



Plattform Primärversorgung



Muster- Versorgungskonzept: Manual



Hinweis: Dieses Dokument wurde von der Gesundheit Österreich GmbH erstellt, ergänzt das Muster-Versorgungskonzept um konkretisierende Inhalte und dient der Unterstützung von Personen, die eine Primärversorgungseinheit gemäß § 2 Primärversorgungsgesetz gründen oder an der Gründung einer solchen Primärversorgungseinheit interessiert sind.

Konkretisierungen zum Muster-Versorgungskonzept

M0

Die türkisfarbigen Kreise mit Nummern weisen auf jene Stellen im Muster hin, für die in diesem Manual Konkretisierungen bzw. weiterführende Erläuterungen vorhanden sind.

M1

Die regionalen Versorgungsprofile Primärversorgung (RVP PV) sind ein Service bzw. eine Hilfe für das Verfassen eines Versorgungskonzepts für eine Primärversorgungseinheit. Deren Verwendung ist nicht verpflichtend. Ziel ist es den AnwenderInnen ein Set an relevanten und regionalen Indikatoren zur Verfügung zu stellen auf das sie bei der Erstellung und Ausgestaltung eines Versorgungskonzepts zurückgreifen können.

Weitere Informationen zu den regionalen Versorgungsprofilen finden Sie im Manual zu den RVP PV.

M2

Bitte legen Sie dem Versorgungskonzept etwaige Lebensläufe der GesellschafterInnen bei.

M3

Zusatzqualifikationen umfassen sowohl medizinische (z. B. ÖÄK-Spezialisierung bzw. -Diplome) als auch nicht-medizinische Aus-/Fort-/Weiterbildungen (z. B. Master of Public Health, Qualitätsmanagement).

Die personelle Ausstattung der neuen Primärversorgungsstrukturen orientiert sich an den Anforderungen des Leistungsspektrums der Primärversorgung. Die Festlegung von Art und Anzahl der vertretenen Berufsgruppen erfolgt entsprechend den regionalen Erfordernissen (einschließlich der zeitlichen Erreichbarkeit) bedarfsorientiert auf Landesebene. Die Zusammenarbeit dieser Berufsgruppen erfolgt im **Primärversorgungsteam**, das sich aus einem **Kernteam** und **weiteren strukturiert eingebundenen Angehörigen der Gesundheits- und Sozialberufe** zusammensetzt (= Primärversorgungsteam).

Als Mindestvoraussetzungen für ein Primärversorgungsteam werden daher definiert:

Kernteam, bestehend aus folgenden Gesundheitsberufen:

- ÄrztInnen für Allgemeinmedizin
- Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson(en)
- OrdinationsassistentInnen
- Orts- und bedarfsabhängig: FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde

M4

Die Leistungen werden entweder vor Ort oder dezentral unter der medizinischen Leitung der Ärztin / des Arztes durch berufsrechtlich berechnigte Personen abgedeckt, die angestellt oder freiberuflich, aber verbindlich und strukturiert in dieses Primärversorgungsteam eingebunden sind.

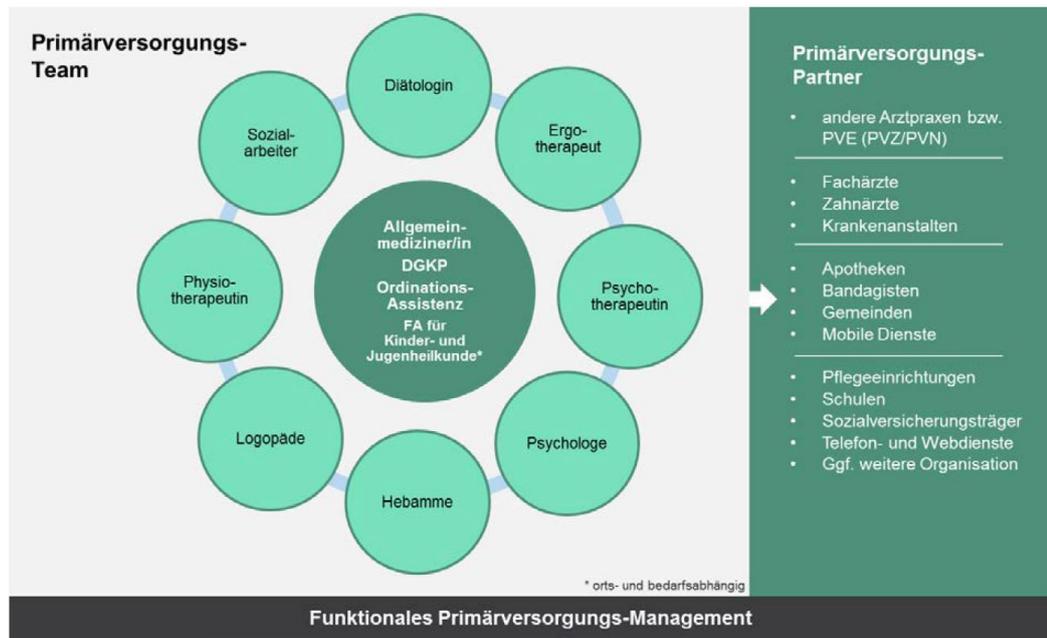
Je nach Bedarf kann das **Primärversorgungskernteam** vorrangig **um folgende primärversorgungsrelevante Berufsgruppen** (deren Einsatz ohne fachärztliche Vor- bzw. Begleitdiagnostik möglich ist) bzw. Einrichtungen **erweitert werden**, die durch **verbindliche und strukturierte Zusammenarbeit** in das **Primärversorgungsteam eingebunden** werden:

- DiätologInnen
- ErgotherapeutInnen
- Gesundheitsberufe mit einer anerkannter PSY-Kompetenz (über die Kompetenzen des Kernteams hinausgehend); diese Kompetenz kann alternativ abgedeckt sein durch ÄrztInnen mit PSY-III-Modul, eine Qualifikation als PsychotherapeutIn oder in Gesundheits- und Klinischer Psychologie
- Hebammen
- LogopädInnen
- PhysiotherapeutInnen
- SozialarbeiterInnen

Das Primärversorgungsteam steht überdies in regelmäßigem Kontakt mit folgenden Berufsgruppen (Disziplinen) und Einrichtungen, die **nicht organisatorischer Teil** der neuen Primärversorgungsstruktur sind. Solche **PrimärversorgungspartnerInnen** (=KooperationspartnerInnen) sind bzw. können sein:

- Apotheken
- BandagistInnen
- FachärztInnen
- Gemeinden
- Krankenanstalten
- Pflegeeinrichtungen
- Schulen
- Sozialversicherungsträger
- Telefon- und Webdienste
- ggf. weitere Organisationen wie z. B. Rettungs-, Bereitschafts-, Notdienste
- ZahnärztInnen
- u. a.

M4



Weitere Informationen: https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform/Das_Konzept_zur_Primaerversorgung

M5

Bitte beschreiben Sie, falls Informationen dazu vorliegen, wie die involvierten Gesundheits- und Sozialberufe in die PVE eingebunden werden (Anstellung, Kooperation).

M6

Weitere Informationen:

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20004228>

<http://www.aektirol.at/documents/3398109/3408834/Brosch%C3%BCre+++der+Weg+zur+barrierefreien+Ordnation/9ee644a8-6d2c-44cc-9186-46f726e9a2de?t=1436951297000>

M7

„bedarfsgerechte Sprachdienstleistungen“ inkludiert alle schriftlichen und mündlichen Informationen und Kommunikationen, die für die wesentlichen Zielgruppen der PVE verständlich sind. Schriftliche Informationen sollen in einfacher Sprache zur Verfügung stehen und nach Möglichkeit in den wesentlichen Sprachen der regionalen Bevölkerung zur Verfügung stehen.

M8

Ordnationszeiten im Sinne von PatientInnen versorgend

M9

Hausbesuche soweit planbar, exklusive Akutfälle

M10

Hier ist explizit der **organisatorische Prozess** gemeint und nicht die Darstellung medizinischer Behandlungspfade.

M11

Balint-Gruppen sind im klassischen Verständnis Arbeitsgruppen von ca. acht bis zwölf ÄrztInnen, die sich unter der Leitung eines klinisch erfahrenen Balint-Gruppenleiters/einer Balint-Gruppenleiterin und Psychotherapeuten/-in regelmäßig treffen, um über "ProblempatientInnen" aus ihrer Praxis zu sprechen. Das Ziel ist eine verbesserte Arzt-Patient-Beziehung, die schließlich zu einer Perspektivenerweiterung, zu einem verbesserten Verständnis und einer verbesserten Behandlung der PatientInnen führen soll.

Weitere Informationen: http://www.balintgesellschaft.at/balint_group.html

M12

Lotsenfunktion: Die PatientInnen werden dabei unterstützt, in die richtige Versorgungseinrichtung zu gelangen. Im Sinne der Kontinuität sollen Koordination und Informationsfluss sichergestellt werden, um eine ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung der PatientInnen zu gewährleisten.

M13

Fallführung: Das Kernteam übernimmt die Fallführung und die Koordination und stellt damit die Kontinuität der Versorgung sicher. Eine allfällige Übertragung der Fallführung in spezifischen Teilbereichen auf einzelne Mitglieder des Primärversorgungsteams oder Kooperationspartner ist möglich.

M14

Weitere Informationen zu **Selbsthilfegruppen**: <http://fgoe.org/taxonomy/term/40>

M15

Die Sicherstellung der **Kontinuität der Betreuung** umfasst die Sicherstellung des weiteren Behandlungspfades (z. B. Überweisung an FachärztInnen).

M16

Aktives Zugehen auf **vulnerable Gruppen** bedeutet, dass im Unterschied zu den bisherigen Besuchen der PatientInnen in Ordinationen, nun nach Möglichkeit auch ein aufsuchendes Vorgehen gewählt wird und vulnerable Gruppen außerhalb der PVE angesprochen werden. Hier kann auch eine Zusammenarbeit mit anderen Sozial- und Gesundheitsförderungsangeboten (z. B. Stadtteilarbeit, lokale Initiativen) eingegangen werden.

