

## GLOSSAR #

**Adhärenz** – Von lat. *adhaerere* = *anhängen*. Der Begriff bezeichnet das Ausmaß, in dem sich der Patient\*innen an die gemeinsam mit der Therapeutin/dem Therapeuten vereinbarten Therapieempfehlungen (Medikamenteneinnahme, Lebensstiländerung, Diätregime o. ä.) hält. Laut diesem Konzept kann eine gute Adhärenz # nur dann erzielt werden, wenn die individuellen Bedürfnisse des Patient\*innen berücksichtigt werden und Problemen in der Umsetzung Rechnung getragen wird. Hierdurch wird der Begriff **Compliance** zunehmend abgelöst, da dieser die kritiklose Einhaltung des Therapieregimes impliziert, ohne die individuelle Situation des/der Patient\*in zu berücksichtigen und ein Therapieversagen allein dem mangelhaften Befolgen der Verordnung seitens des/der Patient\*in zugeschrieben wird.

**Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS)** – Dieser 2005 gegründete gemeinnützige Verein setzt sich für eine sichere Gesundheitsversorgung ein. Dazu finden sich ehrenamtlich Vertreter der Gesundheitsberufe und Patientenorganisationen zusammen, um in Arbeitsgruppen und Projekten Themen wie Behandlungsfehlerregister, Arzneimittelsicherheit oder Bildung und Training zum Schwerpunkt Patientensicherheit zu erarbeiten und Ergebnisse der Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Das Bündnis hat zahlreiche namhafte und einflussreiche Unterstützer wie beispielsweise das Bundesgesundheitsministerium, verschiedene Krankenkassen, Kliniken, Ärztekammern und medizinische Fachgesellschaften.

**Arbeitsunfähigkeit** – Nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 7 des SGB V liegt Arbeitsunfähigkeit vor, wenn ein\*e Arbeitnehmer\*in auf Grund von Krankheit seine zuletzt vor der Arbeitsunfähigkeit ausgeübte Tätigkeit nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung ausführen kann. Es ist dabei unerheblich, ob der/die Arbeitnehmer\*in noch in der Lage ist, eine sonstige Tätigkeit auszuüben. Arbeitsunfähigkeit liegt auch vor, wenn auf Grund eines bestimmten Krankheitszustandes, der für sich allein noch keine Arbeitsunfähigkeit bedingt, absehbar ist, dass aus der Ausübung der Tätigkeit für die Gesundheit oder die Gesundheit abträgliche Folgen erwachsen, die eine Arbeitsunfähigkeit unmittelbar hervorrufen.

**AWMF** – Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.. In diesem Verbund haben sich 175 wissenschaftliche Fachgesellschaften (+ 4 assoziierte) aus allen Bereichen der Medizin zusammengeschlossen. Ziel ist es, *gemeinsam über grundsätzliche und fachübergreifende Angelegenheiten und Aufgaben zu diskutieren, Empfehlungen und Resolutionen zu erarbeiten und diese gegenüber den damit befassten Institutionen, insbesondere auch im politischen Raum zu vertreten. Den ärztlichen Alltag bereichert die AWMF vor allem durch den kostenlosen Zugang zu den auf der Webseite veröffentlichten Leitlinien.*

**Balint-Gruppen** – Zusammenschluss von acht bis zwölf Ärzt\*innen zu einer Arbeitsgruppe, die sich unter Leitung eines/er erfahrenen Balintgruppenleiters bzw. -leiterin (häufig Psychotherapeut\*in) regelmäßig trifft, um anhand von Fallvorstellungen einzelner Mitglieder Probleme in der Arzt-Patient-Begegnung zu eruieren. Ziel ist das bessere Verständnis des eigenen Agierens und das Erkennen bestimmter Verhaltensmuster, was idealerweise langfristig zu einer Verbesserung der Beziehung und einer effektiveren Therapie führt.

**Berufsunfähigkeit** – § 240, SGB VI: Berufsunfähig sind Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder Behinderung im Vergleich zur Erwerbsfähigkeit von körperlich, geistig und seelisch gesunden Versicherten mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten auf weniger als sechs Stunden gesunken ist. Der Kreis der Tätigkeiten, nach denen die Erwerbsfähigkeit von Versicherten zu beurteilen ist, umfasst alle Tätigkeiten, die ihren Kräften und Fähigkeiten entsprechen und ihnen unter Berücksichtigung der Dauer und des Umfangs ihrer Ausbildung sowie ihres bisherigen Berufs und der besonderen Anforderungen ihrer bisherigen Berufstätigkeit zugemutet werden können. Zumutbar ist stets eine Tätigkeit, für die die Versicherten durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit Erfolg ausgebildet oder umgeschult worden sind. Berufsunfähig ist nicht, wer eine zumutbare Tätigkeit mindestens sechs Stunden täglich ausüben kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen.

