

Gesenhues, Stefan / Gesenhues, Anne

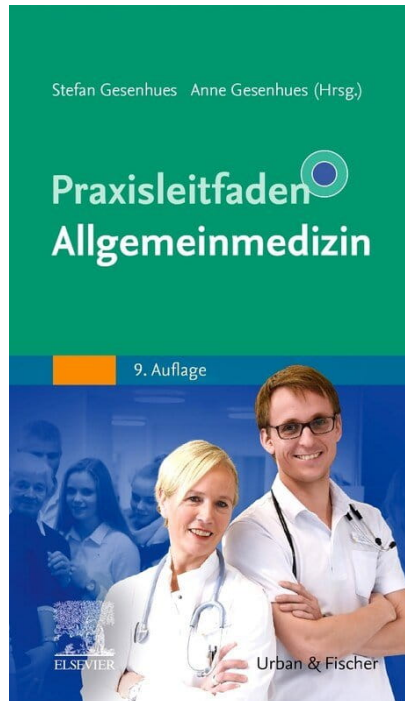
Praxisleitfaden Allgemeinmedizin

Leseprobe

[Praxisleitfaden Allgemeinmedizin](#)

von [Gesenhues, Stefan / Gesenhues, Anne](#)

Herausgeber: Elsevier Urban&Fischer Verlag



Im [Narayana Webshop](#) finden Sie alle deutschen und englischen Bücher zu Homöopathie, Alternativmedizin und gesunder Lebensweise.

Copyright:

Narayana Verlag GmbH, Blumenplatz 2, D-79400 Kandern

Tel. +49 7626 9749 700

Email info@narayana-verlag.de

<https://www.narayana-verlag.de>

Narayana Verlag ist ein Verlag für Bücher zu Homöopathie, Alternativmedizin und gesunder Lebensweise. Wir publizieren Werke von hochkarätigen innovativen Autoren wie Rosina Sonnenschmidt, Rajan Sankaran, George Vithoulkas, Douglas M. Borland, Jan Scholten, Frans Kusse, Massimo Mangialavori, Kate Birch, Vaikunthanath Das Kaviraj, Sandra Perko, Ulrich Welte, Patricia Le Roux, Samuel Hahnemann, Mohinder Singh Jus, Dinesh Chauhan.

Narayana Verlag veranstaltet Homöopathie Seminare. Weltweit bekannte Referenten wie Rosina Sonnenschmidt, Massimo Mangialavori, Jan Scholten, Rajan Sankaran & Louis Klein begeistern bis zu 300 Teilnehmer



allgemeinmedizinwelt.de

S. Gesenhues A. Gesenhues B. Weltermann

Praxisleitfaden Allgemeinmedizin

Leseprobe

8. Auflage



ELSEVIER

Urban & Fischer

Inhaltsverzeichnis

1	Tipps für die Praxisarbeit	1
1.1	Arbeitsauftrag der Allgemeinmedizin	3
1.2	Praxisorganisation	10
1.3	Formularwesen	19
1.4	Arzttasche und Notfallkoffer	31
1.5	Juristische Aspekte	32
1.6	Anamnese und Diagnostik	36
1.7	Prä- und poststationäre Betreuung	37
1.8	Problempatienten	38
1.9	Hausbesuch	45
1.10	Sterben und Tod	46
1.11	Disease-Management-Programme (DMP)	48
1.12	Hausarztzentrierte Versorgung (HzV)	49
1.13	Zusammenarbeit mit anderen Heilberufen	49
1.14	Zusammenarbeit mit Fachärzten anderer Gebietsbezeichnung	51
1.15	Notfalldienst (NFD)	51
1.16	Gutachten, Atteste	52
1.17	Qualitätssicherung (QS)	54
1.18	Qualitätsmanagement (QM)	55
1.19	Wirtschaftlichkeitsprüfung	57
1.20	Individuelle Gesundheitsleistungen	59
1.21	Internetadressen	61
2	Ärztliche Arbeitstechniken	63
2.1	Hygiene, Desinfektion, Sterilisation	64
2.2	Injektionstechniken	68
2.3	Diagnostische und therapeutische Punktionen	71
2.4	Entnahme von Material für bakteriologische Untersuchungen	81
2.5	Histologie und Zytologie	83
2.6	Sonden und Drainagen	84
2.7	Infusions- und Ernährungstherapie	88
2.8	Verbände	91
2.9	Gipsverbände	96
2.10	Bildgebende Verfahren: Indikationen	99
2.11	Sonografie in der Allgemeinmedizin	102
2.12	Internetadressen	115
3	Notfallmanagement	117
3.1	Das Rettungswesen in Deutschland	118
3.2	Kardiopulmonale Reanimation	119
3.3	Retten und Lagern	129
3.4	Schock	131
3.5	Vergiftungen	135
3.6	Internetadressen	140

4	Chirurgie	141
4.1	Grundlegende Techniken	142
4.2	Wundversorgung	143
4.3	Wund- und Hautinfektionen	153
4.4	Kleine chirurgische Eingriffe	158
4.5	Narkosevoruntersuchungen	165
4.6	Lokalanästhesie	166
5	Traumatologie	173
5.1	Anamnese und Erstuntersuchung	174
5.2	Therapieprinzipien	175
5.3	Verletzungen	177
5.4	Posttraumatische Komplikationen	220
6	Orthopädie	223
6.1	Allgemeines	225
6.2	Beschwerden der Wirbelsäule und des Beckens	226
6.3	Schulterregion	242
6.4	Ellenbogengelenk	252
6.5	Unterarm und Hand	259
6.6	Hüfte und Bein	266
6.7	Knie und Unterschenkel	280
6.8	Sprunggelenk, Ferse und Fuß	294
6.9	Osteoporose	309
6.10	Naturheilkundliche Therapieprinzipien	313
6.11	Internetadressen	314
7	Sportmedizin	315
7.1	Allgemeines	316
7.2	Orthopädische Aspekte	316
7.3	Internistische Aspekte	329
7.4	Internetadressen	340
8	Magen-Darm-Trakt	341
8.1	Leitsymptome und ihre Differenzialdiagnose	343
8.2	Diagnostische Methoden	370
8.3	Speiseröhre	378
8.4	Magen	384
8.5	Darmerkrankungen	392
8.6	Proktologie	413
8.7	Lebererkrankungen	421
8.8	Pankreaserkrankungen	441
8.9	Gallenblase und Gallenwege	448
8.10	Internetadressen	456
9	Infektionen, Impfungen, Reisemedizin	457
9.1	Differenzialdiagnose Fieber	459
9.2	Impfungen	462
9.3	Bakterielle Infektionen	490
9.4	Virale Infektionen	507

9.5	Mykosen	513
9.6	Protozoeninfektionen	515
9.7	Wurmerkrankungen	518
9.8	Sexuell übertragbare Krankheiten	522
9.9	HIV und AIDS	525
9.10	Reisemedizin	548
9.11	Infektionsschutzgesetz	579
9.12	Internetadressen	580
10	Herzerkrankungen	583
10.1	Leitsymptome	585
10.2	Diagnostische Methoden	593
10.3	Koronare Herzkrankheit (KHK)	606
10.4	Herzinfarkt/akutes Koronarsyndrom (ACS)	616
10.5	Herzinsuffizienz, chronisch und akut	622
10.6	Herzrhythmusstörungen (HRST)	630
10.7	Entzündliche Herzerkrankungen	645
10.8	Erworbene Herzklappenerkrankungen	649
10.9	Kardiomyopathien	654
10.10	Kongenitale Herzfehler	656
10.11	Internetadressen	660
11	Gefäß- und Kreislauferkrankungen	661
11.1	Leitsymptome und ihre Differenzialdiagnose	662
11.2	Apparative angiologische Diagnostik	665
11.3	Arterienerkrankungen	668
11.4	Venenerkrankungen	679
11.5	Erkrankungen der Lymphgefäße	686
11.6	Kreislauferkrankungen	688
11.7	Internetadressen	698
12	Atemwege und Lunge	699
12.1	Leitsymptome und ihre Differenzialdiagnose	700
12.2	Diagnostische Methoden in der Allgemeinpraxis	705
12.3	Infektionen der Atemwege	712
12.4	Erkrankungen der Pleura	722
12.5	Chronische Atemwegserkrankungen	724
12.6	Restriktive Atemwegserkrankungen	751
12.7	Krankheiten des Lungengefäßsystems	754
12.8	Neoplasien	760
12.9	Internetadressen	763
13	Niere, Harn- und Samenwege, Elektrolythaushalt	765
13.1	Leitsymptome	766
13.2	Diagnostische Methoden	788
13.3	Erkrankungen der Harnwege	790
13.4	Nierenerkrankungen	799
13.5	Prostataerkrankungen	807
13.6	Hodenerkrankungen	813