M17

Unter **Qualitätsmanagement** versteht man abgestimmte Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich Qualität. „Leiten und Lenken“ bezüglich Qualität umfassen üblicherweise das Festlegen der Qualitätspolitik und der Qualitätsziele, die Qualitätsplanung, die Qualitätslenkung, die Qualitätssicherung und die Qualitätsverbesserung.

Die nachfolgenden sechs Kategorien zeigen, welche Bereiche/Dimensionen im Rahmen der Qualitätsarbeit im stationären wie auch im ambulanten/niedergelassenen Bereich unbedingt eingeschlossen werden müssen. Eine entsprechende Bearbeitung/Aufnahme dieser Kategorien im Rahmen der Qualitätsarbeit ist durch den B-ZV zumindest gefordert. Von allen Gesundheitsdiensteanbietern sind zu den nachfolgend genannten „Kategorien der Mindestanforderungen an QM-Systeme“ Maßnahmen zu definieren und entsprechend zu bearbeiten.

Kategorien der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme

Definition von Maßnahmen betreffend ...

1. Strukturqualitätskriterien

- » Führung/Verantwortlichkeiten
 - » Qualitätsziele/-strategie (folgt methodisch dem Plan-Do-Check-Act Regelkreis)
 - » Strukturelle Verankerung (Organigramm/Funktionsbeschreibungen)
 - » Informationswesen
 - » Verfügbarkeit von Informationen über Leitlinien und Bundesqualitätsstandards (z. B. BQLL)
 - » Regelung zur Informationsweitergabe
 - » Dokumentenmanagement/Datenschutz
 - » Aufklärung der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter über Verschwiegenheitspflicht/Datenschutz (nachweislich)
 - » Regelung des Umgangs mit Dokumenten
-

2. Prozesse (Leistungen)

- » Instrumente zur Qualitätssicherung von Prozessen (z. B. SOP, Checklisten, Prozessbeschreibungen, interne und externe Kommunikation, regelmäßige Teilnahme an Qualitätszirkeln)
 - » Definition der wesentlichen Prozesse der Patientenversorgung auf Basis des Leistungsspektrums (z. B. Therapien, Eingriffe, OPs)
 - » Notfallmanagement
-

3. Risikomanagement / Patienten-/Mitarbeitersicherheit

- » Regelung eines risikominimierenden Prozesses für riskante Tätigkeitsbereiche (z. B. Medikationssicherheit, Hygiene, Blut/Gewebe etc.)
 - » Fehlermanagement (inkl. Krisenmanagement)
-

4. Patientenorientierung

- » Beschwerdemanagement/Patientenfeedback/Patientenzufriedenheit
 - » Aufklärung der Patientinnen/Patienten über ihre Rechte
 - » Information zu Erreichbarkeit/Zugang (z. B. Barrierefreiheit)
-

5. Mitarbeiterorientierung

- » Qualifikation der Mitarbeiter/innen (z. B. Fort-/Weiterbildung, Personalentwicklungskonzept)
 - » Schulung zur korrekten Anwendung von Medizinprodukten
 - » Kenntnis über Mitarbeiterzufriedenheit
-

6. Transparenz/Ergebnisqualität

- » Berichterstattung zu den Mindestanforderungen (zuständig für die Berichterstattung ist die jeweilige Organisation bzw. der jeweilige Berufsverband für freiberuflich Tätige; Berichtsempfänger: BMG, Land, SV)
 - » Kontinuierliche Weiterentwicklung, Verbesserung und flächendeckende Sicherung der Qualität (Kontinuierlicher Verbesserungsprozess)
-

Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG

M17

Weitere Informationen zum Zielsteuerungsbericht „Mindestanforderungen von Qualitätsmanagementsystemen“ finden Sie unter: https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/1/1/5/CH3966/CMS1415630205900/mindestanforderungen_qm_systeme_v3.5.pdf

M18

In **Qualitätszirkeln** tauschen sich Angehörige der Gesundheits- und Sozialberufe strukturiert über ihre Tätigkeit in der Praxis bzw. über spezifische Themen aus und lernen direkt voneinander. In der Regel handelt es sich um Arbeitsgruppen von 6–12 TeilnehmerInnen, die unter der Leitung eines Moderators / einer Moderatorin Lösungen für Fragestellungen und/oder Probleme erarbeiten. Im Zuge der Qualitätszirkel werden unterschiedliche Methoden des Qualitätsmanagements eingesetzt.

M19

Aus-, Fort- und/oder Weiterbildung: Das Primärversorgungsteam soll sich laufend dahingehend aus- und weiterbilden, dass es die Basisaufgaben sowie etwaige spezielle Aufgaben wahrnehmen kann. Dazu sind über die fachspezifischen Aus-, Fort- und Weiterbildungen hinaus weitere Kompetenzen zu entwickeln bzw. zu festigen, um Aufgaben wie z. B. Wartezeitenmanagement, Gesundheitsförderung und Prävention, Nahtstellenmanagement und Behandlungscoordination für chronisch Kranken wahrnehmen zu können.

