p> <p>Anleitung/Beratung/Schulung von An- und Zugehörigen</p>	<p>Organisation von interdisziplinären/multiprofessionellen Fallbesprechungen</p>	<p><u>Erweitertes PV-Team</u> Mobiles Palliativteam (MPT) und andere Mobile Dienste Physiotherapeut/in Diätologe/Diätologin Sozialarbeiter/in Psychotherapeut/in Logopäde/Logopädin</p>
8.1.2	<p>Feststellung des Bedarfes an spezialisierter Palliativversorgung (Palliativstation, stationäres Hospiz, mobiles Hospizteam, Mobiles Palliativteam (MPT))</p>	<p>Erkennen des Bedarfes an spezialisierter Palliativpflege</p> <p>Zusammenarbeit mit dem mobilen Palliativ-/Hospizteam</p>	<p>Organisation des MPT oder des Transfers in eine andere Einrichtung</p>	
8.2	Unterstützung in der psychosozialen und sozialmedizinischen Versorgung			
8.2.1	wie in Punkt 5.5.3 / 3.3.1	wie in Punkt 5.5.3 / 3.3.1	wie in Punkt 5.5.3 / 3.3.1	
			<p>Organisation von interdisziplinären/multiprofessionellen Fallbesprechungen</p>	

5.5.9 Gesundheitsförderung und Prävention

Tabelle 5.9:
Gesundheitsförderung und Prävention

	Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin	Gehobener Dienst GuK/DGKP	Ordinationsassistenten	Zusammenarbeit mit ...
9.1	Präventive Maßnahmen betreffend allgemeiner und spezifischer Gesundheitsrisiken			
	Siehe auch Abschnitt 5.2 und 5.3	Siehe auch Abschnitt 5.2 und 5.3		
	<p>Vorsorgeuntersuchungen lt. geltendem Programm und bei Bedarf Weiterleiten an das erweiterte Team</p> <p>Erkennen von Erkrankungsrisiken und bei Bedarf Frühintervention und Weiterleiten an das erweiterte PV-Team</p> <p>Impfberatung im Rahmen des österreichischen Impfplans, Impfungen, Kurzintervention und bei Bedarf Weiterleiten bei lebensstil- bzw. lebensumfeldassoziierten Risiken insbesondere in Bezug auf</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ernährung - Rauchen - Alkoholkonsum - Bewegungsmangel - psychosoziale Risikofaktoren 	<p>Unterstützen gesunder Lebensführung durch ressourcenorientierte Kommunikation und Verweis auf bestehende Angebote</p> <p>Mitwirken bei Vorsorgeuntersuchungen und Impfprogrammen</p>	<p>Organisation und Verteilung von Informationsmaterialien zum Thema Prävention</p> <p>Organisatorisches Mitwirken bei Vorsorgeuntersuchungen und Impfprogrammen (z. B. Erinnerungssysteme)</p>	<p><u>Erweitertes PV-Team:</u> FA/FÄ für Kinder- und JHK Diätologe/Diätologin Physiotherapeut/in Ergotherapeut/in Logopäde/Logopädin Psychotherapeut/in Psychologe/Psychologin Sozialarbeiter/in Mobile Dienste</p>
9.2	Präventive Maßnahmen betreffend geriatrische Gesundheitsrisiken			
	siehe Punkt 5.5.6			

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 5.9 – Seite 2 von 2

	Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin	Gehobener Dienst GuK/DGKP	Ordinationsassistenz	Zusammenarbeit mit ...
9.3	Mitwirken an gemeindenahen Gesundheitsförderungsmaßnahmen und -programmen			
	Die Gestaltung gesunder Lebenswelten (Schule, Familie, Gemeinde etc.) ist zentraler Ansatzpunkt, um Gesundheit zu stärken und gesunde Rahmenbedingungen zu schaffen. PHC-Einrichtungen als eine regional vernetzte Organisation könnten sich zukünftig auch mit den vorhandenen Kompetenzen in diese Prozesse sinnvoll einbringen. Über konkrete Möglichkeiten sollen über internationale MOGP (Modelle guter Praxis) sowie regionale Pilotversuche Erfahrungen gesammelt werden. Etwaige Kompetenzbereiche sollen im Anschluss daran definiert werden.			

