



Versorgungskonzept

Primärversorgungseinheit

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Version Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Diese Vorlage wurde erstellt vom Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung (IAMEV) im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark (20.12.2018, Version 2.3; Update 20.12.2021, Version 2.4)

Bei Fragen und Rückmeldungen zur Vorlage wenden Sie sich bitte an: iamev@medunigraz.at

VORWORT

Sehr geehrte Antragstellerin, sehr geehrter Antragsteller,

wir freuen uns, dass Sie sich entschlossen haben, ein Versorgungskonzept für die Gründung einer Primärversorgungseinheit zu erstellen.

Diese Vorlage soll Ihnen helfen, alle gesetzlich vorgeschriebenen Elemente für ein Versorgungskonzept hinsichtlich Leistungsprofil und Organisation zu erfüllen (1). Mit dieser Konzepterstellung erhalten Sie einen umfassenden Überblick über die wichtigsten Kennzahlen Ihrer Region und der zu versorgenden Bevölkerung. Dieses Versorgungskonzept verschafft somit allen Beteiligten ein klares Verständnis der gegenwärtigen und zukünftigen Versorgungssituation und ist dadurch eine unverzichtbare Grundlage für den zukünftigen Versorgungsvertrag.

Wir empfehlen Ihnen, beim Ausfüllen mit dem Kapitel 2 zu beginnen. Dieses beschreibt die aktuelle Infrastruktur, die Öffnungszeiten, lokale, regionale und überregionale Kooperationen, die nächstgelegenen Krankenhäuser, etc.. Recherchieren Sie dann die wichtigsten Kennzahlen Ihrer Region für das Kapitel 1. Auf dieser Basis erarbeiten Sie dann im Kapitel 3 ein bedarfsgerechtes Organisationskonzept für Ihre zukünftige Primärversorgungseinheit.

Um eine hohe Benutzerfreundlichkeit bei der Erstellung dieses Konzeptes zu erlangen, haben wir versucht, möglichst viele vordefinierte Antwortmöglichkeiten und Inhalte in Tabellen aufzubereiten. Dadurch wird der Umfang von Fließtexten deutlich reduziert. Es gibt aber dennoch ausgewählte Kapitel, in denen eigenständige Beschreibungen der Gegebenheiten notwendig sind. Als Unterstützung wurden einzelne Kapitel und Unterkapitel mit Hinweisen versehen, die Ihnen dabei helfen sollen, die jeweiligen Inhalte zu definieren. Speziell im Kapitel 1 gibt es auch Referenzen zu öffentlich zugänglichen Datenbanken und Publikationen, die zur Recherche der notwendigen Daten und Fakten nützlich sind. Den Abschluss des Versorgungskonzeptes bildet die Befüllung des Fact Sheets auf Seite 6, das sich direkt nach dem Inhaltsverzeichnis befindet. Für die finale Fassung des Versorgungskonzeptes können Sie die von uns als Ausfüllhilfe gedachten Texte unter den Überschriften entfernen.

Wir hoffen, dass Sie mit Hilfe dieser Vorlage ein innovatives und zukunftsorientiertes Versorgungskonzept erarbeiten. Sollten Sie Fragen zur Erstellung oder Vorschläge zur Verbesserung haben, dann können Sie uns jederzeit per Email kontaktieren:

- Karin Petschk, MPH, karin.petschk@medunigraz.at
- Dr. Martin Sprenger, MPH, martin.sprenger@medunigraz.at,

DATEN ZUR GEPLANTEN PRIMÄRVERSORGUNGSEINHEIT (PVE)

PVE – Name: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Organisationsform: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

- Gruppenpraxis (§ 52a ÄrzteG)
- selbstständiges Ambulatorium (§2 Abs.1 Z 5 KAKuG)
- Netzwerk (Rechtsform bitte angeben z.B. Verein):

Standort/Adresse: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Geplanter Start: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

PVE – Ansprechpartnerinnen/-partner (Name und Email):

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Das Versorgungskonzept wurde mit fachlicher Unterstützung (Name und Email) erstellt:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

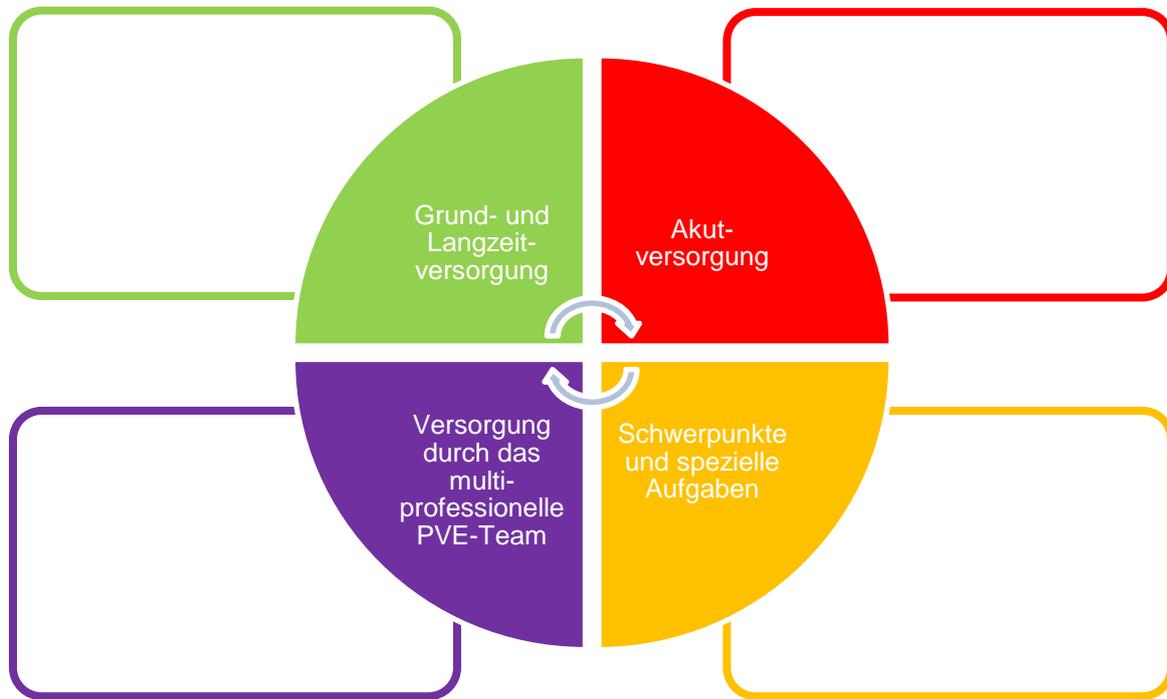
INHALTSVERZEICHNIS

1	DIE REGION UND ZU VERSORGENDE BEVÖLKERUNG	9
1.1	WICHTIGE KENNZAHLEN DER REGION	9
1.2	VERSORGUNGSBEDARF.....	10
1.2.1	Demografische und epidemiologische Kennzahlen	10
1.2.2	Pflege- und Rehabilitationsbedarf.....	11
1.2.3	Gesundheitsförderung und Prävention	12
2	AKTUELLE INFRASTRUKTUR UND KOOPERATIONEN (IST)	13
2.1	AKTUELLE INFRASTRUKTUR	13
2.1.1	Öffnungszeiten	14
2.2	AKTUELLE KOOPERATIONEN	15
2.2.1	Lokale KooperationspartnerInnen.....	15
2.2.2	Regionale KooperationspartnerInnen	16
2.2.3	Überregionale KooperationspartnerInnen.....	21
2.2.4	Nächstgelegene stationäre Einrichtungen	24
3	KONZEPT DER ZUKÜNFTIGEN PRIMÄRVERSORGUNGSEINHEIT (NEU)	25
3.1	VERSORGUNGSZIELE	25
3.2	RECHTSFORM	26
3.3	FINANZIERUNG	26
3.4	DATENMANAGEMENT	26
3.5	STANDORT	27
3.6	MEDIZINISCH-TECHNISCHE UND APPARATIVE AUSSTATTUNG	27
3.6.1	Ausstattungsliste nach ÖSG Leistungsmatrix.....	27
3.7	ZEITLICHE VERFÜGBARKEIT	28
3.7.1	Bereitschafts- und Wochenenddienste	31