13.7	Peniserkrankungen	815
13.8	Sexualmedizin	817
13.9	Internetadressen	822
14	Gynäkologie	823
14.1	Allgemeines	824
14.2	Gynäkologische Diagnostik	824
14.3	Erkrankungen der Mamma	830
14.4	Erkrankungen des weiblichen Genitales	835
14.5	Kontrazeption	851
14.6	Fertilitätsstörungen	857
14.7	Prämenstruelles Syndrom und Klimakteriumsbeschwerden	858
14.8	Androgenisierungszeichen	859
14.9	Gynäkologische Notfälle	860
14.10	Internetadressen	860
15	Geburtshilfe	863
15.1	Allgemeines	864
15.2	Schwangerschaftsfeststellung und Schwangeren- betreuung	864
15.3	Schwangerschaftskomplikationen	867
15.4	Spontangeburt (normale Geburt)	872
15.5	Wochenbett	876
15.6	Internetadressen	877
16	Pädiatrie	879
16.1	Allgemeines	881
16.2	Wachstum und Entwicklung	881
16.3	Ernährung und Prävention	886
16.4	Anamnese und Untersuchung	891
16.5	Leitsymptome und Differenzialdiagnose	895
16.6	Krankheitsbilder der Atemwege	910
16.7	Krankheitsbilder des Magen-Darm-Bereichs	925
16.8	Infektiöse „Kinderkrankheiten“	929
16.9	Krankheitsbilder der Haut	943
16.10	Erkrankungen des Urogenitalbereichs	948
16.11	Psychosomatische Krankheitsbilder	951
16.12	Kindesmisshandlung u. Pädophilie	955
16.13	Fehlbildungssyndrome	956
16.14	Tumoren im Kindesalter	957
16.15	Pädiatrische Arzneitherapie	959
16.16	Internetadressen	966
17	Stoffwechsel- und Hormonerkrankungen	969
17.1	Diabetes mellitus	970
17.2	Fettstoffwechselstörungen	989
17.3	Hyperurikämie und Gicht	993
17.4	Hypo- und Hypervitaminosen	997
17.5	Praktische Ernährungsmedizin	999

17.6	Schilddrüsenerkrankungen	1008
17.7	Seltene Hormonstörungen	1020
17.8	Internetadressen	1025
18	Rheumatische Erkrankungen, Kollagenosen und Vaskulitiden	1027
18.1	Allgemeines	1028
18.2	Leitsymptome und Differenzialdiagnosen	1028
18.3	Diagnostische Methoden	1033
18.4	Chronische Polyarthritiden	1037
18.5	Seronegative Spondarthritiden	1051
18.6	Kollagenosen und Vaskulitiden	1056
18.7	Extraartikuläre Rheumaformen	1060
19	Hämatologie	1063
19.1	Leitsymptome und ihre Differenzialdiagnose	1064
19.2	Diagnostische Methoden	1073
19.3	Erkrankungen der roten Blutzellen	1073
19.4	Maligne Erkrankungen der weißen Blutzellen	1082
19.5	Thrombo- und Koagulopathien	1091
19.6	Internetadressen	1095
20	Onkologie	1097
20.1	Allgemeines	1098
20.2	Besonderheiten der Patientenführung	1098
20.3	Tumordiagnostik und Verlaufskontrolle in der Praxis	1099
20.4	Onkologische Therapie	1106
20.5	Onkologische Notfälle	1123
20.6	Internetadressen	1126
21	Neurologie	1127
21.1	Leitsymptome	1128
21.2	Weiterführende Diagnostik	1164
21.3	Zerebrale Durchblutungsstörungen	1166
21.4	Multiple Sklerose	1177
21.5	Infektionen des ZNS	1183
21.6	Hirntumoren	1187
21.7	Parkinson-Syndrome und andere neurodegenerative Erkrankungen	1191
21.8	Epilepsie	1199
21.9	Radikulopathien	1208
21.10	Periphere Nervenläsionen	1216
21.11	Muskelerkrankungen	1226
21.12	Internetadressen	1232
22	Psychosomatik und Psychiatrie	1235
22.1	Vorbemerkungen	1236
22.2	Psychischer Befund	1236
22.3	Somatoforme Störungen	1237

- 22.4 Schlafstörungen [1239](#)
- 22.5 Psychosomatische Krankheitsbilder [1241](#)
- 22.6 Angststörungen, Zwangsstörungen, posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) [1250](#)
- 22.7 Depression [1253](#)
- 22.8 Persönlichkeitsstörungen [1259](#)
- 22.9 Schizophrene Psychosen [1261](#)
- 22.10 Abhängigkeit und Sucht [1263](#)
- 22.11 Drogenabhängigkeit [1268](#)
- 22.12 ADHS im Erwachsenenalter [1271](#)
- 22.13 Psychoonkologie [1271](#)
- 22.14 Krisenintervention und Notfälle [1272](#)
- 22.15 Psychotherapie [1273](#)
- 22.16 Coping [1276](#)
- 22.17 Ärztlicher Burnout [1276](#)
- 22.18 Internetadressen [1277](#)

23 Hals-, Nasen- und Ohrenerkrankungen [1279](#)

- 23.1 Leitsymptome und ihre Differenzialdiagnose [1281](#)
- 23.2 Untersuchungsmethoden [1286](#)
- 23.3 Erkrankungen im Mund- und Rachenbereich [1292](#)
- 23.4 Erkrankungen des Kehlkopfes und der Trachea [1298](#)
- 23.5 Erkrankungen der Nase, der Nasennebenhöhlen und des Gesichts [1303](#)
- 23.6 Erkrankungen des Ohrs [1309](#)
- 23.7 Erkrankungen des Halses [1320](#)
- 23.8 Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen [1321](#)
- 23.9 Stimm- und Sprachstörungen [1323](#)
- 23.10 Internetadressen [1327](#)

24 Augenerkrankungen [1329](#)

- 24.1 Leitsymptome und ihre Differenzialdiagnose [1330](#)
- 24.2 Diagnostik und therapeutische Methoden [1346](#)
- 24.3 Hausärztliche Betreuung bei Augenleiden [1354](#)
- 24.4 Augenbeteiligung bei Allgemeinerkrankungen [1356](#)
- 24.5 Der augenoperierte Patient [1360](#)
- 24.6 Der Kontaktlinsenträger [1360](#)

25 Mund-, Zahn- und Kiefererkrankungen [1363](#)

- 25.1 Checkliste Anatomie [1364](#)
- 25.2 Schmerzen im Mund- und Gesichtsbereich [1365](#)
- 25.3 Schwellungen im Mundbereich [1368](#)
- 25.4 Orale Blutungen [1372](#)
- 25.5 Veränderungen der Mundschleimhaut [1373](#)
- 25.6 Leitsymptom Zahnverfärbungen und Zahnanomalien [1377](#)
- 25.7 Orale Funktionsstörungen [1378](#)
- 25.8 Mundhygiene und Prophylaxe [1381](#)
- 25.9 Amalgamproblematik [1385](#)
- 25.10 Ästhetik u. Geroprothetik [1386](#)

26	Dermatologie	1389
26.1	Leitsymptome und ihre Differenzialdiagnose	1391
26.2	Diagnostische Methoden	1398
26.3	Dermatologische Therapiegrundlagen und flegetipps	1399
26.4	Virusinfektionen	1404
26.5	Bakterielle Infektionen	1405
26.6	Dermatomykosen	1407
26.7	Epizoonosen	1411
26.8	Ekzem-/Dermatitiserkrankungen	1413
26.9	Physikalisch induzierte Dermatosen	1417
26.10	Neoplasien der Haut	1420
26.11	Acne vulgaris	1424
26.12	Keloid	1425
26.13	Lichen ruber planus	1425
26.14	Pityriasis rosea	1426
26.15	Psoriasis	1426
26.16	Ulcus cruris venosum	1427
26.17	Urtikaria	1429
26.18	Hyperhidrosis	1430
26.19	Blasenbildende Erkrankungen	1431
26.20	Vitiligo	1431
26.21	Hautbefunde bei Systemerkrankungen	1432
26.22	Hautbefunde bei Arzneimittelunverträglichkeiten	1433
26.23	Allergologie	1434
26.24	Internetadressen	1440
27	Schmerztherapie	1441
27.1	Multimodale Schmerztherapie in hausärztlicher Verantwortung	1442
27.2	Schmerztherapie	1444
27.3	Spezielle Schmerzkrankheiten	1457
27.4	Internetadressen	1458
28	Palliativmedizin	1459
28.1	Definition und Ziele	1460
28.2	Betreuung des schwerkranken/sterbenden Patienten	1460
28.3	Rechtliche und organisatorische Voraussetzungen	1475
28.4	Internetadressen	1478
29	Geriatric	1479
29.1	Vorbemerkungen	1480
29.2	Hausärztliches geriatisches Assessment	1480
29.3	Multifaktorielle Immobilität	1490
29.4	Stürze	1491
29.5	Mangelernährung (Malnutrition)	1494
29.6	Psychogeriatric Erkrankungen	1499