5.5.10 Familienplanung, Schwangerschaftsberatung und Säuglingsuntersuchung

Tabelle 5.10:

Familienplanung, Schwangerschaftsberatung und Säuglingsuntersuchung

	Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin	Gehobener Dienst GuK/DGKP	Ordinationsassistenten	Zusammenarbeit mit ...
10.1	Beraten hinsichtlich Verhütung und Familienplanung in Zusammenarbeit mit den Fachbereichen GGH und URO			
	Wie in Kapiteln 1, 2, 4, 5 plus:	Wie in Kapiteln 1 und 5 plus:		
	Information zu Fragen der Kontrazeption und Überweisung an Facharzt/-ärztin f. GGH Allg. Medikation in der Schwangerschaft bei akuten Erkrankungen (z. B. grippaler Infekt) Erkennen von Risikosituationen und zielgerichtetes Weiterleiten			<u>Erweitertes PV-Team:</u> FA/FÄ f. Gynäkologie FA/FÄ für Kinder- und JHK Hebamme Psychotherapeut/in Psychologe/Psychologin Sozialarbeiter/in
	Information bzgl. Kinderwunsch und Weiterleiten an spezialisierte Einrichtungen			
	Erkennen von Bedarf und Vermitteln an spezifische Unterstützungsangebote (z.B. Frühe Hilfen)	Erkennen von Bedarf und Vermitteln an spezifische Unterstützungsangebote (z.B. Frühe Hilfen)	Verteilen von Informationsmaterial zu Angeboten wie z.B. Frühen Hilfen	
	Allgemeinmedizinische Beratung zu Schwangerschaft, Geburt und Stillen			
10.2	Sonderleistungen Mutter-Kind-Pass			
	Durchführung und Koordination der Untersuchungen gemäß Mutter-Kind-Pass	Mitwirkung bei der Durchführung und Koordination der Untersuchungen gemäß Mutter-Kind-Pass	Organisatorisches Mitwirken bei Mutter-Kind-Passuntersuchungen	

5.5.11 Spezielle Aufgaben fakultativ und regional geregelt

Tabelle 5.11:

Spezielle Aufgaben fakultativ und regional geregelt

	Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin	Gehobener Dienst GuK / DGKP	Ordinationsassistentenz	Zusammenarbeit mit ...
11.1	Öffentliche Gesundheitsaufgaben			
	Übertragungsmöglichkeiten durch Gemeinden im Rahmen der rechtlichen Möglichkeiten und entsprechend der Regelungen auf Landesebene (z. B. Leichenbeschau).			
11.2	Substitutionstherapie			
	Möglichkeiten der Substitution gemäß rechtlicher Bestimmungen, bei Bedarf Weiterleiten an FA/FÄ f. Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin sowie andere FÄ mit entsprechenden Schwerpunkten	Mitwirken im Rahmen des Substitutionsprogrammes	Organisatorisches Mitwirken in der Substitutionsbehandlung	<u>Erweitertes PV-Team:</u> Psychotherapeut/in Psychologe/Psychologin Sozialarbeiter/in

6 Glossar

Begriff	Erläuterung
Ask-me-3-Technik	Ask-me-3-Technik bedeutet routinemäßig sicherzustellen, dass Patientinnen und Patienten verstehen: 1) Was ist mein Hauptproblem? 2) Was kann ich dagegen tun? 3) Warum soll ich das tun? Warum ist das wichtig? (http://www.npsf.org/askme3)
Allgemeinzustand	Der Begriff Allgemeinzustand dient zur orientierenden Beschreibung der allgemeinen körperlichen und geistigen Verfassung eines Patienten. Hierzu gehören unter anderem Konstitution, Körperhygiene, Mobilität, Aktivität, Fähigkeit zur Selbstversorgung und weitere Parameter. Neben dem Allgemeinzustand werden im Rahmen der ärztlichen Untersuchung der Ernährungszustand und – bei Kindern – der Entwicklungszustand beurteilt.
Alter (älterer Mensch) – siehe auch <i>Geriatrischer Patient</i>	Die Definition des Lebensalters richtet sich nach der Anzahl der seit der Geburt verstrichener Jahre. Eine aktuelle Definition von UN und WHO differenziert wie folgt: » 60 bis 75 Jahre – ältere Menschen (junge, aktive Alte) » 76 bis 90 Jahre – alte Menschen (Hochbetagte) » 90 bis 100 Jahre – sehr alte Menschen (Höchstbetagte) » > 100 Jahre – Centenarians (langlebige Menschen, Hundertjährige)
Anamnese	Die Anamnese ist eine systematische Befragung. Sie wird von Arzt/Ärztin oder einer anderen mit der Behandlung betrauten Person durchgeführt, um die aktuellen Beschwerden, die gesundheitliche Vorgeschichte, besondere Dispositionen (z. B. Allergien), die Lebensumstände und das genetische Risiko des Patienten / der Patientin zu erfassen. Die Bezeichnung Anamnese wird sowohl für den Vorgang – die Anamneseerhebung – als auch für den Inhalt der Krankengeschichte verwendet. Von der Anamnese abgegrenzt wird das gezielte Gewinnen weiterer Informationen durch die Exploration.
Anleitung (Pflege)	Der Begriff <i>Anleitung</i> steht für eine pädagogisch geleitete Interaktion von Pflegekräften mit unterschiedlichen Zielgruppen. Die angeleitete Interaktion dient dazu spezifische Fähigkeiten und Fertigkeiten zu entwickeln, um die pflegerische Handlungskompetenz zu erhöhen. Das Anleiten als pflegerisches Leistungsangebot und edukative Aufgabe, soll demnach den Patienten/Patientinnen / An-/Zugehörigen der Aneignung alltagspraktischer Handlungskompetenz dienen. Wonach sie eine gesundheitsbedrohliche Situation bzw. die möglichen Konsequenzen daraus (z. B. Pflegebedürftigkeit) besser bewältigt können (Ewers 2001, 6–7).