**Betreuungsverfügung** – Ebenso wie *Vorsorgevollmacht* und *Patientenverfügung* eine Möglichkeit der persönlichen und selbstbestimmten Vorsorge für den Fall, dass man selbst nicht mehr in der Lage ist, seine eigenen Angelegenheiten zu erledigen. Im Gegensatz zur Patientenverfügung wird die Handlungsvollmacht nicht direkt auf eine andere, vorher benannte Person übertragen, vielmehr werden eigene Wünsche, Möglichkeiten und Vorstellungen festgehalten, die bei Eintreten der Entscheidungsunfähigkeit von denen berücksichtigt werden müssen, die mit der Vorsorge betraut werden (z.B. Gericht). Anders als bei der Vorsorgevollmacht muss beim Verfassen der Betreuungsverfügung keine Geschäftsfähigkeit vorliegen.

**Case-Management** – (engl. „Fallverwaltung“) Damit wird eine Verfahrensweise bezeichnet, die den Zweck verfolgt, bedarfsentsprechend im Einzelfall eine nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen angemessen zu bewerkstelligen. Im Kontext der Allgemeinmedizin versteht man darunter die Idee, dass der Hausarzt die „Fallsteuerung“, also die Koordination des Behandlungsverlauf eines Patienten übernimmt und so Kosten einspart und Mehrfachuntersuchungen vermeidet. Anreize zu Teilnahme werden u.a. durch zusätzliche Vergütung geschaffen.

**Compliance: s. Adhärenz**

**DRG** – „Diagnosis Related Groups“ (Deutsch: diagnosebezogene Fallgruppen). Dieses Klassifikationssystem ermöglicht ein pauschalisiertes Abrechnungsverfahren im stationären Bereich. Patient\*innen werden anhand medizinischer (Diagnosen, durchgeführte Behandlungen) und demographischer Daten (Alter, Geschlecht) für Zwecke der Abrechnung in Fallgruppen klassifiziert – jedem Behandlungsfall wird ein vierstelliger Code zugeordnet. Jede DRG entspricht einem Pauschalbetrag, der wiederum mit einer gesetzlich festgelegten Bewertungsrelation und einem klinikspezifischen Basisfallwert multipliziert wird, woraus sich letztendlich das tatsächliche Entgelt berechnet.

**Erwerbsminderung** – § 43 SGB VI: „Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein.“ Auf nicht absehbare Zeit bedeutet: länger als 6 Monate.

**Erwerbsunfähigkeit** – § 43 SGB VI: „Vollständig erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein.“ Auf nicht absehbare Zeit bedeutet: länger als 6 Monate.

**Heilmittel** – Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) definiert Heilmittel als Maßnahmen der physikalischen Therapie, der podologischen Therapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie Maßnahmen der Ergotherapie.

**Hilfsmittel** – gehören zu den Sachleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Hierzu gehören Gegenstände wie Krankenbetten, Krankenfahrräder, Rollatoren usw., die den Erfolg einer Krankenbehandlung sicherstellen sollen.

**ICD-Kodierung** – Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (Englisch: *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) ist das wichtigste, weltweit anerkannte Diagnoseklassifikationssystem der Medizin. Es wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben. In Deutschland sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen laut SGB V verpflichtet, Diagnosen nach der ICD-10 German Modification (GM) zu verschlüsseln. Die so klassifizierten Diagnosen bilden auch die Grundlage für das DRG Entgeltsystem.

**Integrierte Versorgung** – ist die Idee einer „sektorenübergreifenden“ Versorgungsform im Gesundheitswesen. Verschiedene Fachdisziplinen und Sektoren (Hausärzte, Fachärzte, Krankenhäuser) sollen besser vernetzt werden, um die Qualität der Patientenversorgung zu optimieren und gleichzeitig die Gesundheitskosten zu senken.

**MDK** – Die Abkürzung steht für „Medizinischer Dienst der Krankenversicherung“. Es handelt sich dabei um eine Gemeinschaftseinrichtung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen, die in jedem Bundesland als eigenständige Arbeitsgemeinschaft organisiert ist. Der MDK hat die Aufgabe, die medizinischen und pflegerischen Fragestellungen der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen sozialmedizinisch zu beantworten, damit von diesen eine leistungsrechtliche Entscheidung getroffen werden kann. Die Kranken- und Pflegekassen sind gesetzlich verpflichtet, den MDK bei wichtigen Leistungsentscheidungen (z.B. Stellungnahme zu Arbeitsunfähigkeit, Dauer und Umfang von Rehabilitationsmaßnahmen und Krankenhausbehandlungen, Feststellung des Pflegegrades) mit Begutachtungen zu beauftragen. Die Finanzierung erfolgt je zur Hälfte durch die Kranken- und Pflegekassen. Bundesweit arbeiten rund 7500 Mitarbeiter für den MDK, davon sind rund 2100 Ärzte und 2100 Pflegekräfte.