29.7	Schlafstörungen	1509
29.8	Inkontinenz	1511
29.9	Chronische Obstipation	1515
29.10	Exsikkose und Elektrolytstörungen	1516
29.11	Dekubitus	1517
29.12	Pharmakotherapie im Alter	1520
29.13	Internetadressen	1528
30	Arbeits-und Umweltmedizin	1529
30.1	Arbeitsmedizin	1530
30.2	Umweltmedizin	1542
31	Prävention und Sozialmedizin	1559
31.1	Prävention	1560
31.2	Sozialmedizin	1569
31.3	Internetadressen	1593
32	Laboruntersuchungen	1595
32.1	Das Praxislabor	1596
32.2	Referenzbereiche und Differenzialdiagnose pathologischer Laborparameter	1611
33	Arzneimitteltherapie in der Praxis	1641
33.1	Arzneimittelverordnung in der Hausarztpraxis	1642
33.2	Praxisrelevante Hinweise zu Arzneimitteln	1648
33.3	Sondersituationen	1666
33.4	Polypharmakotherapie in der Hausarztpraxis	1679
33.5	Arzneimittelmanagement im Wandel	1682
33.6	Checkliste: Arzneimittelmanagement in der Hausarztpraxis	1685
34	Adressen	1687
34.1	Spezielle Zentren und Einrichtungen	1688
34.2	Selbsthilfegruppen und patientenorientierte Interessenverbände	1694
34.3	Berufsständische Einrichtungen	1695
34.4	Berufsverbände	1697
34.5	Fort- und Weiterbildung	1699
34.6	Bundesbehörden	1702
34.7	Bundesinstitute und -ämter	1702
	Index	1705

gen können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen Leistungserbringer nicht bewirken u. Krankenkassen (KK) nicht bewilligen (SGB V § 12 [1]).

1.1.5 Medizinische Entscheidungsfindung und evidenzbasierte Medizin

Medizinische Entscheidungsfindung HÄ treffen ständig klin. Entscheidungen. Manche Entscheidungen sind eher „banal“ (► 1.1.3), andere erfordern Abwägen möglicher diagn. u. ther. Prozesse.

Nach David Sackett (Pionier der evidenzbasierten Medizin) ist jede Entscheidung ein Zusammenspiel aus (► Abb. 1.1):

- Wissenschaftlicher Evidenz
- Erfahrung des Arztes
- Präferenz des Patienten

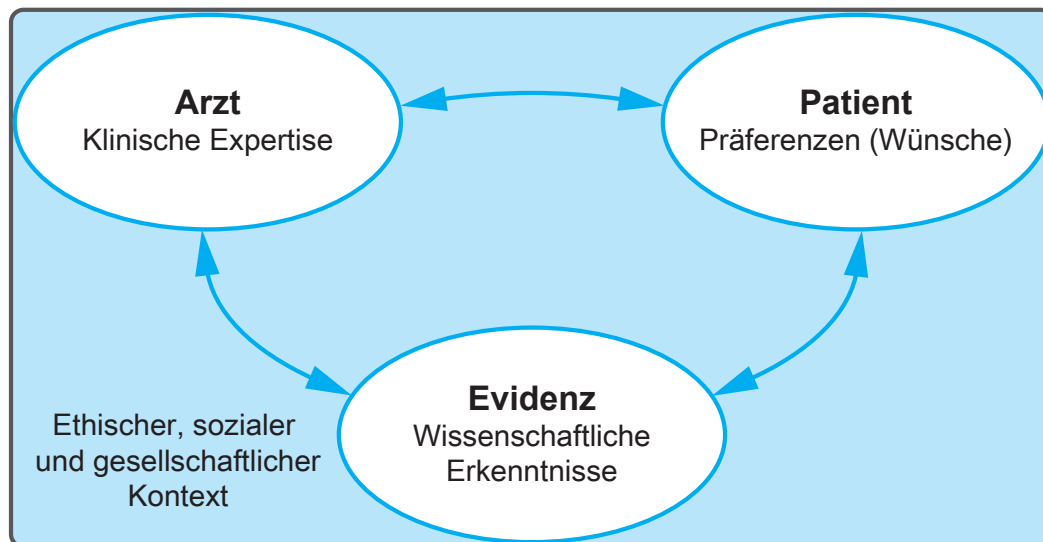


Abb. 1.1 Evidenzbasierte Entscheidungen in der Medizin (nach David Sackett) [L157]

Definition Evidenzbasierte Medizin (EbM) ist „der gewissenhafte, ausdrückliche u. vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten“ (Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V., ► 1.21). Zur Unterstützung solcher Entscheidungsprozesse bietet EbM verschiedene Handlungsstrategien u. „Instrumente“ an:

1. **Patientenbezogene Frage präzise formulieren:** z. B.: Welche Erkrankung hat der Pat.? Ist eine Behandlung notwendig? Welche diagn. Tests sind sinnvoll, um bzgl. des weiteren Vorgehens zu entscheiden? Welche Therapieoptionen gibt es? Welche ist beste Option unter Abwägung von Nutzen u. Risiko für den jeweiligen Pat.?
2. **Systematische Recherche bzgl. relevanter Evidenz in med. Literatur:** wissenschaftl. Datenbanken (Originalartikel, Reviews, Leitlinien; Qualität der Evidenz ► Tab. 1.1)
3. **Kritische Beurteilung der Validität/Brauchbarkeit der Evidenz nach klin.-epidemiolog. Kriterien:** z. B.: Welche Populationen wurden untersucht? Welche Zielparameter wurden erhoben?

4. **Bewertung der Größe des beobachteten Effekts:** u. U. Aufarbeitung der Evidenz mithilfe von „Kenngrößen“ wie NNT, NNH (► 1.1.4)
5. **Anwendung der Evidenz auf konkrete Patientensituation unter Einbeziehung der Erfahrung des Arztes u. der Präferenzen des Pat.**

1

Tab. 1.1 Qualitätsstufen der Evidenz

Stufe	Evidenztyp
Ia	Mind. ein systematischer Review auf Basis methodisch hochwertiger randomisierter kontrollierter Studien (RCTs)
Ib	Mind. eine ausreichend große methodisch hochwertige RCT
IIa	Mind. eine hochwertige Studie ohne Randomisierung
IIb	Mind. eine hochwertige Studie eines anderen Typs quasiexperimenteller Studien
III	> 1 methodisch hochwertige nichtexperimentelle Studie
IV	Meinungen u. Überzeugungen angesehener Autoritäten (aus klin. Erfahrung); Expertenkommissionen; beschreibende Studien

Quelle: Agency for Health Care Policy and Research, Department of Health and Human Services (www.ahrq.gov/; www.cochrane.de/de/evidenz-empfehlung)

Qualitätskriterien für Leitlinien (► Abb. 1.2):

- Zusammensetzung des Leitliniengremiums: Repräsentativität für Zielgruppe
- Evidenzbasierung: systematische Recherche, Auswahl, Bewertung med. Literatur
- Methodik der Leitlinienentwicklung: systematische Evidenz- u. Konsensfindung

**Methodischer Hintergrund von Leitlinien
S-Klassifikation**

Systematik	S3	Evidenz- und konsensbasierte Leitlinie	Repräsentatives Gremium, systematische Recherche, Auswahl, Bewertung der Literatur, strukturierte Konsensfindung
	S2e	Evidenzbasierte Leitlinie	Systematische Recherche, Auswahl, Bewertung der Literatur
	S2k	Konsensbasierte Leitlinie	Repräsentatives Gremium, strukturierte Konsensfindung
	S1	Handlungsempfehlungen von Expertengruppen	Konsensfindung in einem informellen Verfahren

Abb. 1.2 Klassifikation von Leitlinienklassen nach Gütekriterien (AWMF-Stufenklassifikation) [L157]

Med. rationale Entscheidungen gem. wissenschaftlicher Evidenz sind i. d. R. auch wirtschaftlich rationale Entscheidungen.

Unsicherheiten in der Entscheidungsfindung des HA am häufigsten bei neuartigen diagn. u. ther. Strategien, z. B. neue Tests zum Darmkrebsscreening, neuartige Chemotherapeutika.

Neue diagn. u. ther. Verfahren: Wissenschaftliche Originalliteratur u. Einschätzungen neutraler Stellen recherchieren!