Begriff	Erläuterung
Assessment (Pflege)	<p>Bedeutet: Beurteilung, Bewertung, Einschätzung</p> <p>Dabei handelt es sich um ein umfassendes, systematisches Erheben von relevanten Daten, anhand derer der Zustand eingeschätzt werden kann und kontinuierlich stattfindet.</p> <p>Erstassessment ist das systematische Erheben von Daten, die die aktuelle und vergangene Pflegesituation (ATL, IADL) abbilden und die Grundlage für die Pflegeplanung darstellen. Das pflegerische Erstassessment erfolgt im Rahmen des Erst- oder Eintrittsgesprächs. Skalen können, wenn notwendig, angewandt werden. Der Umfang des Assessments wird vom Bedarf bestimmt.</p> <p>Fokussierte Assessmentverfahren, insbesondere bei Diabetes, COPD, Bluthochdruck, kardiovaskulären Erkrankungen, chronischen Wunden, psychischen/psychiatrischen Erkrankungen, Niereninsuffizienz und Transplantation) sind zielgerichtet auf ein spezifisches bekanntes oder zu erwartendes Problem. Wie zum Beispiel für psychosoziale Aspekte, Ernährung, Diabetes, soziale Beziehungen usw. (vgl. Rappold et al. 2010).</p>
Aufgabenprofil – Primärversorgung	<p>Es beschreibt aggregiert ärztliche und nichtärztliche bzw. Aufgaben/Tätigkeiten anderer Gesundheitsberufe der Primärversorgung mit Orientierung an Patienten/Patientinnen als Zielgruppen mit unterschiedlichen Erkrankungen (früher <i>Leistungsprofil</i>) (vgl. Paretta 2015)</p>
Basisdiagnostik	<p>Basisdiagnostik in der Primärversorgung inkludiert: allgemeine, fachspezifische, berufsgruppenspezifische – inkl. apparativer Diagnostik – Erhebung des Gesundheitsstatus einer Person (Messen von Fieber, Puls, Blutdruck, etc.)</p>
Befugnisse	<p>In den Kompetenzprofilen sind dies Aufgaben und Tätigkeiten, zu deren Ausübung und Übernahme die Berufsgruppe(n) berechtigt sind. Rechtliche Grundlage(n) für das Kernteam ist das jeweilige Berufsrecht; weitere Grundlagen dafür können Stellen- und Arbeitsplatzbeschreibungen sein, die als verbindliche Organisations- und Führungsmittel eingesetzt werden.</p>
Beratung (Pflege)	<p>London (2010) bezeichnet Beratung als ergebnisoffenen gemeinsamen Problemlösungsprozess. Brieskorn-Zinke (2006) unterscheidet Beratung von Anleitung dahingehend, dass keine Ratschläge, Anleitungen und Überzeugungen vermittelt und angeboten werden, sondern dass in einem Beratungsgespräch gemeinsam individuelle Lösungsstrategien nach den Bedürfnissen, Erfordernissen, Ressourcen und Möglichkeiten des Patienten / der Patientin entwickelt werden.</p>