M20

Weitere Informationen über **ELGA** finden Sie auf <https://www.elga.gv.at>.

Die grundsätzliche Ausgangslage ist, dass in den Ordinationen möglichst viele vorhandene Komponenten weiterverwendet werden sollen, die (im allgemeinen Fall) von unterschiedlichen Herstellern geliefert und gewartet werden. Damit dies möglich ist, müssen „Kommunikationsmodule“ geschaffen werden, die – unter Verwendung anerkannter Standards – über ein Netzwerk mit den zur Verfügung gestellten „gemeinsamen Services“ kommunizieren und damit eine standortübergreifende Kommunikation ermöglichen. Diese Kommunikationsmodule sind in den Ordinationen vom jeweiligen Hersteller der Arztsoftware zu entwickeln. Die Komponenten für das „gemeinsame Service“ werden von dort zu beauftragenden Herstellern geliefert. Durch die Verwendung von Standards können die Entwicklungsaufwände und -kosten deutlich gesenkt werden. Die Speicherung der patientenbezogenen Gesundheitsdaten wird in einer PVE nach folgendem Modell erfolgen. Damit wird auch der Tatsache Rechnung getragen, dass eine PVE üblicherweise schon aus einer bereits vorher existierenden Infrastruktur entstanden ist.

Auch für neueinsteigende Ordinationen ohne existierende Infrastruktur ist dieses Modell geeignet.

Ausformung als PV-Netzwerk (PVN)



Eine zentrale Speicherung aller Daten ist NICHT angedacht. Die Daten jeder Ordination verbleiben prinzipiell lokal in der Ordination, nur genau spezifizierte Daten werden (bei entsprechender Indikation und Berechtigung) einem gemeinsamen Service übermittelt. Bei Bedarf werden PVN-externe Daten gelesen und in die Ordination importiert bzw. aus der Ordination exportiert und in der Außenwelt (z. B. ELGA) abgelegt.

Beispiele für die gespeicherten Daten in den einzelnen Schichten:

M20



Ausformung als Primärversorgungszentrum (PVZ)



Im PVZ wird eine gemeinsame Software verwendet. Diese muss mandantenfähig sein, um die Daten einzelner Ordinationen separieren zu können. Der Zugriff auf die relevanten Gesundheitsdaten der PatientInnen muss für alle Ordinationen möglich sein, dies verbleibt im Wirkungsbereich der verwendeten Arztsoftware. Bei Bedarf werden PVN-externe Daten gelesen und in die Ordination importiert bzw. aus der Ordination exportiert und in der Außenwelt (z. B. ELGA) abgelegt.

Beispiele für die gespeicherten Daten in den einzelnen Schichten:



M20

Codierung von Daten

Um die Daten innerhalb einer PVE als „Grundlage zur evidenzbasierten Analyse und Steuerung des Gesundheitssystems“ verfügbar machen zu können, müssen diese bei der Erfassung codiert werden. Durch eine Codierung werden die eingegebenen Daten eindeutig auf ein Codesystem zurückgeführt und können damit zukünftig ohne semantische Unklarheiten elektronisch weiterverarbeitet werden.

Welche Daten sind derzeit in einer Ordination codiert?

- Leistungsnummern der Sozialversicherung
- Krankenkassennummern für die Abrechnung
- PatientInnen durch die Sozialversicherungsnummer
- Medikamente durch die Pharmazentralnummer
- Zu-/Überweiser durch die Vertragspartnernummer, sofern vorhanden

In den niedergelassenen Ordinationen werden (als einzig noch verbleibende wesentliche Informationsquelle) die Diagnosen nicht codiert. Die Diagnosencodierung wird im stationären Umfeld und in den Ambulanzen teilweise durchgeführt, eine Flächendeckung ist dort ebenfalls nicht gegeben.

Als Codierungsstandard werden derzeit diskutiert:

- „ICD-10“ ist ein klinischer Standard zur Erfassung genau abgeklärter Diagnosen.
- „ICPC-2“ ist ein Standard der Allgemeinmedizin.

In der aktuellen Diskussion stellt sich heraus, dass „ICD-10“ für niedergelassene Ordinationen (zumindest für die meisten Fachgebiete) nicht geeignet ist, weil keine Verdachtsdiagnosen und Symptombeschreibungen erfasst werden können. Der „ICPC-2“ unterstützt in dieser Hinsicht die Arbeit besser, fraglich ist, ob alle Diagnosen damit abgedeckt werden können.

Wichtig für einen Einsatz in der PVE ist eine gelungene Umsetzung der Arztsoftwareprodukte, damit durch die Codierung möglichst wenig Zeit für die Patientenversorgung verlorengeht.

M21

Verwaltung von Terminen

Eine Terminverwaltung kann

- personelle Ressourcen (ÄrztIn, Pflege ...),
- fachliche Ressourcen (Labor/Blutabnahme, Gesundenuntersuchung ...)
- Raumressourcen (Physio ...)

verwalten.

