

Die DGKP in der Primärversorgungseinheit

Aufgaben und Rollen der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege

Untersuchungen haben in den vergangenen Jahren gezeigt, dass Österreich im europäischen Vergleich über eher schwach ausgeprägte Primärversorgungsstrukturen verfügt (1). Seit dem Abschluss des ersten Bundes-Zielsteuerungsvertrags (Zielsteuerung-Gesundheit 2013-2016) wurden daher zahlreiche Bemühungen unternommen, die Primärversorgung in Österreich nach internationalem Vorbild zu stärken.

Einen Schwerpunkt in der Neukonzeption der Primärversorgung stellt der Aufbau von Primärversorgungseinheiten (PVE) dar. Die neue Primärversorgung soll – im Sinne einer umfassenden Grundversorgung – als generelle und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen dienen. Gleichzeitig soll sie den Versorgungsprozess koordinieren und eine ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung gewährleisten (2). In den neuen PVE ist die Zusammenarbeit eines multi- und interprofessionellen Teams verankert, das eine möglichst lückenlose und qualitativ hochwertige gesundheitliche Versorgung bietet. Das Kernteam einer PVE besteht immer aus Ärzten und Ärztinnen für Allgemeinmedizin und diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP).

Zwar ist der Gedanke der strukturierten Einbindung von DGKP in die Primärversorgung nicht neu, denn bereits 1978 wird in der Erklärung von Alma Ata (3) der Teamgedanke in der primären Gesundheitsversorgung festgehalten. Es zeigt sich aber, dass die Vorstellungen darüber, was die Rolle der DGKP im PVE sein kann und soll bzw. nicht sein soll, noch unklar sind. Im vorliegenden Beitrag wird versucht, die Aufgaben und Rollen der DGKP in der PVE zu skizzieren.

Kompetenzen der DGKP

In PVE ist vorgesehen, dass jede Berufsgruppe Aufgaben entsprechend ihrer berufsrechtlich geregelten Zuständigkeiten und ihrer jeweiligen Kompetenz übernimmt und dieses Potenzial vollinhaltlich ausgeschöpft wird (4). Um zu verstehen, was die Aufgaben und Rollen von DGKP in der PVE sind, ist es hilfreich, sich zunächst mit dem Begriff „Kompetenz“ auf mehreren Ebenen auseinander zu setzen (Abb. 1). Dieser kann sowohl auf die berufsrechtlichen Befugnisse einer Berufsgruppe als auch auf die Zuständigkeit der Profession im Sinne ihrer Rolle in einem Setting oder auf die berufliche Handlungsfähigkeit – das Können – einzelner Angehöriger einer Berufsgruppe fokussieren.

Im Rahmen einer Kompetenzanalyse stellt sich die Frage, ob in der PVE anfallende Aufgaben und Tätigkeiten überhaupt vom berufsrechtlichen Rahmen der DGKP umfasst sind. Diese Befugnisse sind weitgehend im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) geregelt. Dabei gilt es jedoch

zu beachten, dass die Auflistung der Kompetenzen ausgebildeter DGKP im Rahmen des GuKG lediglich demonstrativer Natur ist. Weitere Tätigkeiten können in den Kompetenzbereich von DGKP fallen, „sofern sie vom Berufsbild erfasst sind, einen vergleichbaren Schwierigkeitsgrad aufweisen, die entsprechenden Kenntnisse und Fertigkeiten im Rahmen der Grundausbildung vermittelt werden und diese Tätigkeiten nicht in den „Kernbereich“ des Berufsbildes eines anderen nichtärztlichen Gesundheitsberufes bzw. in den erweiterten Tätigkeitsbereich gemäß §§ 17ff fallen.“ (5) Einzelne in PVE anfallende Tätigkeiten gemäß Versorgungsauftrag können demnach noch auf ihre Durchführbarkeit durch DGKP überprüft werden, zumal es sich um keine explizit im GuKG geregelten Tätigkeiten handelt (6).