Begriff	Erläuterung
Bio-psycho-soziales Modell	<p>„Das biopsychosoziale Modell gilt inzwischen als die bedeutendste Theorie für die Beziehung zwischen Körper und Geist. Mit ihm ließ sich das über Jahrhunderte fortbestehende logische und empirisch-wissenschaftliche Problem der <i>Psychosomatik</i> auf systemtheoretischer (und semiotischer) Basis einigermaßen zufrieden stellend lösen. Nach diesem Modell eines ganzheitlichen Krankheitsverständnisses kann es keine psychosomatischen Krankheiten geben – genau so wenig wie es nicht-psychosomatische Krankheiten gibt. Krankheit stellt sich dann ein, wenn der Organismus die autoregulative Kompetenz zur Bewältigung von auftretenden Störungen auf beliebigen Ebenen des Systems <i>Mensch</i> nicht ausreichend zur Verfügung stellen kann und relevante Regelkreise für die Funktionstüchtigkeit des Individuums überfordert sind bzw. ausfallen. Wegen der parallelen Verschaltung der Systemebenen ist es nicht so bedeutsam, auf welcher Ebene oder an welchem Ort eine Störung generiert oder augenscheinlich wird, sondern welchen Schaden diese auf der jeweiligen Systemebene, aber auch auf den unter oder übergeordneten Systemen zu bewirken imstande ist. Krankheit und Gesundheit sind im biopsychosozialen Modell nicht als ein Zustand definiert, sondern als ein dynamisches Geschehen. So gesehen muss Gesundheit in jeder Sekunde des Lebens <i>geschaffen</i> werden.“ (Egger 2005, 146)</p>
Case- und Care Management	<p>Case Management ist ein Modell zur Organisation der Versorgung von komplexen Fällen, das darauf abzielt das bestehende Angebot an den individuellen Bedarf anzupassen. Wir verstehen Case Management als Handlungsansatz, der sich vor allem dadurch auszeichnet, dass während einer Betreuungsepisode eines Klienten (<i>over time</i>) und quer zu den Grenzen von Versorgungseinrichtungen und -sektoren sowie Professionen (<i>across services</i>) ein maßgeschneidertes Versorgungspaket (<i>package of care</i>) erhoben, geplant, implementiert, koordiniert und evaluiert werden soll (ÖGCC 2015).</p>
Differenzialdiagnostik	<p>Gesamtheit aller Diagnosen, die alternativ als Erklärung für die erhobenen Symptome (Krankheitszeichen) oder medizinischen Befunde in Betracht zu ziehen sind oder in Betracht gezogen worden sind.</p>
Erstkontakt	<p>Bezeichnet die Kontaktaufnahme mit/bei neuen Patientinnen und Patienten (vgl. Paretta, P. et al. (2015))</p>
Evaluierung	<p>Evaluation ist die Gegenüberstellung von einem IST gegenüber einem geplanten SOLL und den daraus resultierenden Empfehlungen.</p> <p>Die Evaluierung/Evaluation bezeichnet im Rahmen der Pflege die systematische Bewertung der Zielerreichung. Das geplante Ziel wird mit dem tatsächlichen Zustand zum Zeitpunkt der Evaluation verglichen und bewertet. Das Ergebnis der Evaluation zeigt den Grad der Zielerreichung. Sie erfolgt zu den bei der Zielbeschreibung festgelegten Zeitpunkten/Kontrollintervallen (vgl. Rappold et al. 2010).</p>

Begriff	Erläuterung
Gebarung	Der Begriff Gebarung bezeichnet in diesem Fall die <i>Haushaltsführung</i> von Arzneimitteln und Medizinprodukten, d. h. deren Bestellung, Lagerung und Entsorgung, in der Primärversorgungseinheit.
Geriatrischer Patient – (siehe auch Alter)	Definiert werden <i>Geriatrische Patienten</i> nach der Definition der zentraleuropäischen Arbeitsgemeinschaft Geriatrisch–Gerontologischer Gesellschaften (1990). Darin ist dieser ein biologisch älterer Patient, der durch altersbedingte Funktionseinschränkungen im Rahmen von chronischen und akuten Erkrankungen zusätzlich gefährdet ist, zur Multimorbidität neigt und bei dem ein besonderer Handlungsbedarf in rehabilitativer, somato–psychischer und psychosozialer Hinsicht besteht. Hinzu kommen im klinischen Alltag die häufig atypische Symptomenpräsentation, verlängerte Krankheitsverläufe und Rehabilitationszeiten, eine vielfach veränderte Reaktion auf Medikamente in Kombination mit Frailty (Gebrechlichkeit), Fehl–/Mangelernährung, Inkontinenz, Stürze, kognitive Einschränkungen sowie interventionsbedürftige psycho–soziale Symptome (Quelle: Österreichische Gesellschaft für Geriatrie 2014).
Geriatrisches Basisassessment	<p>https://www.geriatrie-online.at/publikationen/</p> <p>Der publizierte Folder dient dazu, bei älteren, multimorbiden Patienten/Patientinnen den Gesundheitszustand in fünf Dimensionen – physisch, psychisch, sozial, ökonomisch und Selbsthilfefähigkeit – zu erfassen und umfassend zu evaluieren. Für jeden der zu erhebenden Bereiche wie Aktivitäten des täglichen Lebens oder Kognition stehen jeweils zwei Testinstrumente zur Verfügung, die alternativ verwendet werden können. Ergänzt wird der Folder durch <i>geriatrische</i> Basisfragen, die eigentlich jedem Patienten / jeder Patientin über 60 gestellt werden müssten, um Frühwarnzeichen einer beginnenden Krankheit oder Verschlechterung des Allgemeinzustandes zu erfassen.</p>
Impairment (ICF)	<p>Die Weltgesundheitsorganisation formulierte 1980 und 2001 eine <i>Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit und Behinderung</i> (ICIDH 1 und ICIDH 2, International Classification of Functioning, Disability and Health).</p> <p>Darin wird nicht mehr die Orientierung an Defiziten (Defizitorientierung) in den Vordergrund gestellt, sondern das Ziel der Teilhabe an den verschiedenen Lebensbereichen. Die WHO unterschied damals</p> <ul style="list-style-type: none"> » impairment (Schädigung), » disability (Funktionseinschränkung) und » handicap (soziale Beeinträchtigung). <p>In der Fassung aus dem Jahr 2005 (ICF, <i>Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit</i>) wurde das Wort <i>handicap</i> nicht mehr verwendet, sondern die Formulierung <i>Beeinträchtigung der Teilhabe an der Gesellschaft</i> gewählt.</p>