3.8	ÖFFENTLICHKEITSARBEIT	31
3.9	LEISTUNGSPROFIL.....	31
3.9.1	Basisaufgaben und spezielle Aufgaben in Anlehnung an den ÖSG.....	32
3.9.2	Basisaufgaben und spezielle Aufgaben.....	35
3.9.3	Prävention und Gesundheitsförderung	35
3.9.4	Management von chronischen Erkrankungen	37
3.9.5	Praxismanagement	38
3.9.6	Beteiligung an der Versorgungsforschung.....	40
3.9.7	Beteiligung an der Ausbildung.....	41
3.10	ORGANISATION DER PRIMÄRVERSORGUNGSEINHEIT.....	41
3.10.1	Kernteam	41
3.10.2	Erweitertes Team	41
3.10.3	Gesamtübersicht des zukünftigen PVE-Teams	42
3.10.4	Aufgabenprofile.....	44
3.10.5	Interne und externe Zusammenarbeit.....	48
3.10.5.1	Zusammenarbeit im Primärversorgungsteam.....	48
3.10.5.2	Zusammenarbeit mit anderen Versorgungsbereichen	48
3.11	ZUSATZLEISTUNGEN UND MEHRWERT	49
3.11.1	Zusatzleistungen als Basis für den Versorgungsvertrag.....	49
3.11.2	Entstehender Mehrwert.....	50
3.11.3	Zeitplan (kurz-, mittel- und langfristig)	51
4	ANMERKUNGEN UND ERGÄNZUNGEN.....	53
5	LITERATUR	54

FACT SHEET

(Ergänzen Sie bitte zu den vier Themen jeweils Ihre drei wichtigsten Neuerungen)



Intention unserer PVE

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

(bei Bedarf bitte ergänzen)

AED	Automatisierter externer Defibrillator
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
COPD	Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege
DMP	Disease Management Programm
EbM	Evidenzbasierte Medizin
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EKG	Elektrokardiogramm
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte
EW	EinwohnerInnen
FRAX	Fracture Risk Assessment Tool
GDA	Gesundheitsdiensteanbieter
GSD	Gesundheits- und Soziale Dienste
ha	Hektar
HbA1c	Hämoglobin A1C
HIV	Humane Immundefizienz-Virus
HKP	Hauskrankenpflege
HNO	Hals-, Nasen- und Ohren
HPV	Humane Papillomviren
ICPC	International Classification of Primary Care
IAMEV	Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung
IT	Informationstechnisch
KIJU	Kinder- und Jugendheilkunde
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
ORTR	Orthopädie und Traumatologie
PAVK	Periphere arterielle Verschlusskrankheit
PHC	Primary Health Care
PraCMan	Praxisorientiertes Case Management
PVE	Primärversorgungseinheit
PrimVG	Primärversorgungsgesetz
PSB	Pflege und Sozialberatung
PSD	Psycho-Soziale Dienste
QS-VO	Qualitätssicherungsverordnung
RAD	Radiologie
REVAN	Richtig Essen von Anfang an
RR	Riva Rocci
SGM	Sozial- und Gesundheitsmanagement

SOP	Standard Operating Procedure
SPB	Sozialpsychiatrische Betreuung
StVO	Straßenverkehrsordnung
SV	Sozialversicherung
UCH	Unfallchirurgie
VU	Vorsorgeuntersuchung
WE	Wochenende

1 DIE REGION UND ZU VERSORGENDE BEVÖLKERUNG

1.1 WICHTIGE KENNZAHLEN DER REGION

(Bitte fügen Sie hier eine topographische Karte ein und beschreiben dann die Topographie der Region und des Einzugsgebiets, in der Ihre PVE geplant ist, sowie Bezirkszugehörigkeit, Katastralgemeinden des Bezirks, angrenzende Bezirke, Fläche in km², wirtschaftliche Situation, Bildungseinrichtungen, Entfernung zu den nächstgelegenen stationären Einrichtungen, Anzahl und Alter der Allgemeinmedizinerinnen/Allgemeinmediziner, etc.. Folgende Quellen könnten behilflich sein: Statistik Austria, Landesstatistik, Homepage der Gemeinde, Publikationen der regionalen Gebietskrankenkasse, Gesundheitsfonds, etc.)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

1.2 VERSORGUNGSBEDARF

(Bitte beschreiben Sie hier die Demografie, Epidemiologie sowie den Pflege- und Rehabilitationsbedarf auf Basis öffentlich zugänglicher Statistiken, Gesundheitsberichte oder eigener Erhebungen.)

1.2.1 Demografische und epidemiologische Kennzahlen

*(Demografische Kennzahlen sind v.a. Einwohner*innenzahlen, Haupt- und Nebenwohnsitze, Altersstruktur, Geschlechterverteilung, Geburten, Sterbefälle, durchschnittliche Anzahl an Kindern pro Familie und regionale Bevölkerungsprognosen.*

Epidemiologische Kennzahlen sind v.a. Inzidenz von Herzinfarkten, Schlaganfällen sowie Prävalenz von Krebserkrankungen, Hypertonie, COPD, Depression, Diabetes mellitus Typ I und II, Vorhofflimmerarrhythmie, Herzinsuffizienz, Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates, Infektionen der oberen Luftwege. Folgende Quellen könnten behilflich sein: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung, Gesundheitsportal und Gesundheitsbericht Ihres Bundeslandes, Homepage Ihrer Gemeinde oder Ihre eigenen Erhebungen.)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

1.2.2 Pflege- und Rehabilitationsbedarf

*(Bitte beschreiben Sie hier die Anzahl der Pflegegeldbezieher*nnen differenziert nach Pflegestufen und Postleitzahl sowie die Anzahl der zu betreuenden Personen, die Anzahl des Personals in Köpfen und Vollzeitäquivalenten im Bereich der 24-Stunden-Betreuung, der mobilen Pflege sowie der palliativen Versorgung. Die Anzahl der Bewohner*nnen und die Bettenanzahl in Pflegeeinrichtungen (Pflegeheim, betreutes Wohnen). Die Anzahl der von Ihnen gestellten Rehabilitations- und Kuranträge pro Jahr. Folgende Quellen könnten behilflich sein: Statistik Austria, Österreichischer und Regionaler Strukturplan Gesundheit, Landesabteilungen für Gesundheit und Soziales, etc.)*

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

1.2.3 Gesundheitsförderung und Prävention

(Bitte beschreiben Sie hier den Bildungsstatus (allgemeine Pflichtschule, Lehre, Fachschule, etc.) und die Erwerbstätigkeit (allgemeine Erwerbsquote, Arbeitslosenquote) der Bevölkerung, die regionalen Vereine (Anzahl und Schwerpunkt), das Gesundheitsverhalten (Anteil der Personen mit Übergewicht und Adipositas, Alkohol- und Tabakkonsum, etc.) sowie andere Einflussfaktoren auf die Gesundheit, Bevölkerungsgruppen mit besonderen Bedürfnissen, Individuen und Bevölkerungsgruppen mit hohen Gesundheitsrisiken und besonderem Versorgungsbedarf, etc.. Folgende Quellen könnten behilflich sein: Statistik Austria, Österreichischer und Regionaler Strukturplan Gesundheit, Landesabteilungen für Gesundheit und Soziales, Regionale Gebietskrankenkasse, Homepage Ihrer Gemeinde, etc.)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

2 AKTUELLE INFRASTRUKTUR UND KOOPERATIONEN (IST)

*(Sie können direkt zum Kapitel 3 übergehen, falls Sie vor der Gründung einer PVE weder als Vertragspartner*in noch als Wahlärztin+Wahlarzt in einer eigenen Ordination tätig waren.)*

2.1 AKTUELLE INFRASTRUKTUR

(Bitte beschreiben Sie hier die derzeitige Infrastruktur (Adresse, Rechtsform, Räumlichkeiten inkl. m² und Funktion, Datenmanagement, etc.), Regelung der Nacht- und Bereitschaftsdienste, Visiten, die öffentliche Anbindung, ob ein barrierefreier Zugang vorhanden ist und für bedarfsgerechte Sprachdienstleistung gesorgt wird. Fotos vom Standort/Gebäude und vom Team wären wünschenswert.)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

2.1.1 Öffnungszeiten

(Bitte befüllen Sie die Tabelle mit den derzeitigen Öffnungszeiten und dem Standort)

	Standort & Ärztin*Arzt	Uhrzeit von/bis
Mo	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Di	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Mi	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Do	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Fr	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Sa	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

2.2 AKTUELLE KOOPERATIONEN

(Bitte beschreiben Sie hier die Frequenz der Zusammenarbeit mit folgenden Angeboten: Primär-, Sekundär-, Tertiärversorgung, Rehabilitation, Pflege, palliative Versorgung, psychosoziale Dienste, Gesundheitsförderung, Prävention, etc. „**Sehr häufig**“ = mehrmals pro Woche, „**häufig**“ = mehrmals pro Monat, „**selten**“ = mehrmals pro Jahr. Besteht keine Zusammenarbeit, streichen Sie bitte diese Zeile. „Sehr häufige“ Kooperationen werden in Kapitel 3.10.5.2 näher beschrieben. Anbieter ohne Kassenvertrag bitte mit einem „*“ kennzeichnen.)