1.1.6 Weiterbildungsziel Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin (Hausarzt/Hausärztin)

Weiterbildungsziel: Erlangung Facharztkompetenz Allgemeinmedizin (Hausarzt/Hausärztin) nach Ableistung vorgeschriebener Weiterbildungszeiten u. Weiterbildungsinhalte einschl. der gemeinsamen Inhalte für die im Gebiet enthaltenen Facharzt-/Schwerpunktcompetenzen u. des Weiterbildungskurses.

Weiterbildungszeit: 60 Mon. bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gem. § 5 Abs. 1 Satz 1, davon:

- 36 Mon. in der stat. internistischen Patientenversorgung, davon können bis zu 18 Mon. in den Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung (auch 3-Mon.-Abschnitte) angerechnet werden, die auch im amb. Bereich ableistbar sind, plus
- 24 Mon. Weiterbildung in der amb. hausärztl. Versorgung, davon können bis zu 6 Mon. in Chirurgie (auch 3-Mon.-Abschnitte) angerechnet werden, plus
- 80-Stunden-Kurs-Weiterbildung gem. § 4 Abs. 8 in Psychosomatischer Grundversorgung

(Auszug aus der Weiterbildungsordnung der ÄK Westf.-Lippe vom 9.4.2005, Fassung vom 29.11.2014).

1.2 Praxisorganisation

1.2.1 Allgemeines

Praxis-Ressourcen:

- Zuwendung zum Pat.
- Med. Wissen u. Können
- Rationelles Arbeiten

Möglichst reibungslose Arbeitsorganisation → Zeit u. innere Freiheit für die ersten beiden Punkte zu haben!

Notfälle, dringliche Hausbesuche, unvorhergesehen lange Konsultationen kommen regelmäßig häufig vor → Berücksichtigung in der Planung von Organisationsabläufen (Qualitätsmanagement ► 1.18).

1.2.2 Arbeitsorganisation

Arbeitsabläufe

- Bereiche mit hohem Patientendurchlauf (Empfang, Wartezimmer, Labor, technische Unters., Bestrahlung, Inhalation) streng von weniger frequentierten Bereichen trennen (eigentliche Sprechzimmer, bes. Unters. wie Rektoskopie, Ultraschall, Rö)
- Planbare Arbeitseinheiten bis in Einzelheiten festlegen (Arbeitsanweisungen im Sinne des Qualitätsmanagements, ► 1.18)
- Planbare Unters. (z. B. Ultraschall, Rekto- o. a. Endoskopien, EKG, Belastungs-EKG, Lufu, Allergietests, kleine Chirurgie, Früherkennungsunters.) **gebündelt** auf weniger frequentierte Zeiten legen: z. B. OP-Nachmittag, Sonografien vor Sprechstundenbeginn. Diab.- u. Asthmaschulungen am Spätnachmittag/Abend
- Möglichst feste Zeiten im Tagesablauf für regelmäßig wiederkehrende Tätigkeiten einplanen: Postdurchsicht, Laboreingänge, Telefonsprechstunde, Kommunikation mit Kollegen, Bearbeitung schriftlicher Anfragen, Atteste, Gutachten. Ein geregelter Zeitrahmen erleichtert auch Arbeit der MFA (► 1.2.3)

Telefonsprechstunde Kurzberatungen, z. B. Besprechung von Laborergebnissen. Ggf. Instrument zur Ersteinschätzung eines med. Problems („telemed. Triage“; ► Tab. 1.2):

Tab. 1.2 Algorithmus Telefonkonsultation		
Schritt	Inhalt	Beispiel
Administration (kann durch MFA erfolgen)	• Personalienerfassung • Erhebung der Problemstellung	• Frau M. S., 54 J. • Kreuzschmerzen seit 1 Wo.
Anamnese	• Akuter Beratungsanlass? • Dauer-, Medikamentenanamnese usw. • Ggf. Telestatus (s. o.)	• Seit 1 Wo. Schmerzen LWS, Auslöser? Ø Ausstrahlung, Intensität 5/10 • Art. Hypertonie bekannt, sonst gesund, insb. Ø KI gegen NSAR • Kniebeuge, Zehen- u. Fersenstand problemlos möglich
DD?	Symptomanalyse mögl. DD	Ø Hinweis auf Fraktur, Tumor, Inf., Radikulopathie
Disposition	• Dringlichkeit weiterer diagn./ther. Maßnahmen? • Prozedere?	• Arbeitsdiagnose: unkomplizierter Rückenschmerz • Selbstbehandlungsversuch
Diskussion	• Diskussion der Befunde, deren Interpretation u. mögl. Therapieoptionen mit dem Pat. (Was? Wann? Wo? Wie? Warum?) • Konkrete Empfehlungen	• Über spontanen Verlauf aufklären • Erklären, dass aktuell kein Bedarf für Bildgebung besteht • Empfehlung: in Bewegung bleiben • Analgetika bei Bedarf

Tab. 1.2 Algorithmus Telefonkonsultation (Forts.)

Schritt	Inhalt	Beispiel
Management	• Einleiten konkreter Maßnahmen (Überweisung, Analgetikaverordnung) • Terminierung Nachkontrolle, falls indiziert	• Rezept NSAR • Telef. Nachkontrolle nach 7–10 d
Zusammenfassung	• Zusammenfassung der besprochenen Punkte • Verständnisprüfung durch Rückfragen	
Abschluss	• Benennen von Alarmsympt. („Red Flags“), Verhaltenshinweise für den Fall einer Verschlechterung • Beenden des Gesprächs	Wieder melden bei Verschlechterung der Schmerzen, neuen Sympt., Ausstrahlungen, Fieber > 38,0 °C rektal, keiner Besserung unter Ther.

(nach: Blozik E, von Overbeck J, Schweizer Zentrum für Telemedizin Medgate, Basel, Schweiz; 2012)

- Sorgfältig strukturierte Anamnese (wann/wie dringlich?): Ist persönliche Arztkonsultation erforderlich?
- Empfehlung von Maßnahmen zur (einleitenden) Selbstbehandlung (bis zur evtl. erforderlichen persönlichen Arztkonsultation).



Ärztl. Schweigepflicht (Sicherstellung, dass es sich beim Gesprächspartner wirklich um den Pat. handelt!). Wann immer möglich, mit dem Pat. selbst sprechen; telefonische Auskünfte an Angehörige nur, wenn dies zweifelsfrei im Sinne des Pat. ist.

Deutsches Berufsrecht (§ 7 Abs. 4 Musterberufsordnung, Stand 2011): individuelle ärztl. Behandlung/Beratung nicht ausschl. über Print- u. Kommunikationsmedien erlaubt; auch bei telemed. Verfahren ist zu gewährleisten, dass ein Arzt den Pat. unmittelbar behandelt (gegensätzlich dazu sind in Nachbarländern, z. B. der Schweiz, ärztl. Beratungen außerhalb einer persönlichen Arzt-Pat.-Beziehung zulässig u. etabliert, z. B. Schweizer Zentrum für Telemedizin Medgate: ► 1.21). Algorithmus Telefonkonsultation ► Tab. 1.2.

Ergänzung der telefonischen Anamnese durch einfache Selbstuntersuchungsmaßnahmen durch den Pat. („Telestatus“), z. B.:

- RR-, Puls-, Fiebermessung
- Prüfung der Beweglichkeit (z. B. Rumpfbeuge), neurolog. Defizite (z. B. Zehen-, Fersenstand)
- Abdom. Druck-/Loslassschmerz

Offene Sprechstunde

Vorteil: wesentlich weniger Verwaltungsaufwand als mit Terminvergabe, Pat. fühlen sich nicht abgewiesen

Nachteil: Patientenströme nicht planbar, dadurch eher Unruhe u. Hektik. Ausnutzung personeller u. räumlicher Kapazitäten nicht gegeben! Wartezeiten nicht kalkulierbar!

Terminvergabe

Vorteil: erleichtert Ausnutzung personeller, räumlicher u. apparativer Kapazitäten. Pat. können mit kurzen Wartezeiten rechnen. Bes. geeignet für bestimmte Patientengruppen: Behinderte, Mütter mit Kindern, Berufstätige, psychisch Kranke etc.

Nachteil: Terminvereinbarungen binden eine MFA mehrere Stunden tägl. ans Telefon. Terminverwechslungen u. Notfälle führen trotzdem oft zu Verschiebungen u. längeren Wartezeiten. Hohe Anforderungen an Kommunikationsfähigkeiten des Praxispersonals!