**MFA** – Medizinisch Fachangestellte, früher: Arzthelferin. Die Ausbildungsdauer für diesen Beruf beträgt 3 Jahre und erfolgt an der Berufsschule und in einem Ausbildungsbetrieb, in den meisten Fällen ist dies eine Arztpraxis oder ein MVZ. Zu dem vielseitigen Aufgabengebiet gehören beispielsweise Aspekte der Patientenbetreuung genauso wie Assistenz bei Behandlungen, Qualitäts- und Praxismanagement.

**Leitlinien** – Systematisch entwickelte Feststellungen, die helfen sollen, sich für angemessenes therapeutisches Vorgehen unter Berücksichtigung spezifischer klinischer Umstände zu entscheiden. Sie sind – anders als Richtlinien – nicht bindend und müssen an den Einzelfall angepasst werden. Teilweise berücksichtigen sie ökonomische Aspekte des Behandelns. Sie enthalten in der Regel keine Wertung hinsichtlich des erreichbaren Behandlungsergebnisses. Für die Erstellung ist meist ein ausgewähltes Expertengremium zuständig, der endgültigen Publikation (in Deutschland meist über die AWMF) geht ein aufwändiger Redaktions- und Revisionsprozess voraus. Die Gültigkeit einer Leitlinie ist auf wenige Jahre beschränkt, dann muss eine Aktualisierung erfolgen.

**Niedrigprävalenzbereich** – Dies beschreibt das Charakteristikum der allgemein-medizinischen Arbeit und besagt, dass nur ein geringer Anteil der Patient\*innen, die den Hausarzt konsultieren unter einer schwerwiegenden Erkrankung leidet.

**Partizipative Entscheidungsfindung** – Englisch: shared decision-making. Dieses Konzept beschreibt die Interaktion bzw. Kommunikation zwischen Arzt\*innen und Patient\*innen, die das Ziel hat, gemeinsam eine wünschenswerte und angemessene Behandlung festzulegen, die möglichst die Bedürfnisse aller berücksichtigt.

**Patientenverfügung** – Diese schriftliche **Vorausverfügung** wird getroffen für den Fall, dass man den eigenen Willen nicht mehr (wirksam) erklären kann, z.B. bei Vorliegen einer zerebralen Schädigung, Koma oder fortgeschrittener Demenz. Sie bezieht sich auf medizinische Maßnahmen wie ärztliche Heileingriffe und steht meist im Zusammenhang mit der Verweigerung lebensverlängernder Maßnahmen. Der Verfasser einer solchen Verfügung muss volljährig und einwilligungsfähig sein.

**Pflegebedürftigkeit** – Pflegebedürftig sind nach § 14 Abs. 1 SGB XI bzw. § 61 SGB XII Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

**Pflegegrad** – Die Definition von fünf verschiedenen Pflegegraden löst seit 2017 die bis dahin geltenden „Pflegestufen“ ab. Ist eine Person aufgrund körperlicher und/oder geistiger Beeinträchtigung nicht in der Lage, die notwendigen alltäglichen Verrichtungen durchzuführen, kann bei der Pflegekasse Beihilfe beantragt werden. Durch den MDK erfolgt dann die Begutachtung und Einschätzung des Schweregrades der Einschränkungen und entsprechend die Zuordnung des Pflegegrades. Die Unterstützung erfolgt entweder durch direkte Geldzahlungen oder Pflegesachleistungen (Pflegehilfe durch professionelles Pflegepersonal).

**Prädiktiver Wert, positiver** – auch Positiver Vorhersagewert. Bei dieser statistischen Größe handelt es sich um einen Parameter zur Einschätzung der Aussagekraft von medizinischen Testverfahren. Er gibt an, wie hoch bei gegebener Sensitivität die Wahrscheinlichkeit ist, dass eine positiv getestete Person tatsächlich erkrankt ist. Dieser Wert ist abhängig von der Prävalenz der Erkrankung in der Bevölkerung.

**Prädiktiver Wert, negativer** – auch Negativer Vorhersagewert. Er gibt an, wie hoch bei gegebener Spezifität die Wahrscheinlichkeit ist, dass eine negativ getestete Person tatsächlich gesund ist. Dieser Wert ist abhängig von der Prävalenz der Erkrankung in der Bevölkerung.

**Prävention** – von Lat. *praevenire* – zuvorkommen. Synonym wird teilweise auch der Begriff „Prophylaxe“ verwendet. Unter dem Begriff versteht man alle Maßnahmen, die ergriffen werden, um das Eintreten unerwünschter Ereignisse zu verhindern. Im medizinischen Bereich zählen dazu (zahn)ärztliche Vorsorgeuntersuchungen, aber auch Impfungen, Aufklärungskampagnen (z. B. in der Suchtprävention) oder Schulungen (z. B. für Ernährung, Stressbewältigung, Bewegung).