Je nach der Arbeitsweise und den Anforderungen in einer Primärversorgungseinheit werden viele Ressourcen in einer Terminverwaltung gebündelt dargestellt. PVE-externe BehandlerInnen sollen an diesem Terminmanagement (zumindest teilweise) teilnehmen können. Ein Zugriff von außen ist daher vorzusehen (ggf. auch für PatientInnen).

Ausprägung als Primärversorgungszentrum (PVZ)

Die einfachste Lösung wird darin bestehen, dass die eingesetzte Arztsoftware das Terminmanagement übernimmt. Bei Einsatz einer Spezialsoftware muss die Arztsoftware über Schnittstellen eingebunden werden.

Jedenfalls ist ein Webserver für den Zugriff von PatientInnen und externen BehandlerInnen vorzusehen. Eine bidirektionale Schnittstelle kann die Funktionen

- Darstellung freier Termine je Ressource,
- Buchung von Terminen

ermöglichen und die entsprechenden Daten in das PVZ und von dieser hinaus transportieren.

Ausprägung als PV-Netzwerk (PVN)

Die Terminverwaltung wird zweckmäßigerweise als „gemeinsamer Service“ geführt. Dort kann man dann zentral die Anbindung zur Außenwelt durchführen. Der gemeinsame Service sollte auch eine Weboberfläche aufweisen, damit Ordinationen ohne direkte Einbindung bzw. PVN-Teilnehmer ohne Arztsoftware teilhaben können.

Informationen von/zu der Arztsoftware in den Ordinationen müssen per Schnittstelle übertragen werden. Als freies Format bietet sich der Standard „iCalendar“ an.

M22

Ein **Wartezeitenmanagement** inkl. Wartelistenfunktion wird ebenfalls von vielen Softwareanbietern zur Verfügung gestellt.

Erinnerungssysteme beinhalten Terminerinnerungen per SMS, E-Mail, Telefonanruf, internetbasierte Dienste (z. B. Whatsapp) und Brief. Es gibt einige Softwarelösungen am Markt, die Erinnerungssysteme als Teil einer gesamthaften Softwarelösung anbieten.

Unter **Telemedizin** versteht man die Bereitstellung oder Unterstützung von Leistungen des Gesundheitswesens mithilfe von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT), wobei PatientIn und GesundheitsdiensteanbieterIn (GDA, d. s. insbesondere ÄrztInnen, Apotheken, Krankenhäuser und Pflegepersonal) oder zwei GDA nicht am selben Ort anwesend sind. Voraussetzung dafür ist eine sichere Übertragung in Form von Text, Ton und/oder Bild.

Telemedizin umfasst eine große Vielfalt an Anwendungen wie z. B.

- das Telemonitoring als die medizinische Überwachung des Gesundheitszustandes von PatientInnen aus der Entfernung,
- die Teletherapie, bei der ein(e) GDA aktiv aus der Entfernung in die Behandlung von PatientInnen eingreift,
- das Telekonzil, in dessen Rahmen von der /dem behandelnden GDA die Zweitmeinung einer/eines entfernten GDA, etwa zur Fernbefundung in der Radiologie, eingeholt wird, oder
- die Telekonferenz, bei der ein(e) entfernte(r) GDA einer laufenden medizinischen Behandlung durch eine(n) anderen GDA beigezogen wird.

M23

Beispiel für Telemonitoring:

PatientInnen, die an Herzinsuffizienz oder Diabetes leiden, bedürfen einer regelmäßigen Kontrolle ihrer Vitalparameter, d. h. bei Herzinsuffizienz insbesondere des Blutdrucks, der Herzfrequenz und des Körpergewichts bzw. bei Diabetes vor allem des Blutdrucks, Blutzuckers und Körpergewichts. Anstatt für die notwendigen Kontrollen regelmäßig eine(n) GDA aufsuchen zu müssen, erhalten die PatientInnen ein Telemonitoringset für zu Hause, bestehend aus Mobiltelefon, Blutdruckmessgerät und Körperwaage bzw. bei DiabetikerInnen auch ein Blutzuckermessgerät. Die Vitalparameter werden der/dem GDA von den Messgeräten automatisch zur Kontrolle weitergeleitet, ohne dass die PatientInnen ihr Zuhause verlassen müssen. Werden vordefinierte Grenzwerte überschritten, benachrichtigt das System die zuständigen GDA automatisch, wodurch die jeweilige Situation individuell bewertet und geeignete Maßnahmen (z. B. Medikamentenanpassung oder Kontrolltermin) ergriffen werden können.

Weitere Informationen unter: https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Gesundheitssystem/E_Health_ELGA/Telemedizin

Qualitäts- und Fehlermanagementsystem einschließlich Beschwerdemanagement

Für diese Aufgabe wäre der Einsatz einer Spezialsoftware geeignet. Eine Möglichkeit, ohne installierte Software auszukommen, ist eine CIRSmedical-Meldegruppe im Rahmen von CIRSmedical, einem Fehlerberichts- und Lernsystem.