1

- Bestellsystem mit Terminvergabe z. B. alle 10 Min. mit jedem 6. Termin als Puffer für Notfälle
- Für Berufstätige verlängerte Sprechzeiten anbieten („Dienstleistungsabend“)
- Terminplanung in Praxis-EDV flexibel einrichten: realistische Zeitwerte für apparative Unters., Kurzkonsultationen, Verbände, delegierbare Leistungen einplanen (► 1.2.3)
- Gem. Berufsrecht müssen „ausreichende“ Sprechstunden angekündigt u. durchgeführt werden. Alleinige Ankündigung „nach Vereinbarung“ nicht statthaft. Einzelheiten je nach KV unterschiedlich geregelt
- **Cave:** Termine haben außer bei schweren Notfällen immer Vorrang! Lange Wartezeiten trotz Terminvergabe führen auf längere Sicht unweigerlich dazu, dass Pat. sich nicht mehr an Bestellsystem halten!

Praxiseinrichtung Wenn bes. Patientengruppen die Praxis oft aufsuchen, Organisation u. Einrichtung auf diese einstellen:

- Behinderte: leichter Praxiszugang, Aufzug o. Treppenfahrrstuhl, behindertengerechte Toilette, Wartezimmerstühle mit geeigneter Sitzhöhe
- Mütter mit Kindern: gesonderte Spielecke, Spielzeug, kindgerechte Lektüre, kleine „Belohnungen“ für „tapferes“ Verhalten, ggf. Betreuung der Kinder durch Personal

Praxis-Info Informationsblatt für Pat. erstellen (Praxiswegweiser) mit Vorstellung der Mitarbeiter, Erläuterung Bestellsystem, Hinweis auf Terminvereinbarung für bestimmte Unters., Erwähnung von Praxisbesonderheiten (z. B. Psychother., sportmed. Unters., Beratungen für Tropenreisen, naturheilkundliche Behandlungen, Akupunktur), Hinweis auf IGeL-Angebote. Praxis-Infos bestellbar bei verschiedenen Anbietern; vielfach individuelle Gestaltung über Textbausteine möglich.

Weitere sinnvolle Informationsinstrumente: Internet-Homepage der Praxis, regelmäßige „Patientenbriefe“ zu aktuellen u./o. wichtigen Gesundheitsthemen (Versand o. Auslage zur Mitnahme).

EDV Ziele:

- Rationalisierung zeit- u. personalintensiver Praxisabläufe, z. B. Formulardruck, Textverarbeitung, Attesterstellung, Privat- u. Kassenabrechnung
- Verwaltung von Pat.-Stammdaten u. ärztl. Notizen
- Verordnungsmanagement u. Interaktionenüberprüfung (► 33.1.3)
- Verminderung von Schreib- u. Organisationsaufwand
- Übersichtliche Terminplanung
- Einsparung Platz u. Arbeitszeit durch elektronische Karteikarte; Archivierung externer Berichte (FA, KH, Atteste usw.)

- Dokumentationseinbindung apparativer Leistungen (Labor, EKG, Sono, Lufu) in elektronische Ablage
- Einbindung elektronischer Literatur, externer Programme (z. B. Arriba-Hausarzt)
- Erstellung von Medikamenten-, Diagnosen-, Leistungs- u. Umsatzstatistiken, Kontrolle von Medikamenten-, Labor- u. Leistungsbudget
- Recall-System
- Impfmanagement
- Elektronische Kommunikation mit anderen Leistungsanbietern (KH, Labor-datenübermittlung etc.)

Umgang mit EDV: gesamtes Praxispersonal extrem sorgfältig u. fortlaufend im Umgang mit EDV schulen. Bes. auf ständige Stammdatenpflege achten:

- Überprüfung Anschrift, Telefonnummer, Versichertennummer u. Versichererstatus bei jeder Vorlage der Versichertenkarte (bei Abrechnung entsteht andernfalls aufwendige manuelle Korrekturarbeit!)
- Sofortige Eingabe: Abrechnungsziffern, ICD-Diagnosecodierungen. Vollständigkeitskontrolle bzgl. Leistungserfassung mind. einmal tägl. im Tagesprotokoll
- Datenschutzvorschriften beachten: Zugang zu Patientendateien nur über Passwort; Sicherheit der Dokumentation u. der Archivierung (vgl. Patientenrechtegesetz)

Es gibt kein abs. absturzsicheres System. Grundsätzlich gilt: Je umfangreicher u. komfortabler das Programm, desto häufiger sind Bedienungs- o. Systemfehler. Auf guten Service achten: Hotline-Verfügbarkeit, Kundendienst in näherer Umgebung (Anfahrtszeiten!).



Tipps

- Datensicherung mind. 1 ×/d
- Sicherungsdatenträger außerhalb Praxis o. in feuerfestem Tresor lagern (Brand, Einbruch!)
- Updates (regelmäßige Servicelieferungen des Softwareherstellers) vor dem Wochenende o. am Beginn des praxisfreien Nachmittags installieren, da hierbei oft Probleme. Festplattenprüfläufe eher häufiger durchführen als vom Hersteller empfohlen
- Externe Datenträger nur nach vorheriger Virenprüfung anschließen
- Internetanbindung: verlässlicher Virenschutz u. Firewall o. zertifizierter Zugang über Konnektor/VPN. Alternativ: gesonderter Internet-Arbeitsplatz ohne physikalische Verbindung zur Praxis-EDV
- Wünschenswert: unabhängige zweite PC-Station (verhindert bei Hauptserver-Ausfall notfalls Unterbrechung praxisorganisatorischer Abläufe; regelmäßige Festplattenspiegelung)
- Auf leichte Zugänglichkeit BDT-Schnittstelle (BDT: **B**ehandlungs**d**aten**t**räger, KBV-Norm) achten (ermöglicht Übertragung von Patientendateien in anderes Programm bei Systemwechsel. Erleichtert Umsteigen bei Unzufriedenheit o. Geschäftsaufgabe des Softwarelieferanten)

Probleme beim Führen elektronischer Karteikarten:

- Hausbesuche: Formularausdrucke vorbereiten; MFA gibt HB-Befunde von Diktiergerät o. Notizen nach Rückkehr in Praxis-EDV ein. Alternativ: Einsatz von Laptop o. Tablet-PC (auf sichere VPN-Verbindung achten)
- Fremdbefunde: leichter Zugang zur Ablage eingescannter Fremdbefunde, Untersuchungsergebnisse von Karteikartenansicht aus. Für Pat. mit regelmäßigen Haus- o. Pflegeheimbesuchen ggf. Karteitasche mit Ausdrucken zur Mitnahme
- PC-Probleme: „Abstürze“ verhindern unvorhergesehen Zugang zur Patientenkartei. Abhilfe durch zweiten Server, s. Tipps

Müllvermeidung u. -entsorgung**Müllvermeidung:**

- Annahme von Werbebriefen, unaufgefordert zugesandten Zeitschriften u. a. Werbematerial verweigern o. diese unfrei an Absender zurückschicken
- Broschüren, „Fachinformationen“, Handzettel von Pharmavertretern zurückweisen, wenn sie nicht gelesen werden
- Soweit möglich u. med. vertretbar, Verzicht auf Einmalartikel u. Auswahl umweltverträglicher Produkte (bes. Reinigungs- u. Desinfektionsmittel). Konsequente Rückgabe von Verpackungen an Hersteller o. Lieferanten

Müllentsorgung: Gem. Verordnung werden Praxisabfälle in die Gruppen A–E eingeordnet (► Tab. 1.3):

Tab. 1.3 Gruppenzuordnung von Praxisabfällen	
Gruppe	Art des Abfalls
A	Hausmüll u. hausmüllähnliche Abfälle (z. B. Papier, Glas, Kunststoff, Küchenabfälle), desinfizierte Abfälle der Gruppe C
B	Mit Blut, Sekreten u. Exkreten kontaminierte Abfälle (Verbände, auch Gipsverbände, Einwegwäsche, Spritzen, Kanülen u. Ä.)
C	Infektiöse u. stark infektiöse Abfälle (mit Err. meldepflichtiger Erkr. kontaminierte Abfälle, mikrobiolog. Kulturen, z. B. auch Uricult-Röhrchen!)
D	Sondermüll wie Altmedikamente (v. a. Zytostatika, für Zytostatikaverabreichung benutzte Infusionssysteme u. Ä.), mineralische Abfälle, Batterien, Lampen, Laborabfälle (Chemikalien u. Reagenzien), Elektronikschrott
E	Aus ethischer Sicht gesondert zu behandelnde Abfälle: Körperteile, Organabfälle, gefüllte Blutflaschen/-beutel

Abfälle der Gruppen A u. B können mit Hausmüll entsorgt werden (auf verletzungssichere Verwahrung achten: Kanülen, Nadeln, Lanzetten, Skalpelle u. Klengen, Ampullenreste in bruch- u. durchstichsicheren Behältnissen). Praxiseigene Autoklavierung von Gruppe C vor Entsorgung im Hausmüll. Abfälle der Gruppe D: Schadstoffmobil, kommunale Sammelstellen (Wertstoffhöfe o. Ä.).