Begriff	Erläuterung
Informieren und Aufklären	Beim Informieren und Aufklären werden in erster Linie Kenntnisse und Wissen vermittelt, beispielsweise über die Wirkung von Medikamenten, die Notwendigkeit der Flüssigkeitsaufnahme oder hygienischer Maßnahmen. Information – meint auch Mitteilung – die entweder persönlich oder aber auch durch eine sorgfältige Auswahl unterschiedlicher Medien wie Bücher, Broschüren oder Internetseiten zur Verfügung gestellt werden kann (Brieskorn-Zinke 2006; London 2010).
Kernteam (PV)	Das Kernteam ist als Mindestvoraussetzung einer PHC-Einrichtung definiert und besteht aus Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin, gehobenem Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und Ordinationsassistent/in. (BMG 2014)
Klinische Untersuchung	Siehe Stuserhebung
Kompetenz	Ist ein Begriff mit drei Bedeutungen: » dürfen – im Sinne von Befugnis (u. a. berufsrechtlicher Natur) » können – im Sinne von Know how bzw. beruflichem Können* » müssen – aufgrund eines Amtes / einer Position / einer Rolle agieren *Die Anbindung von Schlüsselqualifikationen an konkretes berufliches Handeln ergibt das Können / die Handlungsfähigkeit einer Person, die als Kompetenz bezeichnet wird. Sie stellt somit die erwiesene individuelle Fähigkeit dar, das Know how, die Fähigkeiten und Fertigkeiten, Qualifikationen oder das erworbene Wissen zur Bewältigung sowohl üblicher als auch neuer beruflicher Situationen und Anforderungen einzusetzen (vgl. Descy7Tessaring 2002 in Rottenhofer et al. 2003).
Motivierende Gesprächsführung	Die <i>Motivierende Gesprächsführung</i> ist ein von William Miller und Stephen Rollnick entwickelter Beratungsansatz mit dem Ziel, Klientinnen/Klienten bzw. Patientinnen/Patienten zu gesundheitsförderlichen Verhaltensänderungen zu motivieren (Rollnick et al. 2012).
Pathogenese	Die Pathogenese ist ein vorwiegend krankheitsorientiertes Modell und beschreibt die Entstehung und Entwicklung einer Krankheit, mit allen daran beteiligten Faktoren (körperliche, personale, verhaltensgebundene, soziokulturelle, humanökologische); (Melchart 2005, 9–21).
PIM–potenziell inadäquate Medikation	Wegen eines erhöhten Risikos an unerwünschten Arzneimittelereignissen gilt die Gabe bestimmter Arzneimittel bei älteren Patienten/Patienten als potenziell inadäquate Medikation (Holt et al. 2010).
Polypharmazie	Bezeichnet die gleichzeitige Einnahme von mehr als fünf Medikamenten. Definition Anlehnung an WHO (FG Q, Sitzung 26. 1. 2016)
Primärversorgungsteam	Besteht aus einem Kernteam (siehe dort) und einem erweiterten Team, in welches andere Gesundheitsberufe strukturiert eingebunden werden (BMG 2014, 15).
Salutogenese	Der Medizinsoziologe und Stressforscher Aaron Antonovsky (1923–1994) entwickelte die Salutogenese als analoges und komplementäres Konzept zur Pathogenese. Während die Pathogenese die Lehre der Entstehung von Krankheit ist (Defizitorientierung), geht die Salutogenese der Frage nach der Entstehung von Gesundheit und einer gesunden Entwicklung des Menschen nach (Ressourcenorientierung); (Antonovsky 1997).