Weitere Informationen dazu unter <http://www.cirsmedical.at/infos-zu-ihrem-hausinternen-berichts-und-lernsystem>.

Zur Erfassung von **Beschwerden** kann ein Webformular auf der Homepage der PVE dienen, dessen Inhalte von einer dafür befugten Person in das verwendete Qualitäts- und Fehlermanagementsystem eingepflegt werden. Die Rückmeldung an den Beschwerdeführer nicht vergessen!

M24

Ausprägung als PVZ

Die Software wird zentral im PVZ geführt, die Ergebnisse werden in den organisatorischen Ablauf der PVE eingebunden.

Ausprägung als PVN

Die notwendige Software kann als „gemeinsamer Service“ geführt werden. Eine Anbindung der Ordination per Schnittstelle ist aufgrund der voraussichtlich geringen Inanspruchnahme nicht notwendig, eine Weboberfläche reicht sicherlich aus.

M25

Die neuen Primärversorgungsstrukturen sind **Ausbildungsstätten** für die praktische Ausbildung von ÄrztInnen (Lehrpraxen) und der weiteren Gesundheitsberufe (für Pflichtpraktika während der schulischen/akademischen Ausbildung).

Ausfüllbeispiel (siehe Erläuterungen/Hinweise in *kursiv*):

Aufgaben	
M26	<p>Basisdiagnostik, Therapie und Nach- bzw. Verlaufskontrolle bei allen einfachen, episodenhaften Gesundheitsbeschwerden</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abschließende Behandlung unkomplizierter Infektionen • Beurteilung von Symptomen und Beschwerden, Basisdiagnostik, ggf. abschließende Behandlung, bei Bedarf Weiterleiten • Abschließende Therapie von einfachen Verletzungen und ggf. Weiterleiten zur sozialen Diagnostik (Gewaltprävention und Opferschutz) • Basisdiagnostik und ggf. Weiterleiten bei Verdacht auf Neubildungen • Basisdiagnostik und ggf. Weiterleiten bei Verdacht auf (angeborene) Fehlbildungen • Basischirurgie und Nachsorge nach Verletzungen bzw. Operationen: Kleine Eingriffe (z. B. Destruktion/Abtragung oberflächlicher Hautveränderungen, Entfernung von Fremdkörpern aus der Haut, chirurgische Akutbehandlung einer offenen Wunde), inkl. dafür notwendiger Anästhesieverfahren <p>Sofortlabor</p> <p><i>Erläuterungen/Hinweise:</i> Parameter: <i>Blutbild, CRP, Blutzucker, INR</i></p> <p>Hausbesuche und aufsuchende Dienste</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei Bedarf Aufsuchen der PatientInnen in deren Wohnumfeld • Organisation bedarfsspezifisch erforderlicher aufsuchender Dienste aus dem (zuständigen) Gesundheits- und/oder Sozialbereich (z. B. mobile Pflege, Krisenintervention) <p><i>Erläuterungen/Hinweise:</i> <i>In der geplanten PVE werden zukünftig alle oben genannten Aufgaben im erwähnten Umfang erfüllt. Basisdiagnostik, Therapie und Nach bzw. – Verlaufskontrolle werden durch das Hausärzteteam gemeinsam mit unserer Pflegeperson und der Ordinationsassistenz durchgeführt. Hausbesuche werden vom Hausärzteteam aber auch durch die Pflege und die PhysiotherapeutInnen getätigt. Im Bereich der Hausbesuche werden wir sehr intensiv mit der Hauskrankenpflege kooperieren. Die Organisation von aufsuchenden Diensten übernimmt unsere Sozialarbeiterin. Bzgl. der Basischirurgie halten wir einschränkend fest, dass wir derzeit im Team noch keine Person haben, die/der die Basischirurgie im geforderten Umfang anbieten kann. Ein Hausarzt im Team absolviert im Moment eine Weiterbildung im Bereich Basischirurgie und wird diesen Aufgabenbereich in Zukunft umfassend abdecken können. Bis dahin planen wir eine Kooperation mit einem Hautarzt in der Nähe, der vor allem geplante kleinere Eingriffe übernehmen wird.</i></p>

M27

Basisdiagnostik inkludiert eine Stuserhebung: allgemein, fachspezifisch, berufsgruppenspezifisch inkl. apparativer Diagnostik (Messen der Temperatur, Puls, Blutdruck; Labor etc.); Anamnese: allgemein problemabhängig, Sozial-/Berufsanamnese, bei Bedarf Pflegeanamnese

M28

Injektionen im Rahmen der Basisaufgaben: intramuskulär, subkutan, intravenös

M29

Punktionen im Rahmen der Basisaufgaben: z. B. Abszess

M30

Multidimensionales „Assessment“: Stuserhebung und Bewertung unterschiedlicher Dimensionen des Gesundheitszustands inkl. Gesundheitsrisiken und –ressourcen, insbesondere auch der sozialen, familiären Situation der PatientInnen.