2.2.1 Lokale KooperationspartnerInnen

(Gesundheits- und Sozialanbieter im gleichen Gebäude, Zentrum bzw. Netzwerk)

ALLGEMEINMEDIZINER*INNEN				
Name	Adresse	sehr häufig	häufig	selten
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(FACH)ÄRZTIN*(FACH)ARZT & ANDERE GDA				
Name	Spezialisierung	sehr häufig	häufig	selten
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.2.2 Regionale KooperationspartnerInnen

(Gesundheits- und Sozialanbieter im direkten Umfeld (Distanz zirka 5 bis max. 15 km; z.B. Fachärztin/Facharzt für bildgebende Diagnostik, Hauskrankenpflege, Apotheke, etc.), d.h. in der Gemeinde, im Sprengel oder im Bezirk. Folgende Quellen könnten behilflich sein: regionale Ärztekammer, regionale Gebietskrankenkasse, Gesundheitsfonds Ihres Bundeslandes, Sozialhilfeverband, Homepages der Gemeinden, etc.)

ALLGEMEINMEDIZINER*INNEN				
Name	Adresse	sehr häufig	häufig	selten
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FACHÄRZTINNEN*FACHÄRZTE					
Name	Spezialisierung	Adresse	sehr häufig	häufig	selten
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INSTITUTE					
Name	Spezialisierung	Adresse	sehr häufig	häufig	selten
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

THERAPEUT*INNEN					
Name	Profession	Adresse	sehr häufig	häufig	selten
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PFLEGE					
Name	Adresse	sehr häufig	häufig	selten	
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SOZIALEINRICHTUNGEN					
Services	Institution	Adresse	sehr häufig	häufig	selten
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

APOTHEKEN					
Name	Adresse	sehr häufig	häufig	selten	
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	---	--------------------------	--------------------------	--------------------------

GESUNDHEITSFÖRDERUNG					
Name	Kontakt	sehr häufig	häufig	selten	
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SONSTIGE					
Institution/Projekt	Spezialisierung	Adresse	sehr häufig	häufig	selten
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.2.3 Überregionale KooperationspartnerInnen

(Gesundheits- und Sozialanbieter in größerer Entfernung als 15 km (z. B. niedergelassene/r Fachärztin/Facharzt für bildgebende Diagnostik, Therapeutinnen/Therapeuten, Hauskrankenpflege). Folgende Quellen könnten behilflich sein: Regionale Ärztekammer, Regionale Gebietskrankenkasse, Gesundheitsfonds Ihres Bundeslandes, Sozialhilfeverband, Homepages der Gemeinden, etc.)

FACHÄRZT*INNEN					
Name	Spezialisierung	Adresse	sehr häufig	häufig	selten
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INSTITUTE					
Name	Spezialisierung	Adresse	sehr häufig	häufig	selten
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

THERAPEUT*INNEN					
Name	Fachbereich	Adresse	sehr häufig	häufig	selten
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PFLEGE					
Name/Institution	Adresse	sehr häufig	häufig	selten	
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SONSTIGE						
Institution/Projekt	Spezialisierung	Adresse	sehr häufig	häufig	selten	
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2.2.4 Nächstgelegene stationäre Einrichtungen

(Bitte beschreiben Sie hier die Kooperation mit der/den nächstgelegenen stationären Einrichtung/en – Krankenhäuser, Ambulanzen, Sanatorien, Ambulatorien – inklusive dem/der Fachgebiet/Spezialisierung, mit den häufigsten Überweisungen (Name der Einrichtung, Standort, etc.) Folgende Quellen könnten behilflich sein: Homepage der Krankenanstalten, Regionale Ärztekammer, Regionale Gebietskrankenkasse, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, etc.)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

3 KONZEPT DER ZUKÜNFTIGEN PRIMÄRVERSORGUNGSEINHEIT (NEU)

(Bitte beschreiben Sie hier Ihr Versorgungskonzept gemäß §6 Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten – Primärversorgungsgesetz(1).)

3.1 VERSORGUNGSZIELE

*(Die Ziele sollten SMART sein, d.h. **s**pezifisch, **m**essbar, **a**ktionsorientiert, **r**ealistisch, **t**erminiert. Für die Evaluierung der PVE ist eine umfassende Leistungsdokumentation sowie eine kodierte Diagnoseerfassung mittels ICPC-2 durch die PVE notwendig.)*

Bis zum Jahr Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. ...

3.2 RECHTSFORM

(Bitte beschreiben Sie hier, welche Rechtsform geplant ist, z.B. Offene Gesellschaft, Gesellschaft mit beschränkter Haftung, Ambulatorium, Verein, etc.)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

3.3 FINANZIERUNG

(Bitte geben Sie mögliche Finanzierungformen/-partner an.)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

3.4 DATENMANAGEMENT

(Bitte beschreiben Sie hier, wie das Datenmanagement erfolgen soll.)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

3.5 STANDORT

(Bitte beschreiben Sie hier die zukünftige Infrastruktur (Adresse, Räumlichkeiten inkl. m² sowie die Funktion der einzelnen Räume, barrierefreier Zugang, etc.). Fügen Sie auch Bilder Ihrer Räumlichkeiten ein.)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

3.6 MEDIZINISCH-TECHNISCHE UND APPARATIVE AUSSTATTUNG

(Beschreiben Sie hier die medizinisch-technische und apparative Ausstattung und die Verarbeitung von Patient*innenproben in der PVE sowie bei Bedarf die Kooperation mit externen Laboratorien zur Analyse von Patient*innenproben.)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

3.6.1 Ausstattungsliste nach ÖSG Leistungsmatrix

Gemäß QS-VO 2018 und ÖSG 2017 muss zumindest nachfolgende Ausstattung vorhanden sein: (Kennzeichnen Sie durch Ankreuzen der Kästchen, ob die Ausstattung bereits jetzt vollständig vorhanden ist (**derzeit**) oder ob die Ausstattung zukünftig in der PVE vorhanden sein wird (**zukünftig**))

Ausstattung	derzeit	zukünftig
Ausstattung für kleine Eingriffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausstattung für parenterale Medikamentengabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entsprechende Verbrauchsmaterialien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stethoskop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fieberthermometer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instrumentarium für Cerumenentfernung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Labor-Ausstattung: Messgeräte für Sofortlabor (inkl. Blutzuckermessgerät)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Messeinrichtung für Körpergröße und Gewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notfallausstattung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otoskop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulsoxymeter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reflexhammer inkl. Monofilament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RR-Messgerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmgabel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erläuterungen/Hinweise: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.		

3.7 ZEITLICHE VERFÜGBARKEIT

(Bitte beschreiben Sie hier die Mindestöffnungszeiten: 50 Wochenstunden bei 3 Planstellen (z.B. Montag bis Freitag 08:00-18:00, Mittagspause) und die Zeiten der Hausbesuche)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

*Kennzeichnen Sie durch Ankreuzen der Kästchen, ob die Leistung bereits jetzt vollständig erbracht wird (**derzeit**), oder ob die Leistung zukünftig durch die PVE umfassender bzw. neu erbracht wird (**zukünftig**), oder weder aktuell noch in Zukunft erbracht wird (**Ø**).*

FETT gedruckte Leistungen sind verbindliche Pflichtleistungen. „Zukünftig“ erbrachte Leistungen werden im Kapitel 3.11 noch einmal extra angeführt und näher beschrieben.)