Zweitens gilt es zu prüfen, ob DGKP für die berufsrechtlich möglichen Aufgaben überhaupt zuständig sind, ob sie also diese Aufgaben auch ausführen müssen oder eben nicht. Die Zuständigkeit wird ganz allgemein im Konzept „Das Team rund um



Photo: © stevecodeimages / Getty Images / iStock

Die Vorstellungen darüber, was die Rolle der DGKP im PVE sein kann und soll bzw. nicht sein soll, sind noch unklar.

¹ MMag. Dr. Elisabeth Rappold, Leonie Holzweber
Gesundheit Österreich GmbH
Abteilung Gesundheitsberufe
Stubenring 6
1010 Wien

den Hausarzt – Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung“ (7) festgehalten. Präzisiert werden sie in den einzelnen PVE durch Stellenbeschreibungen entlang ihrer spezifischen Versorgungskonzepte (8).

Als dritte Komponente kommt hinzu, dass die DGKP – als Person – über die situative berufliche Handlungsfähigkeit verfügen muss, um eine Leistung erbringen zu können. Was bedeutet dies? Im Einzelfall muss die DGKP beurteilen können, ob sie über ausreichend Wissen, Fähigkeiten, Fertigkeiten verfügt, um eine konkrete Aufgabe zu bewältigen.

Beispiel: § 15 GuKG sieht vor, dass DGKP nach Anordnung nasogastrale Magensonden legen dürfen. Diese Aufgabe fällt gemäß Österreichischem Strukturplan Gesundheit 2017 (6) als Basisaufgabe von PVE in den Aufgabenbereich „Langzeitversorgung chronisch Kranker und multimorbider Patienten/Patientinnen“. Innerhalb des PVE kann die Zuständigkeit weiter geklärt werden (z. B. in Stellenbeschreibungen). Wird diese Tätigkeit vom Arzt/der Ärztin an die DGKP delegiert, kommt das Delegationsprinzip zu tragen, d. h., dass zunächst der Arzt/die Ärztin entscheiden muss, ob eine Delegation möglich ist. Jene DGKP, welche die Delegation annimmt, muss wissen, ob sie über das dafür notwendige Können verfügt, um die Tätigkeit fach- und sachgerecht durchzuführen, denn sie trägt die Durchführungsverantwortung für alle von ihr gesetzten Maßnahmen. Verfügt sie darüber nicht, ist sie verpflichtet, die Aufgabe abzulehnen, da ansonsten die Gefahr der Übernahme- und Einlassungsfahrlässigkeit besteht. Sie muss sich die fehlenden Fertigkeiten/Kompetenzen ggf. in weiterer Folge aneignen, denn DGKP „müssen eigenverantwortlich dafür sorgen, sich im Rahmen der Fortbildungspflicht die nötigen, vom Berufsbild umfassten, neuen Tätigkeiten innerhalb angemessener Frist anzueignen“ (5).

Nur weil das GuKG vorsieht, dass Aufgaben und Tätigkeiten von DGKP übernommen werden dürfen, bedeutet dies also nicht, dass sie diese im Einzelfall übernehmen müssen, wenn sie es sich nicht zutrauen oder nicht in jedem Fall können. Diese Logik ergibt sich aus der Differenzierung zwischen Kompetenz- und Qualifikationsprofil. Im GuKG ist das Kompetenzprofil des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege beschrieben. Dies umfasst: Pflegerische Kernkompetenzen, Kompetenz bei Notfällen, Kompetenzen bei medizinischer Dia-

gnostik und Therapie, Weiterverordnung von Medizinprodukten, Kompetenzen im multiprofessionellen Versorgungsteam sowie setting- und zielgruppenspezifische Spezialisierungen. Es ist unmöglich, dass eine einzelne Person über alle für DGKP vorgesehenen Kompetenzen verfügt bzw. dass sie am Ende der Ausbildung zur DGKP alle berufsrechtlich möglichen Kompetenzen erlernt hat. Die individuellen Kompetenzen einzelner DGKP ergeben sich aus der beruflichen Tätigkeit und werden in der Regel in der beruflichen Laufbahn erweitert und vertieft. Bekannt ist in der Regel jedoch, was Absolventinnen und Absolventen jedenfalls am Ende einer Aus- bzw. Weiterbildung können sollen. Denn dies ist in den sogenannten Qualifikationsprofilen beschrieben (10).