**Präsenzpflicht** – Der/die Vertragsarzt/-ärztin ist verpflichtet, am Vertragsarztsitz seine Sprechstunden entsprechend dem Bedürfnis nach einer ausreichenden und zweckmäßigen vertragsärztlichen Versorgung zu halten. Auf Grund der Präsenzpflicht muss der Vertragsarzt Leistungen persönlich erbringen, offene Sprechstunden abhalten und auch außerhalb der Sprechstunden in dringenden Fällen oder für Hausbesuche erreichbar sein. Bei längerer Abwesenheit muss eine Vertretung benannt werden, die auch der KV mitzuteilen ist.

**Psychosomatische Grundversorgung** – Themenkomplex, der in 40- bzw. 80-stündigen Kursen unterrichtet wird und u. a. Voraussetzung für die Zulassung zur Facharztprüfung in allen Bereichen der Patientenversorgung ist. Inhaltliche Schwerpunkte sind Krankheitsbilder aus dem Bereich der Psychosomatik, ihre Diagnostik und therapeutische Ansätze. Auch die Arbeit in Balint-Gruppen (s. o.) zur Reflexion der eigenen Arbeitsweise ist Teil des Curriculums.

**Rehabilitation** – Von Lat.: *rehabilitatio*, „Wiederherstellung“. Der Begriff beschreibt eine Sozialleistung zur Wiedereingliederung einer kranken, körperlich oder geistig behinderten oder von Behinderung bedrohten Person in das berufliche und gesellschaftliche Leben.

**Residenzpflicht** – Angehörige bestimmter Berufsgruppen, etwa Ärzt\*innen, Beamt\*innen, Soldat\*innen, Notar\*innen, Rechtsanwälte\*innen und Pfarrer\*innen sind verpflichtet, ihren Wohnort so zu wählen, dass er in Nähe des Arbeitsplatzes beziehungsweise innerhalb ihres Amtsbezirks liegt. So muss ein Vertragsarzt gewährleisten, im Notfall innerhalb kurzer Zeit seine Praxis erreichen können. Im Zuge des Landarztmangels wurde vielerorts die bis dahin übliche Residenzpflicht aufgehoben. Allerdings besteht die Präsenzpflicht (s. o.) hier fort.

**VERAH** – **VER**sorgungs**ASS**istentinnen in der **HA**usarzt**PR**axis. Speziell weitergebildete hausärztliche MFAs, die einerseits die hausärztliche Tätigkeit durch Übernahme nichtärztlicher Aufgaben entlasten (Case-, Wund- und Praxismanagement) und andererseits vom Hausarzt delegierte Aufgaben übernehmen, u. a. Hausbesuche. Durch Letzteres wird vor allem in strukturschwachen und medizinisch unterversorgten Gebieten die Patientenversorgung verbessert, speziell bei einem hohen Anteil von chronisch kranken Patient\*innen. Initiiert durch den deutschen Hausärzterverband.

**Vorsorgevollmacht** – in der Vorsorgevollmacht bevollmächtigt die unterzeichnende Person eine andere Person, für den eventuell in eine Notsituation geratenen und nicht mehr entscheidungsfähigen Patient\*innen Entscheidungen zu treffen. Die Vollmacht kann für alle oder nur für eingeschränkte Bereiche des Lebens gelten (z. B. Gesundheit).

**Vortestwahrscheinlichkeit** – die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer bestimmten Erkrankung, bevor eine zusätzliche diagnostische Maßnahme, beispielsweise eine Laboruntersuchung, durchgeführt wird, gleichbedeutend mit der Prävalenz. Aus den Werten von Vortestwahrscheinlichkeit, Sensitivität und Spezifität des Untersuchungsverfahrens berechnen sich der positive und negative prädiktive Wert. Liegt die Vortestwahrscheinlichkeit vor einer Untersuchung sehr stark auf einer Seite, ist also die gesuchte Erkrankung sehr wahrscheinlich oder sehr unwahrscheinlich, trägt diese weitere Untersuchung nur wenig zur Diagnosestellung (Nachtestwahrscheinlichkeit) bei, auch wenn das Untersuchungsverfahren selbst eine hohe Sensitivität und Spezifität hat. Dagegen ist der Beitrag eines weiteren Untersuchungsergebnisses zur Diagnosestellung natürlich dann besonders hoch, wenn nach den bisher vorliegenden Daten und Befunden die Vortestwahrscheinlichkeit nahe an „unentschieden“ ist.

Raum für Ihre Notizen

Handwriting practice area consisting of three columns of horizontal dashed lines.



Via QR-Code: Glossar Online

[Zur Übersicht „Blockpraktikum in der Allgemeinmedizin“](#)