Zeitliche Erreichbarkeit	derzeit	zukünftig	Ø
additiv mindestens zwei Abendordinationen bis 21.00 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vormittagsordination am Samstag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rufbereitschaft an Sonn- und Feiertagen (<i>im Rahmen der WE-Bereitschaft</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notrufnummer für Akutfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vertretungsregelung	derzeit	zukünftig	Ø
Bei Fortbildungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bei Krankenstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Im Urlaub	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Telefonische Erreichbarkeit (Rufbereitschaft)	derzeit	zukünftig	Ø
Telefonische Erreichbarkeit während der Öffnungszeiten in der PVE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Außerhalb der Öffnungszeiten koordinierte, ständige Erreichbarkeit insbesondere für Akutfälle über mobile Notrufnummer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Zusätzlich können Sie hier detailliert die Anwesenheit der Ärztin/des Arztes einfügen.)

	Ärztin*Arzt	Uhrzeit von/bis
M o	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Di	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Mi	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
D o	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Fr	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
S a	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

(Zusätzlich können Sie hier detailliert die Anwesenheit der einzelnen Professionen einfügen.)

	Profession	Uhrzeit von/bis
M o	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Di	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Mi	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
D o	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Fr	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
S a	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

3.7.1 Bereitschafts- und Wochenenddienste

(Bitte beschreiben Sie hier die Patient*innenversorgung in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen sowie die etwaige Teilnahme an organisierten Programmen zu Bereitschafts- und Wochenenddiensten.)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

3.8 ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

(Kennzeichnen Sie durch Ankreuzen der Kästchen, ob die Leistung bereits jetzt vollständig erbracht wird (**derzeit**) oder ob die Leistung zukünftig durch die PVE umfassender bzw. neu erbracht wird (**zukünftig**).

FETT gedruckte Leistungen sind verbindliche Pflichtleistungen. „Zukünftig“ erbrachte Leistungen werden im Kapitel 3.11 noch einmal extra angeführt und näher beschrieben.)

Öffentlichkeitsarbeit	derzeit	zukünftig	
Homepage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Information über Öffnungszeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Information über das Team der PVE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Information über das Leistungsprofil der PVE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Urlaubszeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Info über Vertretungsärztinnen/-ärzte (wann, wer, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Informationsbroschüren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3.9 LEISTUNGSPROFIL

(Die angeführten Leistungen beruhen auf den Vorgaben des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) (2). Mit * gekennzeichnete Leistungen wurden direkt oder abgeleitet übernommen.)

3.9.1 Basisaufgaben und spezielle Aufgaben in Anlehnung an den ÖSG

(Kennzeichnen Sie durch Ankreuzen der Kästchen, ob die Leistung bereits jetzt vollständig erbracht wird (**derzeit**) oder ob die Leistung zukünftig durch die PVE umfassender bzw. neu erbracht wird (**zukünftig**) oder weder aktuell noch in Zukunft erbracht wird (**Ø**).

FETT gedruckte Leistungen sind Pflichtleistungen. „Zukünftig“ erbrachte Leistungen werden im Kapitel 3.11 noch einmal näher beschrieben.)

Basisdiagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle bei allen einfachen, akuten und episodenhaften Gesundheitsbeschwerden	derzeit	zukünftig	Ø
Abschließende Behandlung unkomplizierter Infektionen (z.B. obere Luftwege, Haut, Harnblase)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Beurteilung und ggf. abschließende Behandlung von Symptomen und Beschwerden (z.B. Fieber, Schmerzen), bei Bedarf gezielte Weiterleitung*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abschließende Therapie von einfachen Verletzungen (z.B. Abschürfungen, Zerrungen, Verstauchungen, Prellungen) und ggf. Weiterleitung zur gezielten erweiterten (sozialen) Diagnostik*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Basisdiagnostik und ggf. Weiterleiten bei Verdacht auf Neubildungen*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leistungen analog zum Umfang für Akutfälle allgemein unter besonderer Berücksichtigung der chronischen Grunderkrankung bzw. der Anforderungen bei Abweichung vom regelhaften Krankheitsverlauf (v.a. der oberen und unteren Wirbelsäule) und ggf. Weiterleitung zur gezielten erweiterten Therapie und Diagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Basisdiagnostik und ggf. Weiterleiten bei Verdacht auf (angeborene) Fehlbildungen*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Basisdiagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle von akuten Problemen bei Menschen mit Behinderung*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Basischirurgie, Wundversorgung und Nachsorge nach Verletzungen bzw. Operationen	derzeit	zukünftig	Ø
Entfernung von Nähten und Klammern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wundkontrollen, Verbandswechsel inkl. Finger- und Handschienen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Versorgung unkomplizierter Wunden (Abschürfungen, Rissquetsch- und Schnittwunden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gipskontrollen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kleine Eingriffe in Lokalanästhesie (gemäß LM-amb (b))*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Basischirurgie und Nachsorge nach Operationen (Eingriffe gemäß LM-amb)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Traumaversorgung in Zusammenarbeit mit RAD und ggf. UCH bzw. ORTR (inkl. Röntgen und Gipsversorgung)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychoziale und sozialmedizinische Versorgung	derzeit	zukünftig	Ø
Identifizierung und Behandlung von Patient*innen mit psychischen bzw. psychosomatischen Gesundheitsproblemen bei Bedarf in Zusammenarbeit mit teamexternen Berufsgruppen/Einrichtungen mit PSY-Kompetenz in allen Versorgungsstufen*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erkennen und Behandlung von Suchterkrankungen, ggf. gezieltes Weiterleiten*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erkennen und ggf. Therapie bzw. bei Bedarf Weiterleiten von Patient*innen mit z.B. Schlafstörungen, Angsterkrankungen, Depressionen, Essstörungen, psychotischen Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erkennen und ggf. Therapie von Patient*innen mit psychosomatischen Erkrankungen bzw. bei Bedarf Weiterleiten und Koordination bedarfsspezifisch erforderlicher Gesundheits- und Sozialberufe bzw. Dienste*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Information über Selbsthilfegruppen und Opferschutzgruppen einschließlich Vermittlung*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identifizierung von und Beratung bei Lebensumfeld-assoziierten Risiken (z.B. soziale Risiken wie Alkoholabusus eines Familienmitglieds, häusliche Gewalt; Umweltfaktoren wie Wohnverhältnisse, Hygiene); ggf. Weiterleitung zu speziellen Unterstützungsangeboten*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identifizierung und Behandlung von Personen (insbesondere Kindern und Jugendlichen), die häuslicher Gewalt oder Missbrauch ausgesetzt sind, ggf. gezieltes Weiterleiten zu sozialer Diagnostik (z.B. Gewaltprävention und Opferschutzgruppen)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktives Zugehen auf und Unterstützung im Zugang zur Versorgung für vulnerable Gruppen wie z.B. Personen mit Migrationshintergrund, sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen, Risikogruppen*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familienplanung, Schwangerschaftsberatung, Säuglingsuntersuchung	derzeit	zukünftig	Ø
Beratung hinsichtlich Verhütung (Kontrazeption) und Familienplanung (Fertilität, Sterilität)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwangerschaftsberatung*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stillberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchführung und Koordination der Untersuchungen gemäß Mutter-Kind-Pass*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versorgung von Kindern- und Jugendlichen	derzeit	zukünftig	Ø
Basisdiagnostik, Therapie, Verlaufskontrolle bei akuten Gesundheitsbeschwerden und bei Bedarf Weiterleiten an und/oder Zusammenarbeit mit Fachärzt*innen für KIJU, KJP und kinder-/jugendspezifischen Einrichtungen in allen Versorgungsstufen*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Beurteilung des physischen und psychischen Entwicklungsstands; Erkennen und ggf. Therapie bei Auffälligkeiten, bei Bedarf Weiterleiten*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Beurteilung von psychosozialen Auffälligkeiten, Basisdiagnostik, bei Bedarf Weiterleiten*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schulung und Anleitung im Rahmen gesundheitsbezogener Problemstellungen (z.B. in Bezug auf Hilfsmittel/Heilbehelfe, Medikamente, Ernährung) im Lebensumfeld (inkl. Kindergarten, Schule)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bereitstellen von Information, Anleitung und Beratung für Patient*innen, Familien/Angehörige/betreuende Personen von Kindern und Jugendlichen insbes. mit einer chronischen und/oder psychischen Erkrankung bzw. mit Behinderung(en)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychosoziale Beratung einschließlich Vermittlung Früher Hilfen*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versorgung von älteren Menschen	derzeit	zukünftig	Ø
Geriatrisches Basis-Assessment zum individuellen Versorgungsbedarf*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle geriatrischer Patient*innen unter Berücksichtigung ihrer individuellen Bedürfnisse in Zusammenarbeit mit geriatrischen Einrichtungen in allen Versorgungsstufen*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Beurteilung von psychosozialen Problemen, Basisdiagnostik, ggf. Therapie/Behandlung, bei Bedarf gezielte Weiterleitung*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Basisdiagnostik bei Demenz, ggf. Therapie/Behandlung, bei Bedarf gezielte Weiterleitung*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Beratung und Unterstützung von älteren Menschen insbesondere in Bezug auf Sturz- und Dekubitusprophylaxe, Demenz, Depression, Fehl- bzw. Mangelernährung; ggf. Weiterleitung zu speziellen Unterstützungs- oder Trainingsangeboten*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bereitstellen von Information, Anleitung und Beratung für Patient*innen sowie für Angehörige/betreuende Personen von alten Menschen, inkl. Beratung bezüglich Patient*innenverfügung bzw. Vorsorgevollmacht*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Palliativversorgung	derzeit	zukünftig	Ø
Palliative Versorgung (Management bezüglich Nahrungs- und Flüssigkeitsbedarf, Symptomkontrolle; Schmerzmanagement inkl. Schmerztherapie, Aufsuchen der Patient*innen im Wohnumfeld)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zusammenarbeit mit mobilem Palliativ-/Hospizteam*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Psychosoziale Unterstützung und Begleitung von Palliativpatient*innen*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bereitstellen von Information, Anleitung und Beratung für Patient*innen sowie für Angehörige /betreuende Personen von Menschen in ihrer letzten Lebensphase*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausbesuche, aufsuchende Dienste	derzeit	zukünftig	Ø
Bei Bedarf (präventives) Aufsuchen der Patient*innen in deren Wohnumfeld insbesondere Akut- und Chronikerversorgung, Kindern und Jugendlichen, alten Menschen, Palliativversorgung und Rehabilitationsbedarf*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Medizinisch-therapeutische Betreuung von Patient*innen in Pflegeheimen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schulung und Anleitung geriatrischer Patient*innen im Rahmen gesundheitsbezogener Problemstellungen (z.B. in Bezug auf Hilfsmittel/Heilbehelfe, Medikamente, Ernährung) im Lebensumfeld*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anordnung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen bei geriatrischen Patient*innen*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausbesuche bei Familien und Personen mit hohem psychosozialen Risiko (z.B. Gewaltbereitschaft, Alkoholabusus)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öffentliche Gesundheitsaufgaben	derzeit	zukünftig	Ø
Kurative Versorgung von kurzfristig Inhaftierten außerhalb der Anhaltezentren*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Todesfeststellung, Entscheidung über Verbringung der Leiche und amtliche Totenbeschau*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begutachtung und Beurteilung, ob eine Aufnahme wider Willen in eine psychiatrische Krankenanstalt gerechtfertigt ist (Unterbringung ohne Verlangen)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begutachtungen auf Haftfähigkeit außerhalb von Justizvollzugsanstalten od. polizeilichen Anhaltezentren*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beurteilung der Fahrtauglichkeit gemäß § 5 StVO*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitwirkung beim Management von Infektionskrankheiten und Epidemien, Tuberkulosedagnostik*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Substitutionstherapie*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnostik	derzeit	zukünftig	∅
Sofortlabor (Blutbild, CRP, etc.)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hauslabor mit erweiterter Diagnostik (INR, Belastungstests auf Laktose-Fruktose, Schlafapnoe-Screening, D-Dimer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spirometrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24-Stunden Blutdruckmessung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAVK-Screening (ABI-Duplexsonografie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erweiterte kardiologische Diagnostik*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erweiterte pulmologische Diagnostik*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erweiterte Therapie	derzeit	zukünftig	∅
Erweiterte physikalische Therapie* und manuelle Medizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kryotherapie, Elektro- und Ultraschalltherapie, Magnetfeldtherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurz- und Mikrowellentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.9.2 Basisaufgaben und spezielle Aufgaben