In Zweifelsfällen bzgl. Müllzuordnung in eigener Gemeinde: Bürgermeisteramt o. Amt für öffentliche Ordnung kontaktieren.

1.2.3 Medizinische Fachangestellte (MFA)

Früher: Arzthelferin (AH); zentrale Organisatorin u. Drehscheibe des Praxisgeschehens:

- Erste Ansprechpartnerin für Pat.
- Termin-Managerin
- Funktionsträgerin für alle Bereiche: Schreibtätigkeiten, Buchhaltung, Labor, technische Unters., Assistenz bei nicht delegierbaren ärztl. Leistungen
- Ausführende delegierbarer ärztl. Leistungen (s. u.)
- Ausbildende (bei Beschäftigung MFA-Auszubildender)
- Beteiligung bei Wahrnehmung von Sonderbereichen, z. B. Asthma- o. Diabeteschulung, DMP, Ernährungsberatung u. a.

Bei Beschäftigung mehrerer MFA: klare Regelung von Verantwortlichkeiten, Arbeitsbereichen, Informationsfluss untereinander. Jede MFA: Kenntnis aller Arbeitsbereiche, Beherrschung aller anfallenden Arbeitsgänge ist wichtige Voraussetzung (Urlaubsvertretung, Krankheit). Ggf. Wechsel der Arbeitsbereiche in 2-wöchentl. o. monatl. Turnus. Alternativ kurze „Hospitationen“ im jeweils anderen Arbeitsbereich.



Checklisten u. Handlungsleitlinien (Arbeitsanweisungen) für häufig wiederkehrende Arbeitseinheiten erstellen (spezielle Unters., Kontrolle HB-Tasche, Reinigungs-, Hygienepläne u. a.).

MFA-Arbeitsbereich kann durch Auswahl der Einzelbereiche aus ► Tab. 1.4 zusammengestellt werden.

Tab. 1.4 Funktionsbereiche der Medizinischen Fachangestellten (MFA)

Bereich	Funktion
Anmeldung/Empfang	• Empfang der Pat., Telefon • Vorbereitung Karteikarten vs. Aktivierung EDV-Pat.-Daten in EDV-Warteliste • Verteilung der Pat. auf Sprech-/Behandlungsräume • Terminplanung/Hausbesuche • Ausstellung von (Wiederholungs-)Rezepten, Überweisungen u. Ä. • Annahme u. Einlesen der eGK, Mahnung fehlender Karten • Dokumentation i. R. von DMPs • Buchhaltung, Rechnungs- u. Mahnwesen, Kontoführung, Schreibarbeiten, Korrespondenz
Technischer Bereich	• Blutentnahmen, kleines Labor • EKG, Belastungs-/Langzeit-EKG, Spirometrie, Langzeitblutdruckmessung • Infusionen, i. m. Inj., Impfungen vorbereiten • Physikalische Ther.
Chirurgie, Hygiene, Assistenz	• Verbände vorbereiten, Instrumente bereitlegen, Pat. vorbereiten • Instrumentensäuberung, -pflege, -sterilisation • Praxishygiene, Flächendesinf. • Organisation Praxisbedarf: Verbandsmaterial, Medikamente, Geräte, Diagnostika; Auffüllen der Bestände • Assistenz bei diagn. u. ther. Eingriffen

Tab. 1.4 Funktionsbereiche der Medizinischen Fachangestellten (MFA) (Forts.)

Bereich	Funktion
Praxis-EDV	• Softwareaktualisierung • Kommunikation mit Soft- u. Hardwarepartner • Laufende Anpassung der Praxissoftware an individuelle Bedürfnisse des eigenen Praxisalltags (z. B. Erstellen von Textbausteinen, Leistungsziffernketten u. Algorithmen zur Dokumentationserleichterung u. -standardisierung) • Abrechnung per EDV (EBM, HzV, DMP, GOÄ, iGeL) • Recall • Regelmäßige Statistikerstellungen zur Ökonomisierung der Praxisabläufe • Überwachung der korrekten ICD-Codierung
Ausbildung	Anleitung u. Überwachung der Auszubildenden, Kontrolle der Fertigkeiten, regelmäßige Besprechung mit a) Azubi, b) Arzt über Stand des Wissens, Lücken, Defizite o. Probleme in der Berufsschule, Qualitätssicherung

1

Bestimmung einer Erstkraft als Hauptverantwortliche häufig sinnvoll.

- Muster-Arbeitsvertrag sowie Manteltarifvertrag von zuständiger Ärztekammer erhältlich. **Cave:** Tarifliche Vergütung allein reicht oft nicht aus, Mitarbeiterinnen auf Dauer an Praxis zu binden. Zusätzliche Vergütungen, auch leistungs- o. praxisumsatzabhängig, im Vertrag fixieren!
- Für Belange der Ausbildung von MFA ist Ärztekammer zuständig (Adressen ► 34.3.1).
- Regelmäßige Teambesprechungen aller Mitarbeiter zur Verbesserung von Klima u. Informationsfluss (Protokoll zur Kontrolle der Umsetzung).

Delegierbare Leistungen Ausnahmen vom Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung durch den Arzt:

- Blutentnahmen
- Leistungen des (kleinen) Labors
- Technische Leistungen wie EKG-Ableitung, Lufu, Audiometrie, Anlegen von Langzeit-EKG o. -Blutdruckgerät
- Verbandwechsel, s. c. oder i. m. Inj., Impfungen
- Bestrahlungen, Inhalationen, Elektrother. u. Ä.
- DK-Wechsel
- Sonderleistungen, z. B. Schulungskurse für Pat. mit Diab., Asthma
- Zusatzqualifikationen für MFA in der Patientenbetreuung i. R. der Versorgung chronisch Kranker (z. B. Unterstützung bei Palliativversorgung, geriatrisches Assessment, Vermittlung von Unterstützung durch soziale Einrichtungen, Terminkoordination, Medikamentenkontrolle, auch i. R. von eigenständiger HB-Tätigkeit):
 - „AGnES zwei“ (KV Brandenburg, KV Mecklenburg-Vorpommern): arztentlastende, gemeindenahe, E-Health-gestützte systemische Intervention
 - EVA (KV Nordrhein, KV Westfalen-Lippe): entlastende Versorgungsassistentin

- VerAH (Deutscher Hausärzteverband): Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis
- NÄPA (Bundesärztekammer): nichtärztl. Praxisassistentin



- Arzt muss bei Delegation in „angemessener Zeit“ persönlich in der Praxis erreichbar sein
- MFA muss übertragene Tätigkeiten beherrschen, Arzt muss sich von sorgfältiger Ausführung überzeugt haben: Niemals blinde Delegation!
- Tätigkeiten mit hohem Risiko (z. B. Infusion, Durchführung von Belastungs-EKG) nicht o. nur unter unmittelbarer Aufsicht delegieren

1.2.4 Praxisvertreter, Assistent

Vertreter Sicherstellung vertragsärztl. Versorgung im Urlaubs- o. Krankheitsfall: mind. einen Vertreter benennen (Vertragsarzt in näherer Umgebung). Rechtzeitige Absprache notwendig.

Beschäftigung eines Vertreters in eigener Praxis: Bedingung ist gleiche FA-Bezeichnung wie zu vertretender Arzt, zumindest aber abgeschlossene Weiterbildung. Nur in Ausnahmefällen (z. B. plötzliche Erkr., kurzfristige Vertretung bis zu ≤ 1 Wo.) genügt allein (Voll-)Approbation. Beschäftigung eines Vertreters > 1 Wo. bei zuständiger KV anzeigen bzw. genehmigen lassen. Leistungen, die bes. Befähigung o. Genehmigung voraussetzen (z. B. Ultraschall): Gleiche Zusatzqualifikationen nachweisen.

Haftung bzgl. vertragsärztl. Tätigkeit (Wirtschaftlichkeit, Arzneiverordnung u. a.) bleibt i. d. R. bei dem Arzt, der sich vertreten lässt. Privatrechtliche Haftung für ärztl. Tätigkeit (Haftpflcht) liegt beim vertretenden Arzt.



Verweis auf Rettungsdienst o. KH zu Vertretungszwecken ist unzulässig!

Assistent Beschäftigung von Assistenten nur zulässig:

- Als Dauerassistent in Gebieten ohne Zulassungsbeschränkungen (Genehmigung vor dem 1.7.1997)
- Als angestellter Praxisarzt mit KV-Genehmigung
- Zur Sicherstellung der vertragsärztl. Versorgung (Entlastungsassistent), v. a. bei umfangreicher wissenschaftlicher o. berufs- u. a. politischer Tätigkeit („im öffentlichen Interesse“)
- Im Rahmen der Weiterbildung: Hier genügen Approbation o. Erlaubnis zur Berufsausübung gem. § 10 Bundesärzteordnung
- Bei Belegärzten zur Vertretung in der Praxis, wenn Belegarzt im Krankenhaus tätig ist



- Bei Anstellung eines Assistenten können Leistungsbeschränkungen wirksam werden, die vom Zulassungsausschuss der zuständigen KV beschlossen werden (s. Bedarfsplanungs-Richtlinie des GBA).
- Sofern Assistent – auch nur zeitweise – selbstständig arbeitet, müssen dieselben Qualifikationen wie beim Vertragsarzt vorhanden sein (Ausnahme: Arzt in Weiterbildung).