Arbeitsteilung in PVE

Aus obenstehenden Ausführungen ergibt sich, dass DGKP grundsätzlich alles tun dürfen, wofür sie berufsrechtlich gesehen befugt sind und wofür PVE zuständig sind, sofern sie über das dafür notwendige Können verfügen. Welche Aufgaben und Tätigkeiten in einem PVE von welcher Berufsgruppe übernommen werden, hängt primär vom Verständnis der Aufgabenteilung ab.

Der Einsatz von DGKP kann unter verschiedenen Gesichtspunkten erfolgen. Einerseits können sie Arzt-unterstützend tätig werden (11). Damit werden Teile des ärztlichen Leistungsspektrums, sofern von § 15 GuKG umfasst und ärztlich angeordnet, von DGKP erbracht (Delegation). Andererseits können DGKP, wie international häufig praktiziert, auch Arzt-ersetzend tätig sein (Substitution). In Österreich ist im Rahmen der Neukonzeption der Primärversorgung jedoch kein Arzt-ersetzender Einsatz von DGKP vorgesehen, der die Abgabe der Entscheidungs- und Durchführungsverantwortung für ärztliche Tätigkeiten an DGKP beinhalten würde (12).

Der eigentliche Mehrwert des Einsatzes von DGKP im Kernteam liegt darin, das Leistungsangebot von PVE um pflegerische Kernkompetenzen, also Aufgaben aus dem § 14 GuKG, zu erweitern (12). Diese Kompetenzen kommen insbesondere auch im Rahmen der dauerhaften Begleitung von chronisch kranken Menschen zur Anwendung. Chronisch kranke Menschen können durch DGKP beispielsweise in ihrem Selbstmanagement befähigt werden und durch Phasen, in denen die Motivation nachlässt, begleitet werden (13). Auch spezielle Leistungen zur Gesundheitsförde-

rung bzw. zur Stärkung der Gesundheitskompetenz können von DGKP angeboten werden. Als „single-disease specialists“ (14) können DGKP beispielsweise umfassende und zielgruppenspezifische Beratungsleistungen anbieten und Betroffene sowie deren Angehörige begleiten. Um Menschen zu einem selbstständigen Leben mit chronischer Krankheit zu befähigen oder – mit den Worten von M. Grypdonck gesprochen – „das Leben über die Krankheit zu heben“ (15), wenden DGKP Methoden an, die u. a. die Problemlösefähigkeiten, die Eigenaktivität, die persönliche Verantwortungsübernahme und Selbstwirksamkeit fördern bzw. notwendige Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten im Umgang mit der Erkrankung schulen. Hierzu eignet sich ergänzend auch die Nutzung neuer Kommunikationswege mit den Patienten (Telekonsultation in Ergänzung zu persönlichen Gesprächen). Eine wichtige Rolle spielt auch die Vernetzung mit anderen Berufsgruppen im Gesundheits- und Sozialwesen sowie Informationen über spezielle Angebote im Bereich der Gesundheitsförderung in einer Region.

Pflege in PVE im internationalen Kontext

Der Umfang der durch Pflegepersonen übernommenen Tätigkeiten in der Primärversorgung ist insgesamt international als groß einzustufen (16). Abhängig vom jeweiligen Gesundheits- und Sozialwesen sowie deren gesetzlichen Regelungen, kann die Aufgabenteilung zwischen den Berufsgruppen in den PVE jedoch erheblich variieren und bewegt sich für DGKP zwischen einfachen Delegationsleistungen und umfassendem Krankheitsmanagement inklusive Diagnostik, Therapie, Patientenschulungen und Beratungen. Tätigkeiten, die in anderen Ländern häufig von Pflegepersonen in der Primärversorgung erbracht werden, sind standardisierte diagnostische Maßnahmen, wie beispielsweise das Schreiben eines EKG sowie standardisierte therapeutische und krankheitspräventive Interventionen wie Impfungen (15).