(In diesem Feld können Sie etwaige Spezialisierungen einfügen oder Aufgaben näher erklären.)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

3.9.3 Prävention und Gesundheitsförderung

(Kennzeichnen Sie durch Ankreuzen der Kästchen, ob die Leistung bereits jetzt vollständig erbracht wird (**derzeit**) oder ob die Leistung zukünftig durch die PVE umfassender bzw. neu erbracht wird (**zukünftig**) oder weder aktuell noch in Zukunft erbracht wird (**∅**).

FETT gedruckte Leistungen sind Pflichtleistungen. „Zukünftig“ erbrachte Leistungen werden im Kapitel 3.11 noch einmal näher beschrieben.)

Prävention			
Primärprävention	derzeit	zukünftig	Ø
Impfinformation (Impfplan aushängen bzw. verteilen), Impfberatung, Durchführung von Impfungen*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Monitoring des Impfstatus inkl. Recall System	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Weiterleiten zur Raucherentwöhnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Durchführung von Raucherentwöhnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Identifizierung von und Beratung bei lebensstilassozierten Risiken (z.B. Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes); ggf. Weiterleitung zu speziellen bestehenden Programmen (z.B. Herz.Leben, Therapie Aktiv, Tabakentwöhnung)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Qualitätssicherung der Raucherentwöhnung durch Erhebung eines Minimal Data Set (MDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prävention sexuell übertragbarer Krankheiten (z.B. HPV, HIV) durch Beteiligung an entsprechenden Aufklärungskampagnen*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Präventive Hausbesuche bei geriatrischen Personen zur Risikoevaluierung (z.B. Frailty Index, Sturzprävention)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sekundärprävention	derzeit	zukünftig	Ø
Vorsorgeuntersuchung gemäß nationalem Vorsorgeuntersuchungs-Programm (insbesondere Assessment und Kommunikation des kardio-vaskulären Risikos z.B. mittels arriba, Lebensstilberatung plus Verweis auf entsprechende Angebote)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Früherkennung von Störungen des Bewegungsapparates (z.B. Fehlhaltungen, Dysbalancen, Muskelschwächen)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Beratung und gegebenenfalls Überweisung zu Früherkennungs- maßnahmen, insbesondere zur Früherkennung von Brust-, Gebärmutterhals- und Dickdarmkrebs unter Einhaltung der nationalen Empfehlungen (z.B. Altersgrenzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Basisdiagnostik (z.B. FRAX ab dem mittleren Lebensalter) und Beratung bei Risikogruppen für Osteoporose*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Früherkennung mentaler Probleme (Depressionen, Angststörungen, Suchterkrankungen, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tertiärprävention	derzeit	zukünftig	Ø
Koordination und Monitoring der Rehabilitation nach Entlassung aus der Akutversorgung*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sicherstellen der bedarfsspezifischen rehabilitativen wohnortnahen Versorgung (Koordination, proaktive Besuche, Monitoring, Unterstützung, Selbstmanagement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeprophylaxe (Aktivierung, Information, Beratung, Unterstützung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitsförderung	derzeit	zukünftig	Ø
Angebote zu adäquater Bewegung & Ernährung, psychosozialem Wohlbefinden für unterschiedliche Zielgruppen unter Berücksichtigung der Gesundheitsdeterminanten (Alkoholentwöhnungs-, Raucherentwöhnungs-, Ernährungs- und Bewegungsberatung)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Umsetzung von Angeboten in der PVE zur Tabakentwöhnung, Richtig Essen von Anfang an (REVAN) etc. in Kooperation mit der Sozialversicherung (SV) (unter Berücksichtigung des Bedarfs der unterschiedlichen Zielgruppen der PVE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Aktives Mitwirken an Frühen Hilfen*, (Verantwortlichkeiten und Aufgaben definieren für Kooperationen im Kontext der Frühen Hilfen in Abstimmung mit der SV gemäß den Leitlinien des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen, z.B. Mitarbeit in Frühe Hilfen Netzwerken in der Region, aktive Zuweisung zur Familienbegleitung, Teilnahme an Vernetzungsaktivitäten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maßnahmen zur kontinuierlichen Unterstützung in der Weiterentwicklung der Gesundheitskompetenz (gemäß den Empfehlungen der Plattform für Gesundheitskompetenz)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aktiver Aufbau einer gesundheitskompetenten Organisation (Initiative "Gesundheitskompetente Gesundheitszentren")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fort- und Weiterbildung des PV-Teams in Bezug auf Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz (z.B. motivierende Ansprache, Gesundheitskommunikation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aktive Mitarbeit in Projekten der „Gesunden Gemeinde /Stadt“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bewusste Auseinandersetzung und gezielte Anwendung erfolgreicher Patient*innenkommunikation gemäß der nationaler Leitlinie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information und Beratung zu Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kooperation mit Anbietern und Projekten in der schulischen Gesundheitsförderung und Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strukturierte aktuelle Übersicht und Vernetzung zu den Gesundheitsförderungsangeboten der Region (Zuständigkeit, Kooperation, Kommunikation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angebote zur Bewegungsförderung z.B. Lauftreffs, Walking Touren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.9.4 Management von chronischen Erkrankungen