Begriff	Erläuterung
Schulung	Schulen bedeutet nach Brieskorn-Zinke (2006) <i>Anleiter</i> ; wird jedoch vermehrt im Zusammenhang mit Gruppen verwendet. Hier müssen lerntheoretische Grundlagen um Möglichkeiten des sozialen Lernens in der Gruppe erweitert werden.
Spontanpatient	<p>Der Begriff <i>Spontanpatient</i> stammt aus dem Manchester Triage System (MTS) und umfasst jene Patienten/Patientinnen, die nicht durch Notarzt/Notärztin in die Ambulanz gebracht und an das Ambulanzpersonal übergeben werden und somit auch nicht durch Notarzt/Notärztin in der Dringlichkeit der Behandlung eingeschätzt wurden.</p> <p>Um von einem <i>Akutpatienten</i> sprechen zu können, müsste der Patient / die Patientin zuvor ersteingeschätzt werden. Als Ergebnis der Ersteinschätzung könnte die Person zum <i>Akutpatienten</i> werden, wenn die Einschätzung eine Einstufung in <i>sofort</i> (Arztkontakt ohne Wartezeit) oder <i>sehr dringend</i> (Arztkontakt in max. 10 Minuten) ergibt (Kovacevic et al. 2011).</p>
Spurensicherung	<p>Mit Spurensicherung ist im Kontext Gewalt die Sicherstellung von Spuren gemeint, die für den Nachweis der Gewalteinwirkung von kriminalistischer Bedeutung sein könnten. Dazu gehört bei unklaren Verletzungen, dass sich die/der Betreffende vor der Untersuchung nicht duscht und sie/er die Bekleidung nicht wechseln sollte. Vor der Spurensicherung muss man sich über die zu erwartenden sichtbaren und unsichtbaren (latenten) Spuren im Klaren sein. Jeder Schritt ist zweifelsfrei zu dokumentieren, um für ein späteres Gerichtsverfahren die Beweiskette lückenlos nachvollziehen zu können. Nur das richtige Erkennen, Sichern und Auswerten einer Spur führen zum forensisch verwertbaren Sachbeweis.</p> <p>http://www.diagnose-gewalt.eu/dokumentation/dokumentation-bei-physischer-gewalt/spurensicherung (Zugriff am 29. 1. 2016)</p>
Standard Operating Procedure (SOP)	<p>Standardisierter Ablauf, übliches Prozedere, Verfahrensvorschrift;</p> <p>im medizinischen Bereich hat eine Standardarbeitsanweisung bzw. Standardvorgehensweise Verbindlichkeitscharakter.</p> <p>Quelle: http://www.dict.cc/englisch-deutsch/standard+operating+procedure.html, Zugriff 20. 3. 2015</p>
Staturerhebung	Erhebung des momentanen Zustandes mittels körperlicher Untersuchung: systematische und vollständige Untersuchung (Inspektion, Palpation, Perkussion, Auskultation, Funktionsprüfungen) des gesamten Körpers eines Patienten / einer Patientin unter Einbeziehung von Kopf, Hals, Thorax, Bauch, Wirbelsäule und Extremitäten.
Teach-back-Methode	Mit Hilfe der Teach-back-Methode soll überprüft werden, ob Patientinnen/Patienten Informationen richtig verstanden haben, indem diese zunächst gebeten werden, das Verstandene in ihren eigenen Worten zu wiederholen, und anschließend soweit notwendig Klärungen erhalten (Silverman et al. 2013).

Begriff	Erläuterung
Transtheoretisches Modell	<p>Das <i>Transtheoretische Modell</i> wurde zuerst von Prochaska und DiClemente (Prochaska/DiClemente 1982) beschrieben und umfasst sechs Stadien der Änderung von Gesundheitsverhalten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Absichtslosigkeitsstadium 2. Absichtsbildungsstadium 3. Vorbereitungsstadium 4. Handlungsstadium 5. Aufrechterhaltungsstadium 6. Abschlussstadium <p>Um gesundheitsförderliche Verhaltensänderungen zu begleiten, empfehlen sich phasensynchrone Beratungsstrategien.</p>
Strukturiertes Medikamentenmanagement	<p>Das <i>strukturierte Medikamentenmanagement</i> ist eine festgelegte Vorgehensweise in der Handhabung der Arzneimitteltherapie in der Hausarztpraxis unter Einbeziehung des Patienten / der Patientin mit dem Ziel der Qualitätssicherung und damit auch der Förderung der Arzneimitteltherapie. Das strukturierte Medikamentenmanagement besteht aus sechs Schritten, die als ein Qualitätszyklus betrachtet werden können:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Einladen des Patienten / der Patientin zu einem Medikamentencheck » Medikamentencheck und Medikamentengespräch » Weiterleiten der Informationen (Medikamentencheck und Medikamentengespräch) an den Hausarzt / die Hausärztin » Qualitätsüberprüfung (Wechselwirkungen und Interaktionen) » Medikamentengespräch zwischen Hausarzt/-ärztin und Patient/in » Dokumentation der Zielvereinbarung und Inhalte (Patientenakte) <p>http://www.oegam.at/fileadmin/user_upload/oegam.at/Newsletter/Strukturiertes_Medikamentenmanagement.pdf, Zugriff am 20.3.2015</p>
Triage Manchester Triage System (MTS)	<p>Hierbei handelt es sich um ein international anerkanntes System zur Ersteinschätzung der medizinischen Behandlungsdringlichkeit. Es wurde in England entwickelt, um die Wartezeiten in der Notaufnahme zu steuern. Innerhalb kurzer Zeit werden die Indikatoren: Lebensgefahr, Schmerzen, Blutverlust, Bewusstsein, Temperatur und Krankheitsdauer eingeschätzt und entsprechend dieser Einschätzung wird der Patient / die Patientin in eine von fünf Gruppen eingeordnet. Diesen Gruppen sind jeweils maximale Zeiten zugeordnet, nach der eine Person spätestens zur weiteren Behandlung geführt werden sollte.</p> <p>http://notfallmedizin.charite.de/standorte/campus_benjamin_franklin_cbf/notfallversorgung/manchester_triage_system, Zugriff am 20.3.2015</p>
Vorausschauende Betreuungsplanung/ Advance Care Planning (ACP)	<p>„Die ist ein freiwilliger Diskussionsprozess zwischen Patienten am Lebensende und dem Betreuungsteam. Falls der Patient es wünscht, kann er Familienangehörige und Freunde einbeziehen. Mit seinem Einverständnis sollen die Diskussionsergebnisse dokumentiert, regelmäßig auf ihre künftige Gültigkeit überprüft und an die wichtigsten Betreuungspersonen übermittelt werden. Folgende Punkte sollen bei einem ACP diskutiert werden: Die Sorgen und Wünsche des Patienten, seine Wertvorstellungen, sein Krankheitsverständnis sowie seine Präferenzen für Betreuung und Behandlung“ (Banderat et al. 2014). In diesem Zusammenhang soll/kann auch die Entscheidungsfindung im Kontext Patientenverfügung unterstützt und der Bedarf an ethischen Fallbesprechungen im Team erkannt werden.</p>