Für die selbstständige Betreuung von Patienten durch Pflegepersonen werden häufig Checklisten, Leitlinienempfehlungen oder spezielle Protokolle als Grundlage verwendet bzw. finden nach Möglichkeit etwa regelmäßige Rücksprachen mit dem Arzt statt. International verfügen Pflegepersonen häufig über eine spezielle (akademische) Zusatzausbildung, die sie zur Übernahme dieser

Tätigkeiten im Rahmen der Primärversorgung berechtigt (12).

In Neuseeland wird in der Primärversorgung beispielsweise zwischen Nurse Practitioner (NP) und Practice Nurses (PN) unterschieden. NP substituieren Allgemeinmediziner bis zu einem gewissen Grad und verfügen hierzu über eine entsprechende Zusatzausbildung inkl. der Kompetenz zur Verschreibung von Medikamenten. PN sind hingegen als Ergänzung zu Allgemeinmedizinern tätig. Beiden gemeinsam ist, dass sie häufig den „first point of contact“, also den Erstkontakt mit Patienten in der Einrichtung übernehmen (17). Sogenannte „nurse-led clinics“ für Patienten mit chronischen Krankheiten (Diabetes, Herzkrankheiten) finden sich in Großbritannien, Finnland, den Niederlanden, Norwegen oder Portugal (18). Pflegepersonen übernehmen dabei die Begleitung von chronisch kranken Menschen während stabiler Krankheitsphasen sowie die Koordination von Patienten mit chronischen Krankheiten inkl. eingeschränkter Rechte zur Verschreibung von Medikamenten. In Norwegen beteiligen sich Pflegende an Netzwerken, die Kliniken mit dem Fokus auf pränatale Gesundheit, Kinder und Jugendliche (bis 20 Jahre) und auf Schul-

gesundheit einschließen. Zusätzlich werden in Norwegen durch Pflegepersonen in sogenannten „Health Living Centers“ Rauchentwöhnung, Maßnahmen zur Gesundheitsförderung oder Hilfe bei Depressionen angeboten. Nurse-led clinics werden von Pflegepersonen geleitet, Ärzte stehen für Konsultationen zur Verfügung (19).

Es lässt sich festhalten, dass die Aufgaben und Rollen von Pflegepersonen in PVE zwischen den Ländern variieren. Dies entspricht der Alma-Ata-Deklaration, in der darauf hingewiesen wird, dass sich PHCs (Primary Health Care Centers) entsprechend den landestypischen Gegebenheiten entwickeln sollen.

Ausblick

In Österreich wird sich in den kommenden Jahren das Rollenprofil der Pflege in PVE schärfen. Ob es ein visionäres Profil wird, das möglicherweise sogar zusätzlicher spezifischer Ausbildungen bedarf, um die nötigen Kompetenzen für die (selbstständige) Arbeit in der Primärversorgung bieten zu können, oder ob sich die Rolle der Pflege auf die Übernahme von primär §-15-Tätigkeiten reduzieren wird, hängt von mehreren Faktoren ab.

Einerseits müsste es Pflegepersonen gelingen, die Kompetenzen aus dem § 14 GuKG verständlich zu machen und zu „verkaufen“. Andererseits werden auch Ärzte, die diese Leistungen in der PVE anbieten möchten, benötigt. Hierzu bedarf es künftig jedenfalls entsprechender Finanzierungsmodelle. ■

Dieser Beitrag ist im Tagungsband der ÖGERN zum Symposium „Primärversorgung zw. Medizin, Pflege und Rettungsdienst“ ersterveröffentlicht. Zweitpublikation mit freundlicher Genehmigung der Autoren und des Herausgebers.

Korrespondenz:

MMag. Dr. Elisabeth Rappold
Gesundheit Österreich GmbH
Abteilung Gesundheitsberufe
Stubenring 6
1010 Wien
Tel.: +43 1 515 61-242
E-Mail: elisabeth.rappold@goeg.at
Internet: www.goeg.at