(Kennzeichnen Sie durch Ankreuzen der Kästchen, ob die Leistung bereits jetzt vollständig erbracht wird (**derzeit**) oder ob die Leistung zukünftig durch die PVE umfassender bzw. neu erbracht wird (**zukünftig**) oder weder aktuell noch in Zukunft erbracht wird (**∅**).

FETT gedruckte Leistungen sind Pflichtleistungen. „Zukünftig“ erbrachte Leistungen werden im Kapitel 3.11 noch einmal näher beschrieben.)

Kontinuierliche Begleitung, fortgesetzte Betreuung, Anleitung und Behandlung von Patient*innen mit einer oder mehreren chronischen Erkrankung(en) sowie multimorbiden Patient*innen	derzeit	zukünftig	∅
Diagnostik, Beratung, Therapie (inkl. Medikation, Injektionen, Infusionen, Infiltrationen, Punktionen) und Verlaufskontrolle (inkl. Anpassen des Behandlungsregimes), bei spezialisiertem Versorgungsbedarf gezieltes Weiterleiten*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Monitoring wichtiger Parameter (z.B. HbA1c, Gewicht, RR, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Strukturierte Behandlungspfade für alle wichtigen chronischen Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Integrierte Versorgungsprogramme (z.B. Mitwirkung DMP)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Register für chronische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kommunikation mit Patient*innen über Vorbereitung, Indikation, Durchführung und Risiken von Untersuchungen und Behandlungen (Patient*innengespräch bzw. Gespräche mit Angehörigen. Information bzgl. Selbsthilfeinstitutionen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Multidimensionales (bio-psycho-soziales) "Assessment" zum individuellen Versorgungsbedarf*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Identifikation von (lebensstilassoziierten) Risiken (z.B. Herz-Kreislauf-erkrankungen, Diabetes) und Beratung*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unterstützung im Selbstmanagement (medizinisch, sozial, emotional) / Anleitung in der Selbstversorgung, Motivation/Empowerment*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patient*innen-zentrierte Gesprächsführung inkl. Herstellen und Aufrechterhalten der therapeutischen Beziehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gezielte Fort- und Weiterbildung*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wundmanagement bei chronischen Wunden* (Diabetischen Ulzera)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schmerzmanagement einschließlich Schmerztherapie*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Strukturiertes Medikamentenmanagement (Verringerung von Polypharmazie)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Versorgung chronischer Wunden*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verschreibung und Anpassung von Heilbehelfen und Hilfsmitteln inkl. Anleitung*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schulung und Anleitung im Rahmen gesundheitsbezogener Problemstellungen (z.B. in Bezug auf Hilfsmittel/Heilbehelfe, Medikamente, Ernährung) im Lebensumfeld*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bereitstellen von Information, Anleitung und Beratung für Patient*innen sowie für Angehörige/betreuende Personen von Menschen mit einer chronischen Erkrankung sowie multimorbiden Patient*innen inkl. Beratung bezüglich Patient*innenverfügung bzw. Vorsorgevollmacht*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Angebote für Selbstmanagement-Kurse aus steirischen/nationalen Programmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abstimmung aller informellen (Angehörige, 24-Stunden-Pflege) und formellen Versorgungssysteme (Fachärzte, Ambulanzen, mobile Dienste, Therapeuten, etc.)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recall-Systeme und proaktives Management (z.B. mittels PraCMan)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einsatz von Telemedizinischen Methoden*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Management besonderer Therapieformen wie z.B.: Inhalationstherapie, zu- und ableitende Kathetersysteme, Sondennahrung, Inkontinenz, Stomaversorgung, Heimdialyse*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.9.5 Praxismanagement

(Kennzeichnen Sie durch Ankreuzen der Kästchen, ob die Leistung bereits jetzt vollständig erbracht wird (**derzeit**) oder ob die Leistung zukünftig durch die PVE umfassender bzw. neu erbracht wird (**zukünftig**) oder weder aktuell noch in Zukunft erbracht wird (**Ø**).

FETT gedruckte Leistungen sind Pflichtleistungen. „Zukünftig“ erbrachte Leistungen werden im Kapitel 3.11 noch einmal näher beschrieben.)

PVE-Praxismanagement und Terminkoordination	derzeit	zukünftig	Ø
Gezielte Öffentlichkeitsarbeit, PVE als regionaler Ansprechpartner für Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Einheitliche Emailadressen aller in der PVE tätigen Berufsgruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Allgemeine Emailadresse für die PVE als Ansprechadresse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patient*innenberatung per Email	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiederbestellungen per Email	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terminkoordination über gemeinsame Anmeldung aller beteiligten Gesundheitsberufe*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwaltung, Organisation und Wartezeitenmanagement, Führen von Erinnerungssystemen*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parallele Termin- und Akutordination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terminorganisation bei Weiterleitung an andere Versorgungspartner/-einrichtungen entsprechend der Dringlichkeit und dem Bedarf*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strukturiertes Praxismanagement (gemeinsam erarbeitetes, verbindliches Profil, Arbeitsbeschreibung, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strukturiertes Patient*innenmanagement (Wartezeitenmanagement, Therapiemanagement, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelung der Kommunikation im Team (strukturierte Kommunikationsabläufe im Team)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefonberatung entsprechend den rechtlichen Rahmenbedingungen*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klären der Rollen- und Aufgabenteilung im Team*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualitätsmanagement und -sicherung, Patient*innensicherheit	derzeit	zukünftig	Ø
Interdisziplinäre Teambesprechungen*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Interdisziplinäre Fallbesprechungen*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Teilnahme an/ Organisation von interdisziplinären Qualitätszirkeln*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kooperation mit und Koordination (Abstimmung der zeitlichen und örtlichen Verfügbarkeit) von bedarfsspezifisch erforderlichen (aufsuchenden) Gesundheits- und Sozialberufen bzw. Diensten (z.B. mobile Pflege, Krisenintervention) unter Berücksichtigung spezieller Erfordernisse (Schutz persönlicher Freiheit und Integrität bei alten Menschen, Kinderschutz, Rehabilitation, Palliativversorgung) inkl. Unterstützung bei administrativen Erfordernissen*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Führen eines teambezogenen Qualitäts- und Fehlermanagementsystems einschließlich Bereitschaft zur begleitenden Evaluierung*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patient*innen-Feedback einschließlich Beschwerdemanagement*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Regelmäßige Fort- und Weiterbildung*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erfüllen der Kriterien für Lehrpraxis und Praktika*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ordinationshandbuch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Berücksichtigung evidenzbasierter Leitlinien* (EbM, DEGAM, S3 Leitlinien)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Strukturierte Behandlungspfade (z.B. Adipositas, Diabetes, Niereninsuffizienz) & SOPs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mitwirkung am Aufnahme- und Entlassungsmanagement (Nahtstellenmanagement)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Organisation der Einhaltung rechtlicher Auflagen (z.B. Hygienerichtlinien/-verordnung, Medizinproduktegesetz)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erheben, Nutzen und Bereitstellen von Daten und Informationen zur Wissensgenerierung als Grundlage zur evidenzbasierten Analyse und Steuerung des Gesundheitssystems*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Teilnahme an der „Aktion Saubere Hände“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Kooperation & Koordination der Gesundheits- und Sozialberufe inkl. Abstimmung der zeitlichen und örtlichen Verfügbarkeit (regelmäßige Vernetzungstreffen mit Versorgungspartnern)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supervision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informations- und Datenmanagement	Ist	Neu	∅
Einheitliche Software für alle Professionen, gemeinsamer Server, gemeinsamer Zugriff auf alle Patient*innendaten (kompatible IT-Systeme, ELGA) unter Berücksichtigung des Datenschutzes (z.B. Zugangsberechtigungen)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schnelle Kontaktaufnahme über interne Informationswege mit allen Gesundheits- und Sozialberufen der PVE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Einheitliche Diagnosecodierung mittels ICPC-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erstellung von Statistiken (Frequenzen, Diagnosen, Medikamente, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Register von Patient*innen mit chronischen Krankheiten (Diabetes, COPD, Herzinsuffizienz, Hypertonie, Präventions- und GF-Angeboten, Impfreister, Register für Selbsthilfegruppen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erfassung von Medikamentenallergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Standardisierte Informationsweitergabe (Überweisung, Befund, Arztbrief, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verwendung von qualitätsgesicherten Informationsbroschüren von SV und Land	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vollständige und leicht zugängliche Information über das Leistungsangebot der PVE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Automatische Weiterverarbeitung von Daten zu Arztbriefen und Befundberichten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.9.6 Beteiligung an der Versorgungsforschung