Literatur

- ÄAO: Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit über die Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum Facharzt (Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 – ÄAO 2015), BGBl. II 147/2015, 29. Mai 2015 in der geltenden Fassung
- Alamo, Miguel Munoz; Moral, Roger Ruiz; Perula de Torres, Luis Angel (2002): Evaluation of a patient-centred approach in generalized musculoskeletal chronic pain/fibromyalgia patients in primary care. In: Patient Education and Counseling 48/1:23–31
- Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie DGVT, Tübingen
- BMG (2012): Rahmen-Gesundheitsziele. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. Langfassung. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- BMG (2014): "Das Team rund um den Hausarzt". Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. 2014, Beschlossen in der Bundes-Zielsteuerungskommission am 30. Juni. Bundesgesundheitsagentur & Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- BMGF (2016): Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags. Beschlossen durch die Bundes-Zielsteuerungskommission am 21. März 2014, aktualisiert und wieder beschlossen am 7. Dezember 2016. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Bourgeault, Ivy, Lynn; Kuhlmann, Ellen; Neiterman, Elena; Wrede, Sirpa (2008): Wie kann ein optimaler Qualifikationsmix effektiv verwirklicht werden – und warum? Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme: Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand. (Tallin, Estland, 25.–27. Juni 2008). WHO, Kopenhagen
- Brieskorn-Zinke, Marianne (2006): Gesundheitsförderung in der Pflege: Ein Lehr- und Lernbuch zur Gesundheit. 3. Aufl., Kohlhammer, Stuttgart
- Chassany, O.; Boureau, F.; Liard, F.; Bertin, P.; Serrie, A.; Ferran, P.; Keddad, K.; Jolivet-Landreau, I.; Marchand, S. (2006): Effects of training on general practitioners' management of pain in osteoarthritis: a randomized multicenter study. In: Journal of Rheumatology 33/9:1827–1834
- Del Canale, S.; Louis, D. Z.; Maio, V.; Wang, X.; Rossi, G.; Hojat, M.; Gonnella, J. S. (2012): The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. In: Academic Medicine 87/9:1243–1249
- Dwamena, F.; Holmes-Rovner, M.; Gauden, C. M.; Jorgenson, S.; Sadigh, G.; Sikorskii, A.; Lewin, S.; Smith, R. C.; Coffey, J.; Olomu, A. (2012): Interventions for providers to promote a

- patient-centred approach in clinical consultations. In: Cochrane Database Syst Rev 12/1469–493X (Electronic):CD003267
- Egger, Josef W. (2005): Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. In: Psychologische Medizin 16/2:3–12
- Ewers, Michael (2001): Anleitung als Aufgabe der Pflege. Ergebnisse einer Literaturanalyse. In: Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)P01–115:
- Friedemann, Marie-Luise; Köhler, Christina (2010): Familien- und umweltbezogene Pflege. 3., vollst. überarb. u. erw. Aufl., Huber, Bern
- GfG (2015): Bundesgesetz über Maßnahmen und Initiativen zur Gesundheitsförderung, – aufklärung und –information (Gesundheitsförderungsgesetz – GfG), BGBl. I Nr. 51/1998, Fassung vom 1.7.2015
- GQG: Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz), BGBl. I Nr. 179/2004, in der geltenden Fassung.
- GuK–AV: Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales über die Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (Gesundheits- und Krankenpflege–Ausbildungsverordnung – GuK–AV), BGBl. II Nr. 179/1999, in der geltenden Fassung
- Habl, Claudia; Schnabel, Eva; Vogler, Sabine; Rosian–Schikuta, Ingrid; Takacs, Adam (2004): Öffentliche Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung in Österreich 2001. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Holt, Stefanie; Schmiedl, Sven; Thürmann, Petra A (2010): Potentially inappropriate medications in the elderly: the PRISCUS list. In: Deutsches Ärzteblatt International 107/31–32:543–551
- KEF und RZ–V 2015 (2015): Verordnung der Österreichischen Ärztekammer über Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum Facharzt, sowie über die Ausgestaltung und Form der Rasterzeugnisse, Prüfungszertifikate und Ausbildungsbücher, Kundmachung der Österreichischen Ärztekammer, Fassung vom 24.06.2015
- Kerse, Ngaire; Buetow, Stephen; Mainous, Arch G., III; Young, Gregory; Coster, Gregor; Arroll, Bruce (2004): Physician–Patient Relationship and Medication Compliance: A Primary Care Investigation. In: Annals of Family Medicine 2/5:455–461
- Kovacevic, Stefan; Kurbos, Katharina; Binder, Daniela (2011): Ersteinschätzung in der Notaufnahme nach dem Manchester Triage System (MTS). In: Pflegenetz 2/:14–16