M31

Medikamentenmanagement: inkl. Vermeidung potenziell inadäquater Medikation (PIM)

M32

Hilfsmittel übernehmen die Funktion fehlender oder unzulänglicher Körperteile (z. B. Rollstuhl, Prothese).

Heilbehelfe wirken von außen auf die Besserung des Krankheitsbildes ein. Sie dienen der Heilung oder Linderung der Krankheit bzw. Verhütung von Verschlimmerungen der Krankheit (z. B. orthopädische Schuheinlage; vgl. <https://www.noegkk.at/cdscontent/?contentid=10007.741858&viewmode=content>).

M33

Menschen sollen durch **Empowerment** befähigt werden, für ihre Gesundheit selbst Sorge zu tragen und sie zu stärken, Betroffene sollen zu aktiv Handelnden werden.

Weitere Informationen: <http://fgoe.org/index.php/glossar/empowerment>

M34

Aufsuchen von PatientInnen im Wohnumfeld: Ggf. ist es auch erforderlich, pflegende Personen im häuslichen Umfeld zu unterstützen.

M35

Bereitstellen von Information: entsprechend den Kriterien für gute Gesundheitsinformation

Weitere Informationen: <https://oepgk.at/wp-content/uploads/2018/11/gute-gesundheitsinformation-oesterreich.pdf>

M36

Die **Anleitung und Beratung** soll sich an den Kriterien für gute Gesprächsqualität orientieren (vgl. M49).

M37

PSY-Kompetenz: abgedeckt durch FachärztInnen für Psychiatrie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie, ÄrztInnen mit PSY-III-Diplom (soweit nicht in Grundausbildung enthalten), PsychotherapeutInnen sowie Gesundheits- und Klinische PsychologInnen

M38

Geriatrische PatientInnen werden nach der Definition der zentraleuropäischen Arbeitsgemeinschaft geriatrisch-gerontologischer Gesellschaften (1990) bestimmt: Als geriatrisch gilt dort „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, somatopsychischer 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 Gebrechlichkeit (Frailty), Fehl-/Mangelernährung, Inkontinenz, Stürzen, kognitiven Einschränkungen sowie interventionsbedürftigen psychosozialen Symptomen (Quelle: Österreichische Gesellschaft für Geriatrie, Juni 2014).

M39

Prävention umfasst alle Interventionen (auf der Verhaltens- und Verhältnisebene), die zur Vermeidung oder Verringerung des Auftretens, der Ausbreitung und der negativen Auswirkungen von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen beitragen. Prävention wirkt durch die Reduktion bzw. Ausschaltung von Krankheitsrisiken (Primärprävention), durch Früherkennung und Frühbehandlung von Krankheitsvorstufen (Sekundärprävention) oder durch Reduktion der Komplikationen/Spätfolgen bestehender Krankheiten (Tertiärprävention).

Weitere Informationen: <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/praevention-und-krankheitspraevention>

Laut Ottawa-Charta der WHO zielt **Gesundheitsförderung** „auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“

Weitere Informationen: <http://fgoe.org/glossar/gesundheitsfoerderung>

M40

Die **Vorsorgeuntersuchung** steht allen Personen ab 18 Jahren mit Wohnsitz in Österreich einmal jährlich kostenlos zu, unabhängig davon, ob sie versichert sind oder nicht.

Weitere Informationen: <https://www.gesundheit.gv.at/leben/gesundheitsvorsorge/vorsorgeuntersuchung/inhalt>

M41

Sexuell übertragbare Erkrankungen (STD): Für Österreich relevant sind v. a. Gonorrhöe, Hepatitis, HIV, HPV, Lymphogranuloma, Syphilis (Lues) und Trichomoniasis. Bei einigen STD's (Hepatitis, HPV) ist die Primärprävention mittels Impfung möglich. Eine weitere Maßnahme der Primärprävention ist die Aufklärung bezüglich Verhütung und Übertragung von STD's (z.B. Verwendung von Kondomen). Bei allen Erkrankungen besteht die Möglichkeit der Sekundärprävention bzw. Früherkennung durch diagnostische Tests.

Weitere Informationen: www.gesundheit.gv.at/leben/gesundheitsvorsorge/reisemedizin/infektionskrankheiten/geschlechtskrankheiten

M42

Impfungen: Der Österreichische Impfplan 2019 enthält alle aktuellen nationalen Impfpfehlungen.

Weitere Informationen: https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/5/4/7/CH4062/CMS1546865142466/180103_impfplan_oesterreich_2019_version_1_final.pdf

M43

Zu den wichtigsten **lebensstilassozierten Risiken** gehören Tabakkonsum, übermäßiger Alkoholkonsum und andere Formen von Suchtverhalten sowie Bewegungsmangel und Fehlernährung. Die damit verbundenen Risiken wie Übergewicht, Adipositas, Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörungen erhöhen unter anderem die Wahrscheinlichkeit von Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt und Schlaganfall, von Krebserkrankungen, Diabetes, chronischen Lungenerkrankungen, psychischen Erkrankungen etc.