SpringerMedizin.at



Weitere Informationen unter:
www.SpringerMedizin.at/

LITERATUR

- Kringos, D.S (2012)** The strength of primary care in Europe. Utrecht University Repository (Dissertation). <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Proefschrift-Dionne-Kringos-The-strength-of-primary-care.pdf>
- § 3 Z 9 Gesundheits-Zielsteuergesetz (G-ZG) [zitiert am 10.12.2018]
- http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf?ua=1
- Bundesgesundheitsagentur.** Das Team rund um den Hausarzt - Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich [Internet]. Wien: Bundesministerium für Gesundheit; 20. Juni 2014 [zitiert am 25.4.2017]. 27 S. Verfügbar unter: <http://www.sicher-versorgt.at/>
- Weiss S, Lust A.** Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG samt ausführlichen Erläuterungen. 7. überarb. und aktualisierte Auflage. Wien: Manz'sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung GmbH; 2014.
- Holzweber L, Wilbacher I.** Das Potential Diplomierter Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in der Primärversorgung (Teil 1). Österreichische Zeitschrift für Pflegerecht, 2018/3, 4.
- Bundesgesundheitsagentur.** Das Team rund um den Hausarzt - Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich [Internet]. Wien: Bundesministerium für Gesundheit; 20. Juni 2014 [zitiert am 25.4.2017]. Verfügbar unter: <http://www.sicher-versorgt.at/>
- Siehe § 6 (1) PrimVG: Zur Sicherstellung der in § 4 enthaltenen Anforderungen und des in § 5 enthaltenen Leistungsumfangs hat die Primärversorgungseinheit im Hinblick auf die Versorgung der Bevölkerung im Einzugsgebiet über ein Versorgungskonzept zu verfügen.
- BMGF (2017):** ÖSG 2017 – Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundesgesundheitskommission. Verfasst von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Wien
- vgl. Rottenhofer, I. and F. Stewig (2012).** „Perspektiven der Pflege in Österreich. Differenzierung, Professionalisierung und Akademisierung.“ PADUA 7(5): 244.
- ÖGKV (2018):** Leistungsprofil: Rollen und Aufgaben des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP) in einer Primärversorgungseinheit (PVE); https://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/Aktuell/Leistungsprofil_DGKP_in_PVE.pdf
- Medizinische Universität Graz,** Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Institut für Pflegewissenschaften. Tätigkeiten von Pflegefachkräften in der Hausarztpraxis: Internationale Tätigkeitsprofile und Evidenzlage [Internet]. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; Medizinische Universität Graz; März 2016 [zitiert am 8.5.2017]. Verfügbar unter: <http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10008.631038&action=b&cacheability=PAGE&version=1464598270>
- Rappold E. (2018):** Der Beitrag von ANP zur Nachhaltigen Entwicklung im Gesundheitswesen. In: Kures C., Sittner E. (Hg.) Advanced Nursing Practice: Die pflegerische Antwort für eine besser Gesundheitsversorgung. Facultas, Wien, S. 66-76
- Maier, C. B. and L. H. Aiken (2016).** „Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study.“ Eur J Public Health 26 (6): 927-934;
- Maier, C., et al. (2017).** Nurses in advanced roles in primary care. Policy Levers for implementation. Paris, OECD Publishing: 71.
- Seidl, E. and I. Walter, Eds. (2005).** Chronische kranke Menschen in ihrem Alltag. Das Modell von Mieke Grypdonck, bezogen auf PatientInnen nach Nierentransplantation. Pflegewissenschaft Heute. Band 8, Wien - München - Bern, Wilhelm Maudrich.
- Medizinische Universität Graz,** Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Institut für Pflegewissenschaften. Tätigkeiten von Pflegefachkräften in der Hausarztpraxis: Internationale Tätigkeitsprofile und Evidenzlage [Internet]. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; Medizinische Universität Graz; März 2016 [zitiert am 8.5.2017]. Verfügbar unter: <http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10008.631038&action=b&cacheability=PAGE&version=1464598270>
- vgl. (<https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/practise-nurse-cost-benefit-analysis.pdf>)
- <https://www.degruyter.com/downloadpdf/j/jhp.2017.4.issue-1/jhp00100/jhp00100.pdf>, Diabetes Care 2003 Aug; 26(8): 2256-2260. <https://doi.org/10.2337/diacare.26.8.2256>
- OECD (2014),** „Primary care physicians in Norway“, in OECD, OECD Reviews of Health Care Quality: Norway 2014: Raising Standards, OECD Publishing, Paris