(Bitte beschreiben Sie hier die Beteiligung an der Versorgungsforschung und mögliche Partnerinstitutionen.)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

3.9.7 Beteiligung an der Ausbildung

(Bitte beschreiben Sie hier die Rolle und Aufgabe als Ausbildungsstätte für Gesundheits- und Sozialberufe sowie mögliche Partnerinstitutionen.)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

3.10 ORGANISATION DER PRIMÄRVERSORGUNGSEINHEIT

3.10.1 Kernteam

(Bitte beschreiben Sie hier die Zusammensetzung des Kernteams (Allgemeinmedizin, DGKP, Ordinationsassistenten) auf Basis von Vollzeitäquivalenten. Bitte führen Sie in der folgenden Tabelle neben den aktuellen Vollzeitäquivalenten (**derzeit**) auch jene an, die NEU (**zukünftig**) hinzukommen werden.)

Nachname	Vorname	Profession	VZÄ derzeit	VZÄ zukünftig
Klicken oder tippen	Klicken oder tippen	Klicken oder tippen	Klicken oder	Klicken oder
Klicken oder tippen	Klicken oder tippen	Klicken oder tippen	Klicken oder	Klicken oder
Klicken oder tippen	Klicken oder tippen	Klicken oder tippen	Klicken oder	Klicken oder
Klicken oder tippen	Klicken oder tippen	Klicken oder tippen	Klicken oder	Klicken oder
Klicken oder tippen	Klicken oder tippen	Klicken oder tippen	Klicken oder	Klicken oder
Klicken oder tippen	Klicken oder tippen	Klicken oder tippen	Klicken oder	Klicken oder
Klicken oder tippen	Klicken oder tippen	Klicken oder tippen	Klicken oder	Klicken oder
Klicken oder tippen	Klicken oder tippen	Klicken oder tippen	Klicken oder	Klicken oder

3.10.2 Erweitertes Team

(Bitte beschreiben Sie hier die Zusammensetzung des erweiterten Teams (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Diätologie, Sozialarbeit, Psychotherapie, Psychologie, Hebamme, FA für Kinder- und Jugendheilkunde, mobile Dienste) auf Basis von Vollzeitäquivalenten. Bitte führen Sie in der folgenden Tabelle neben den aktuellen Vollzeitäquivalenten (**derzeit**) auch jene an, die NEU (**zukünftig**) hinzukommen werden. Ist für diesen Gesundheitsberuf noch keine spezielle Person vorgesehen, füllen Sie bitte die Profession aus und die VZÄ.)

	Text eingeben.	hier, um Text eingeben.
DiätologIn	Klicken oder tippen Sie hier, um Text eingeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text eingeben.
ErgotherapeutIn	Klicken oder tippen Sie hier, um Text eingeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text eingeben.
Hebamme	Klicken oder tippen Sie hier, um Text eingeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text eingeben.
Logopädin/Logopäde	Klicken oder tippen Sie hier, um Text eingeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text eingeben.
Psychologin/Psychologe	Klicken oder tippen Sie hier, um Text eingeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text eingeben.
PhysiotherapeutIn	Klicken oder tippen Sie hier, um Text eingeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text eingeben.
SozialarbeiterIn	Klicken oder tippen Sie hier, um Text eingeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text eingeben.
MasseurIn	Klicken oder tippen Sie hier, um Text eingeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text eingeben.
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen	Klicken oder tippen Sie

	Sie hier, um Text einzugeben.	hier, um Text einzugeben.
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

3.10.4 Aufgabenprofile

(Bitte ordnen Sie hier die Aufgaben den Berufsgruppen zu. Ausgenommen sind explizite medizinische, pflegerische oder therapeutische Aufgaben. Bei in Kooperation erbrachten Aufgaben kreuzen Sie bitte alle beteiligten Berufsgruppen an.)

<i>DGKP</i>	<i>Diplomierte/r Gesundheits- und Krankenpfleger/in</i>												
<i>DT</i>	<i>Diätologin/e</i>												
<i>ET</i>	<i>Ergotherapeut/in</i>												
<i>HA</i>	<i>Hausärztin/arzt</i>												
<i>HE</i>	<i>Hebamme</i>												
<i>LP</i>	<i>Logopädin/e</i>												
<i>M</i>	<i>Management, Geschäftsführung</i>												
<i>OA</i>	<i>Ordinationsassistenz</i>												
<i>Psy</i>	<i>Psychologin/e, Psychotherapeut/in</i>												
<i>PT</i>	<i>Physiotherapeut/in</i>												
<i>SA</i>	<i>Sozialarbeiter/in</i>												
<i>∅</i>	<i>Diese Leistung wird von keinem der angeführten Gesundheits- oder Sozialberufe erbracht</i>												
Administrative Aufgaben													
	HA	DGKP	OA	M	PT	ET	LP	DT	HE	SA	Psy	∅	
Kommunikation mit externen Anbietern (Termine, Befunde, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patient*innendokumentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Datenanalysen zu Behandlungsprozessen	<input type="checkbox"/>											
Betreuung von Registern (Impfungen, chron. Erkrankungen, etc.)	<input type="checkbox"/>											
Organisation von Team- und Fallbesprechungen	<input type="checkbox"/>											
Organisation von Qualitätszirkeln	<input type="checkbox"/>											
Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung	<input type="checkbox"/>											
Abrechnung	<input type="checkbox"/>											
Planung der Versorgungsziele	<input type="checkbox"/>											
Aus-, Fort- und Weiterbildungen	<input type="checkbox"/>											
Datenverarbeitung inkl. Datensicherheit	<input type="checkbox"/>											
Führen eines teambezogenen Qualitäts- und Fehlermanagementsystems einschließlich Bereitschaft zur begleitenden Evaluierung	<input type="checkbox"/>											
Administration des Patient*innen-Feedbacks einschließlich Beschwerdemanagement	<input type="checkbox"/>											
Personalplanung	<input type="checkbox"/>											
Finanzplanung und Budgetverwaltung	<input type="checkbox"/>											
Buchhaltung	<input type="checkbox"/>											
Terminkoordination (intern und extern)	<input type="checkbox"/>											
Koordination der Behandlungsabläufe	<input type="checkbox"/>											
Triagierung	<input type="checkbox"/>											
Administration von strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP's)	<input type="checkbox"/>											
Erinnerungs- und Serviceanrufe	<input type="checkbox"/>											
Erstellung und Wartung Ordinationshandbuch	<input type="checkbox"/>											
Organisation der Einhaltung rechtlicher Auflagen (z.B. Hygienerichtlinien/-verordnung, Medizinproduktegesetz)	<input type="checkbox"/>											
Bereitstellung von Leitlinien	<input type="checkbox"/>											
Erarbeitung von SOP's	<input type="checkbox"/>											
Betreuung der Homepage	<input type="checkbox"/>											
Organisation von Fortbildungen	<input type="checkbox"/>											