Weitere Informationen: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/2016_BMG_Praevention_Ratgeber_web.pdf

M44

Zu den wichtigsten **lebensumfeldassozierten Risiken** gehören gesundheitsgefährdende Wohn-, Lebens- und Arbeitsbedingungen, drohende Wohnungslosigkeit oder Arbeitsplatzverlust, Gewalt in der Familie, Alkoholmissbrauch und andere Formen von Suchtverhalten in der Familie.

M45

FRAX: Fracture Risk Assessment Tool der WHO, computerbasierter Algorithmus zur Berechnung des Risikos, in den folgenden zehn Jahren eine osteoporosebedingte Fraktur zu erleiden

Weitere Informationen: <https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspx?country=16>

M46

Weitere Informationen zu **präventiven Maßnahmen betreffend geriatrische Gesundheitsrisiken:** <https://gesundheitsfoerderung.ch/grundlagen/publikationen/gesundheitsfoerderung-im-alter.html>

M47

Mit **Hausbesuchen** soll die Selbstständigkeit **älterer Menschen** erhalten und deren Pflegebedürftigkeit vermieden werden.

Weitere Informationen:

www.gesund-aktiv-aelter-werden.de/fileadmin/user_upload/Regionalkonferenzen/Flyer_und_Dokumentationen/ZfB_120515_PraevHB.pdf

www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht_Entwicklung_Dienstleistungskonzept_Paeventive_Hausbesuche.pdf

M48

Gesundheitskompetenz ist mit allgemeiner Bildung verknüpft und umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention Entscheidungen treffen zu können, die zur Erhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität und Gesundheit beitragen. Gesundheitskompetenz ist einerseits eine Frage der persönlichen Fähigkeiten, hängt aber andererseits von den Anforderungen der Umgebung an diese Fähigkeiten ab. Patientenzentrierte Gesprächsführung und qualitätsvolle, unabhängige, unverzerrte, verständliche und auf Evidenz basierende Gesundheitsinformationen (z. B. Broschüren, Factsheets etc.) stellen wesentliche Pfeiler zur Stärkung der Gesundheitskompetenz dar.

Weitere Informationen: <https://oepgk.at/gesundheitskompetenz-was-ist-das/>

M49

Patientenzentrierte Gesprächsführung umfasst v. a. eine Beziehung aufzubauen, das Gespräch zu strukturieren, der Patientin/dem Patienten zuzuhören, Verständnis für die Patientenperspektive zu zeigen, die richtige Menge und Art von Informationen für den individuellen Patienten zu vermitteln, genaues Erinnern und Verständnis von Informationen zu unterstützen, ein gemeinsames Verständnis zu erreichen und mit dem Patienten gemeinsam eine Entscheidung zu finden. Patientenzentrierte Gesprächsführung ist entscheidend für eine effektive, sichere und patientenzentrierte Primärversorgung und hochrelevant für deren Outcomes: Sie verbessert die Zufriedenheit der PatientInnen und Gesundheitsfachkräfte, die Mitarbeit der PatientInnen (Adhärenz), das physische und psychische Wohlbefinden, die Krankheitssymptomatik und den Behandlungserfolg. Sie führt zu einer effizienteren Nutzung der Zeit und entlastet so die Arbeitssituation. Gleichzeitig können durch effektive Gesprächsführung die Kosten des Gesundheitssystems und die Anzahl medizinisch-juristischer Klagen reduziert werden. In Österreich setzt die bundesweite „Strategie zur Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung“ den Rahmen für eine patientenzentrierte Kommunikationskultur.

Weitere Informationen:

https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform/Verbesserung_der_Gespraechsqualitaet_in_der_Krankenversorgung

<https://oepgk.at/gute-gespraechsqualitaet-im-gesundheitssystem/>

M50

Unter **Gesundheitsdeterminanten** versteht man jene Faktoren, die unsere Gesundheit positiv oder negativ beeinflussen. Diese Einflussfaktoren liegen auf mehreren Ebenen (u. a. individuelle Lebensweisen, soziale Netzwerke, Lebens- und Arbeitsbedingungen). Will man die Gesundheit der Menschen fördern, ist es deshalb nötig, auf möglichst vielen – im Idealfall auf allen – Ebenen anzusetzen.

Weitere Informationen: <http://fgoe.org/glossar/gesundheitsdeterminanten>

M51

Weitere Informationen zu **Frühe Hilfen**: <https://www.fruehehilfen.at>

M52

Weitere Informationen zum **Mutter-Kind-Pass**: <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/8/Seite.082201.html>

M53

Unter Berücksichtigung der Leitlinie „Unspezifischer Kreuzschmerz“ (2018). Die Leitlinie ist ein Update der evidenz- und konsensbasierten Österreichischen Leitlinie für das Management akuter, subakuter, chronischer und rezidivierender unspezifischer Kreuzschmerzen.

Weitere Informationen zur Leitlinie: https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Qualitaetsstandards/Leitlinie_Kreuzschmerz_2018