16.1 Allgemeines

Kinder in der Allgemeinarztpraxis

- Kinder sind keine kleinen Erwachsenen: Sie nehmen die Welt anders wahr, reagieren anders. Eltern bringen ihr erkranktes Kind oft auch zum HA. Allgemeinarzt sollte daher wichtigste Kindererkr. kennen. Bei Unsicherheiten pädiatrisch geschulten Kollegen hinzuziehen.
- Bei Kindern sind Beschwerden oft nicht eindeutig erfragbar. Unwohlsein wird z. B. gern in den Bauch projiziert. Geschulte Beobachtung u. gezielte Fragen an betreuende Personen daher unerlässlich (► 16.4.1).
- Schweregrad einer Erkr. erschwert einschätzbar. Kinder verfügen über hohe Kompensationsfähigkeit, dekompensieren andererseits überraschend schnell. Sgl., der nicht trinkt, o. KK, das sich nicht gegen Unters. wehrt, ist schwer krank (► 16.4.2)!
- Kinder verzeihen keine Lügen! Einmal verspieltes Vertrauen lässt sich kaum zurückgewinnen. Daher: Nichts versprechen, was sich nicht halten lässt; stets sagen, was geschieht, auch wenn es wehtut. Kinder dürfen weinen (► 16.4.3). Vermeidung dauerhaft angstbesetzter Arztbesuche: z. B. Impf-, Blutentnahmenvorbereitung mit EMLA®-Pflaster.

16.2 Wachstum und Entwicklung

16.2.1 Wachstumsgrößen

Mittlere Geburtsmaße: Gew. 3.300 g, Länge 50 cm, Kopfumfang 35 ± 2 cm. Gewichtsabnahme in ersten LT ca. 10 %, Ausgleich bis 10 d nach Geburt. Gew. mit 4½ Mon. verdoppelt (6,6 kg), mit 1 J. verdreifacht (10 kg). Während des 1. Lj. lässt Wachstumstempo allmählich nach, vom 3.–11. Lj. annähernd gleichbleibend (ca. 2½ kg, 6 cm pro J.). Folgender Pubertätswachstumsschub endet beim Mädchen mit ca. 16 J., beim Jungen mit 18 J., Epiphysenfugen sind dann geschlossen.

Somatogramm

- Wachstumsgrößen mit altersspez. Perzentile im Vorsorgeheft vergleichen. Einzelwerte nur begrenzt aussagekräftig (Eintrag bei jeder Vorsorgeunters.!).
- Verzögertes intrauterines Wachstum sonst gesunder Kinder (*small-for-date*) kann in ersten 2 Lj. aufgeholt werden. Danach entwickeln sich fast alle Kinder entlang ihrer eigenen Perzentile.
- Anteil übergewichtiger Kinder steigt. Einschätzung Übergewicht: BMI-Perzentilen AG Adipositas im Kindes- u. Jugendalter (► 16.16)

Diagnostik erforderlich

- $< 3.$ (► 16.5.8) bzw. $> 97.$ Perzentile
- > 2 Standardabweichungen von Altersperzentile
- Starke Abweichungen Wachstumsgrößen untereinander

33.1 Arzneimittelverordnung in der Hausarztpraxis

33.1.1 Allgemeines

Arzneimittel sind eine der wirkungsvollsten hausärztl. Therapien: Sie sollen rational, sicher u. zugleich wirtschaftlich verordnet werden. Praxen benötigen ein umfassendes Qualitätsmanagement (QM) für die Arzneimitteltherapie. Ziele: Qualitätsverbesserung, Fehlervermeidung.

Wichtige Aspekte:

- Medikamentenauswahl: rational, evidenzbasiert, wirtschaftlich, sicher
- Patientenbezogene Abläufe: Organisation rund um Rezepte standardisieren
- Medikamentenadhärenz: durch Information zur Kooperation
- Management von Spezialsituationen: bes. Arzneimittel, bes. Patientengruppen, Polymedikation
- Informationsmanagement rund um Arzneimittel: med. Fortschritt u. Fortbildung, Patienteninformationen über Pharmaka u. gesetzliche Regelungen
- Pharmakother. im Kontext veränderter Rahmenbedingungen: ärztl. Unabhängigkeit, Ther.- u. Patientensicherheit, ärztl. Haftung



Die rationale Arzneither. in der HA-Praxis soll von einer verantwortlichen Nutzen-/Risiko-Abwägung unter allg. Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit bestimmt sein: „*There are no safe drugs, there are only safe doctors.*“

33.1.2 Medikamentenauswahl

33

Eine gut überlegte Medikamentenvorauswahl („Interne Liste“, „Kleine Liste“, „Praxisliste“) ist wichtigster Schritt zur Medikamentensicherheit:

- Einsatz eines überschaubaren Arzneimittelsortiments (100–200 Medikamente), deren Wirkungen, UAW u. WW bekannt sind
- Vermeidung von Medikamenten, die gehäuft zu stat. Aufnahmen wg. Arzneimittelproblemen geführt haben (► 33.3); Alternativpräparate auswählen; z. B. Digitoxin statt Digoxin zur Vermeidung einer Kumulation bei Niereninsuff.
- Möglichst Generika (Vorsicht bei Schilddrüsenpräparaten: präparat-, nicht wirkstoffbezogene Wirksamkeit) u. Substanzen mit geringer ther. Breite (z. B. Cumarine)
- Verzicht auf unbegründeten Wechsel bekannter Wirkstoffe wg. Verlust wichtiger ther. Erfahrungen: Dosisanpassung oft ausreichend
- Ind. zur Arzneither. nicht durch spezielle Verordnungswünsche der Pat. bestimmen lassen (Furcht vor Patientenverlusten unbegründet), sondern Kommunikation mit Pat.
- Kenntnis der wichtigsten Risikoarzneistoffe u. deren WW: z. B. Antiarrhythmika, Antiepileptika, Antikoagulanzen, Digoxin, Glukokortikosteroide, Immunsuppressiva, Lithium, MAO-Hemmer, orale Kontrazeptiva, Theophyllin, Zytostatika
- Innovative Präparate auf dem Arzneimittelmarkt in den ersten Jahren nur zurückhaltend einsetzen, da viele UAW erst nach Neuzulassung bekannt werden. Auf jeden Fall bes. Aufmerksamkeit bzgl. UAW, WW! (► 33.2.1)
- Bei V. a. UAW: Meldung an AkdÄ

- Bei multimorbiden Senioren: Listen nach Beer, Priscus, FORTA u. Studien über potenziell inadäquate Medikamente (PIM, *potentially inappropriate medication*) beachten (► 33.3.4)
- Evidenzbasierte Medizin ist bester Schutz vor Regressen! (► 33.1.4)

33.1.3 Praxisabläufe rund um Rezepte

Ein Muss für jeden Hausarzt: Festlegung fehlervermeidender Abläufe bei der Rezeptierung.

Grundsätzlich sinnvoll:

- Standardabläufe, die das gesamte Team *und* die Pat. kennen u. die immer eingehalten werden; am besten: QM-Ablaufschema im Team festlegen
- Keine Blankorezepte, nur fertig Gedrucktes unterschreiben
- Keine Kürzel bei mündlichen Anordnungen an MFA wg. Verwechslungsgefahr
- Pat. bei Übergabe des Rezepts immer mit Namen ansprechen
- Nur sinnvolle Medikamentenmuster von Pharmavertretern annehmen; statt Hochglanzbroschüren: nach offiziellen Fachinfos fragen
- Möglichst Rezepte nur EDV-gestützt verordnen; nach Hausbesuchen nachtragen, falls Rückfragen o. Wirtschaftlichkeitsprüfung
- Schriftliche Einnahmeverordnung mit Datum für jeden Pat.; Differenzierung: Medikation durch den HA, durch andere Ärzte, Selbstmedikation, befristete zusätzliche Medikation, Bedarfsmedikation
- Bei jeder (!) Medikationsänderung: gesamte Einnahmeverordnung mit neuem Datum ausdrucken, alten Plan archivieren; ab 1.10.2016 bundeseinheitlicher Medikationsplan (www.akdae.de)
- Großdruck für Ältere; ggf. hinzuschreiben, für welchen Zweck die Tabletten sind



Beinahefehler u. Fehlersituationen rund um die Arzneimittelverordnung in Hausarztpraxen inkl. möglicher Lösungsansätze findet man unter: www.jeder-fehler-zaehlt.de.