Durchführung von Patient*innen-befragungen	<input type="checkbox"/>											
Erhebung der Indikatoren der Versorgungsziele	<input type="checkbox"/>											
Einrichtung und Administration Telemedizinischer Methoden	<input type="checkbox"/>											
Gesundheitsförderliche und präventive Aufgaben												
	HA	DGKP	OA	M	PT	ET	LP	DT	HE	SA	Psy	Ø
Identifizierung und Beratung bei lebensstilassoziierten Risiken	<input type="checkbox"/>											
Identifizierung und Beratung bei Lebensumfeld assoziierten Risiken	<input type="checkbox"/>											
Befähigung von Personen mit chronischen Erkrankungen (Selbst-management, Gesundheitskompetenz)	<input type="checkbox"/>											
Beratung von Angehörigen	<input type="checkbox"/>											
Präventive Hausbesuche	<input type="checkbox"/>											
Präventives Assessment in Pflegeheimen	<input type="checkbox"/>											
Organisation und Mitwirkung bei Lauffreizevents	<input type="checkbox"/>											
Information über regionale gesundheitsförderliche und präventive Angebote	<input type="checkbox"/>											
Teilnahme an Gesundheitstagen, Selbsthilfefunktionen und Informations-abenden	<input type="checkbox"/>											
Aktive Vernetzung und Zusammenarbeit mit PartnerInnen wie Sozialversicherung, Land und Gemeinde (z.B. Frühe Hilfen)	<input type="checkbox"/>											
Kooperationen mit der Gesundheitsförderung in Kindergärten, Schulen und Betrieben	<input type="checkbox"/>											
Koordination und Monitoring der Rehabilitation nach Entlassung aus der Akutversorgung	<input type="checkbox"/>											
Sonstige Versorgungsaufgaben												
	HA	DGKP	OA	M	PT	ET	LP	DT	HE	SA	Psy	Ø
Multidimensionales (bio-psycho-soziales) Assessment zum individuellen Versorgungsbedarf	<input type="checkbox"/>											

Planung, Koordination und Monitoring des erforderlichen Versorgungsprozesses	<input type="checkbox"/>											
Organisiertes Weiterleiten an weitere/geeignete Versorgungseinrichtungen (inkl. Zuweisung)	<input type="checkbox"/>											
Mitwirkung am Aufnahme- und Entlassungsmanagement (Nahtstellenmanagement)	<input type="checkbox"/>											
Anpassung und Einschulung von Heilbehelfen	<input type="checkbox"/>											
Beratung von Angehörigen chronisch erkrankter Personen	<input type="checkbox"/>											
Koordination der Versorgung chronisch erkrankter Personen	<input type="checkbox"/>											
Beratung von pflegenden Angehörigen	<input type="checkbox"/>											
Koordination von Pflege und palliativer Versorgung	<input type="checkbox"/>											
Beratung bezüglich Patient*innenverfügung und Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/>											
Einbindung in strukturierte Betreuungsprogramme	<input type="checkbox"/>											
aktive Beratungstätigkeiten inkl. Angehörigenarbeit zur Stärkung der Gesundheitskompetenz	<input type="checkbox"/>											
Serviceanrufe bei chronischen Patient*innen	<input type="checkbox"/>											
Unterstützung aller Ärztinnen/Ärzte im Rahmen ihres Tätigkeitsfeldes (z.B. Blutabnahme, Injektionen etc.)	<input type="checkbox"/>											
Beratung und Koordination der Behandlung von Personen mit Suchterkrankungen	<input type="checkbox"/>											
Beratung und Koordination der Behandlung von Personen mit psychischen und psychosomatischen Gesundheitsproblemen	<input type="checkbox"/>											
Beratung und Koordination der Behandlung von Opfern häuslicher Gewalt oder Missbrauch	<input type="checkbox"/>											
Information über Selbsthilfegruppen und Opferschutzgruppen einschließlich Vermittlung	<input type="checkbox"/>											
Stillberatung	<input type="checkbox"/>											
Beratung hinsichtlich Verhütung und Familienplanung	<input type="checkbox"/>											

Schwangerschaftsberatung	<input type="checkbox"/>											
Vermittlung von Frühen Hilfen	<input type="checkbox"/>											

3.10.5 Interne und externe Zusammenarbeit

(Erläuterung der Zusammenarbeit im Team und mit den Kooperationspartnerinnen/Kooperationspartnern)

3.10.5.1 Zusammenarbeit im Primärversorgungsteam

(Bitte beschreiben Sie hier die Zusammenarbeit im Team, insbesondere die Art und Weise der Kommunikation speziell im Hinblick auf die erweiterten Aufgabengebiete & eigenständige Tätigkeiten, inkl. Reflexion und Rückmeldung, Befundbesprechung, Fallbesprechungen, Bearbeitung von Problemfällen, etc.)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

3.10.5.2 Zusammenarbeit mit anderen Versorgungsbereichen

(Bitte beschreiben Sie hier die Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern/-innen, bei denen Sie im Kapitel 2.2 die Kontakthäufigkeit mit „sehr häufig“ angegeben haben. Insbesondere Art und Weise der Kommunikation, inkl. Reflexion und Rückmeldung, Befundbesprechung, Fallbesprechungen, Bearbeitung von Problemfällen, etc.)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

3.11 ZUSATZLEISTUNGEN UND MEHRWERT

3.11.1 Zusatzleistungen als Basis für den Versorgungsvertrag

(Bitte beschreiben Sie hier in einer Kurzfassung die wesentlichen Punkte der angeführten Leistungen „Zukünftig“ im Detail, z.B. Versorgung von chronisch Kranken – Etablierung eines Recall-Systems, Kontrolle der Dauermedikation; Management der Palliativversorgung; Organisation von Präventionsmaßnahmen (Sturzprävention, Weiterleitung zu DMP-Programmen) und Umsetzung von Gesundheitsförderungsangeboten. Führen Sie hier auch innovative Vorhaben an, z.B. Akut- & Bestellordination, Hospizbegleitung, Schmerztherapie.)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

3.11.2 Entstehender Mehrwert

(Beschreiben Sie bitte hier den aus Kapitel 3 entstehenden Mehrwert für die Patient*innen, das Primärversorgungsteam, die Region und für die öffentliche Gesundheitsversorgung.)

Mehrwert für die Patient*innen	Mehrwert für die Teammitglieder
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Mehrwert für die Region	Mehrwert für die öffentliche Gesundheitsversorgung
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

3.11.3 Zeitplan (kurz-, mittel- und langfristig)

Kurzfristiger Zeitplan (Zeitraum: erstes Jahr)

(z.B. zusätzliche Angebote und Leistungen, Erweiterung des Teams, Recall-Systeme, Software, QM, interdisziplinäre Fallbesprechungen)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Mittelfristiger Zeitplan (Zeitraum: 1 bis 5 Jahre)

(z.B. Umgang mit Pensionierungen, Erweiterung des Teams, zusätzliche Angebote und Leistungen, Evaluation und Qualitätssicherung)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Langfristiger Zeitplan (Zeitraum: 5 bis 10 Jahre)

(Visionen in Bezug auf Organisationsform, Finanzierungsform, Erweiterung des Teams, zusätzliche Angebote und Leistungen, etc.)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

4 ANMERKUNGEN UND ERGÄNZUNGEN

Bitte führen Sie hier alle Ergänzungen inkl. Hinweis auf das zugehörige Kapitel an. (z.B. Ergänzung zu 3.6.).

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

5 LITERATUR

1. Rechtsinformation des Bundes. Gesamte Rechtsvorschrift für Primärversorgungsgesetz 2018 [updated 15.06.2018. Available from: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20009948>.
2. Eglau K, Fülöp G, Mildschuh S, Paretta P. Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF); 2017 [Juni 2017];[Available from: https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/0/1/CH1071/CMS1136983382893/oesg_2017_-_textband_stand_30.6.2017.pdf.
3. Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit. Das Team rund um den Hausarzt. Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich 2014 [updated 30.06.2014. Available from: http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/2/6/CH1443/CMS1404305722379/primaerver_sorgung.pdf.