- Künzi, Kilian; Detzel, Patrick (2007): Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute. Im Auftrag des Schweizerischen Gesundheitsobservatorium. Arbeitsdokument 27. Bundesamt für Statistik, Neuchâtel
- London, Fran (2010): Informieren, Schulen, Beraten. Praxishandbuch zur Patientenedukation. 2., durchges. u. erg. Aufl., Huber, Bern
- MAB-AV: Verordnung des Bundesministers für Gesundheit über Ausbildung und Qualifikationsprofile der medizinischen Assistenzberufe (MAB-Ausbildungsverordnung – MAB-AV), BGBl. II Nr. 282/2013, in der geltenden Fassung
- Maier, Claudia; Aiken, Linda; Busse, Reinhard (2017): Nurses in advanced roles in primary care. Policy Levers for implementation. OECD Publishing, Paris
- Mally, T.; Tönies, H.; Zehnder, K.; Fischer, G.; Glehr, R. (2001): Internationale Klassifizierung der medizinischen Primärversorgung ICPC-2. Ein Codierungssystem der Allgemeinmedizin. Im Auftrag der Deutschen, Österreichischen und Schweizer Gesellschaften für Allgemeinmedizin. WONCA International Classification Committee, Springer-Verlag, Wien
- Melchart, Dieter (2005): Theoretische Modelle von Salutogenese und Pathogenese – Gesundheit zwischen Wissenschaft und Kunst. Verbundprojekt "Hochschulen für Gesundheit". Hochschule Magdeburg – Stendal
- Menz, Florian; Sator, Marlene (2011): Kommunikationstypologien des Handlungsbereiches Medizin. In: Textsorten, Handlungsmuster, Oberflächen Linguistische Typologien der Kommunikation. Hg. v. Habscheid, Stephan. de Gruyter Lexikon, Berlin, Boston. S. 436–414
- NKLM, Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (2015): Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin. Kompetenzorientierte Lernziele [Online]. MFT Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e. V. <http://www.nklm.de/> [Zugriff am 20.5.2015]
- Nowak, Peter (2015): Leitlinien für das Arzt-Patient-Gespräch – sinnvolle Hilfestellung für den ärztlichen Alltag? In: Handbuch Sprache in der Medizin. Hg. v. Albert Busch; Spranz-Fogasy, Thomas. Aufl. . de Gruyter, Berlin/Boston. S. 348–368
- Paretta, Petra et al. (2015): Aufgabenprofil für die Primärversorgung. Vorläufiger Arbeitsentwurf im Auftrag der FG- Innovation. Zwischenstand vom 12.03.2015. Internes Arbeitspapier. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Parker, Ruth (2009): Measuring health literacy: what? So what? Now what? In: Measures of health literacy: workshop summary, Round-table on Health Literacy. Hg. v. Hernandes, L. National Academies Press, Washington DC. S. 98–91
- Rappold, Elisabeth; Rottenhofer, Ingrid; et al. (2010): Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation 2010. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. 2. Aufl., Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien

- Rottenhofer, Ingrid; Bronneberg, Gertrud; Glatz, Waltraud; Steier, Alice (2003): Offenes Curriculum Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG), Wien
- Sator, Marlene; Nowak, Peter; Menz, Florian (2015): Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Grundlagen, Analyse und erste Umsetzungsempfehlungen für eine langfristige Weiterentwicklung in Österreich. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Schmidts, Michael; Pierer, Karen (Hg.) (o.J.): Österreichischem Kompetenzlevelkatalog – für Ärztliche Fertigkeiten.
- Sorensen, K.; Van den Broucke, S.; Fullam, J.; Doyle, G.; Pelikan, J.; Slonska, Z.; Brand, H.; Consortium Health Literacy Project, European (2012): Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. In: BMC Public Health 12/:80
- Sottas, Beat; Ilona, Kickbusch; Scherrer, Adrian (2014): Gesundheitspolitik trifft Bildungspolitik. Innovation in der Gesundheitsbildungspolitik stärken. Careum Dialog 2014. Zürich
- Tamblyn, R.; Abrahamowicz, M.; Dauphinee, D.; et al. (2007): Physician scores on a national clinical skills examination as predictors of complaints to medical regulatory authorities. In: JAMA 298/9:993–1001
- Vedsted, P.; Heje, H. N. (2008): Association between patients' recommendation of their GP and their evaluation of the GP. In: Scandinavian Journal of Primary Health Care 26/4:228–234
- WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. WHO, Ottawa