33.1.4 Adhärenz in der Arzneitherapie

Die Anleitung zu möglichst guter Therapietreue ist eine uralte u. zugleich aktuelle Herausforderung für jeden Arzt. Gerade bei chron. Erkr. wie z. B. KHK u. rheumatischen Erkr. ist das langfristige Gesundheitsergebnis von konsequenter Einhaltung ärztl. Empfehlungen abhängig. Auch lebensnotwendige Medikamente werden von über 30 % der Pat. nicht regelmäßig eingenommen.

Medikamentenadhärenz Hinweis: Der Begriff „Compliance“ besitzt eine negative Bedeutung, wonach die Verantwortung für den Therapieerfolg einseitig beim Pat. liegt, daher heute den Begriff „Adhärenz“ verwenden, ► 1.8.2.

Def.: Einhaltung der gemeinsam von Pat. u. Arzt festgesetzten Therapieziele.

Diese modernere Sicht fokussiert auf:

- Individuelle Bedürfnisse des Pat.
- Faktoren, die es dem Pat. erschweren, das Therapieziel zu erreichen

- Maßnahmen, durch die Ärzte u. Versorgungsstrukturen den Pat. bei einer langfristigen Medikamenteneinnahme unterstützen können

Fünf Dimensionen der Adhärenz (nach WHO 2003):

1. Sozioökonomische Faktoren: hohe Selbstbehalte bei Privatversicherten, mangelnde Information über Unterstützungsmöglichkeiten für chron. Kranke
2. Patientenabhängige Faktoren:
 - a. Fehlender Leidensdruck: Diskrepanz zwischen der subjektiven Einschätzung der Schwere der Erkr. (z. B. Hypertonus) u. dem objektiven Befund
 - b. Abschreckende Wirkung des Beipackzettels: Angst vor UAW u. Medikamentenabhängigkeit
 - c. Emotionale Faktoren: neg. Arztbild, autoritäre Patientenführung, fehlende Empathie
3. Krankheitsbedingte Faktoren: kognitive Einschränkungen, z. B. bei geriatrischen Pat.
4. Therapiebedingte Faktoren: verzögerter Wirkungseintritt der Medikation (bei Retardpräp. gewünscht, Info an Pat.!); reduzierte Lebensqualität durch vorhandene UAW
5. Gesundheitssystem- u. therapeutenabhängige Faktoren: häufige Änderungen der Medikation (z. B. durch Mitbehandler); Erklärung der Medikation unverständlich (z. B. Fachjargon), zu komplizierte Dosierungsschemata, fehlende schriftliche Einnahmeverordnung, Missverständnisse; mangelnde Prioritätensetzung mit zu vielen Medikamenten (Polypragmasie); Verunsicherung des Pat. durch Angehörige, Heilpraktiker, Medien; fehlender Recall zur gezielten Verlaufsbeobachtung des Pat.

Strategien zur Förderung der Medikamentenadhärenz

1. Aufmerksam für mögliche Adhärenzprobleme sein! Informationen über Wirkung mit pos. Formulierungen („bietet Schutz für Ihre Nieren“); pos. Verstärkung von gewünschtem Verhalten; Einnahmeberatung (z. B. Medikation an Zahnputzbecher); regelmäßig nach UAW u. Verträglichkeit fragen: Auch leichte Beschwerden ernst nehmen! Vorteil aufzeigen, wenn HA die Gesamtmedikation inkl. der Selbstmedikation überblickt
2. Informationen über Risiken der Erkr. (z. B. unbehandelte Hypertonie kann zu Demenz führen)
3. Therapievereinfachungen: angenehmes Einnahmeregime (lang wirkende Medikamente, sinnvolle Kombinationspräparate). Bei Multimorbiden: Prioritäten setzen (weniger ist oft mehr!)
4. Organisationshilfen inkl. Remindersysteme: Telefonerinnerungen, Erinnerungssysteme, Recall (Patientensicht: „Meine Behandlung ist meinem Arzt wichtig!“); Wochendispenser o. Fertigblister; wenn nötig: Pflegeverordnung zur Medikamentengabe
5. Monitoring: Möglichkeiten zum Selbstmonitoring, z. B. RR-Selbstmessungen; Telemonitoring; Videomonitoring durch Arzt zur Medikationsanpassung, z.B. bei M. Parkinson.
6. Direkt beobachtete Einnahme: Methadonprogramme

33.1.5 Arzneimittelverordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): wichtige Begriffe von A bis Z

Hausärzte sind die wichtigsten Verordner des Systems. Gemeinsam mit haus- u. fachärztl. Internisten verantworten sie über 70 % aller Medikamentenverordnungen. Da die Kosten für Arzneimittel heute der zweitgrößte Posten im Gesundheitswesen sind, ist es nicht verwunderlich, dass der Gesetzgeber u. andere Steuerungsverantwortliche unter dem Gebot der Wirtschaftlichkeit diverse Steuerungsinstrumente nutzen.

Rund um Arzneimittel, Arzneimittelmarkt u. Kostensteuerung ist eine Reihe von Fachbegriffen u. Regelungen etabliert. Auch einige private Krankenversicherungen orientieren sich in Bezug auf die medikamentöse Verordnungsweise an den folgenden gesetzlichen Bestimmungen: Sozialgesetzbuch (SGB) V, Arzneimittelrichtlinien, Bundesmantelvertrag, Prüfvereinbarungen zwischen KK-Verbänden u. KVen, Berufsordnung: § 24 Meldung von UAW.

Arzneimittelrichtlinien Zusammenfassung aller rechtlichen Vorgaben zur Verordnungs- u. Erstattungsfähigkeit rezeptpflichtiger Arzneimitteln in der GKV; beinhaltet u. a. den Ausschluss der Verordnung sog. Bagatell-Arzneimittel für Erwachsene, z. B. bei Husten, Erkältungskrankheiten u. grippalen Infekten.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) verabschiedet Therapiehinweise zu einzelnen Wirkstoffen. Sie enthalten eine Nutzenbewertung der Arzneistoffe u. die aktuelle Studienlage (www.g-ba.de), die bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen relevant sind.

Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft Die AkdÄ erstellt Leitlinien zu verschiedenen Behandlungsbereichen (www.akdae.de), deren Beachtung in den Arzneimittelrichtlinien empfohlen wird. Leitlinien von Fachgesellschaften sind keine verbindliche Vorgabe für die Behandlung in der GKV (www.awmf.org). Die AkdÄ ist neben dem Bundesinstitut für Arzneimittel u. Medizinprodukte (BfArM) eine Meldestelle für UAW, pflegt entsprechende Datenbanken u. gibt Auskünfte z. B. zur Häufigkeit von UAWs.

„Aut-idem“-Regelung Schließt der Arzt auf dem Rezept (► 1.3.5) die Substitution eines verordneten Arzneimittels nicht aus, darf der Apotheker ein kostengünstiges, wirkstoffgleiches Arzneimittel herausgeben. Bei klin.-pharmakolog. problematischen Arzneimitteln (z. B. bei Phenytoin, Cumarine, SD-Präparate) gilt die Substitutions-Ausschlussliste (Anlage VII Arzneimittel-Richtlinie, Teil B).

Ausgeschlossene Arznei-, Heil- u. Hilfsmittel (§ 34 SGB V) Per Gesetz von der Verordnung zulasten der GKV ausgeschlossen sind:

- Sog. unwirtschaftliche Arzneimittel, deren ther. Nutzen nicht nachgewiesen ist (sog. erweiterte Negativliste).
- Arzneimittel für bestimmte Ind., z. B. Mittel gegen Erkältungen, Mund-Rachen-Therapeutika, Abführmittel, Mittel gegen Reisekrankheit, sog. Lifestyle-Präparate (s. u.).

Verantwortlich ist der G-BA (www.g-ba.de), Veröffentlichung erfolgt im Bundesanzeiger. Arzneimittel für solche Ind. können nur auf Privatrezept o. sog. grünem Rezept verordnet werden (www.g-ba.de/informationen/richtlinien/anlage/17/).

„Chroniker“-Regelung Nach § 62 SGB V erhalten gesetzlich Versicherte die Zuzahlungen von ihrer KK erstattet, wenn diese 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt übersteigen. Auf Antrag: Chron. Erkrankte erhalten die Befreiung von der Zuzahlung bereits bei Überschreiten der Belastungsgrenze von 1 %; sog. Chroniker-Bescheinigung: Arzt muss dokumentieren, dass Pat. in den vergangenen 4 Quartalen wg. derselben chron. Erkr. in Behandlung war.



Wenn ein chron. Erkrankter z. B. wg. Umzugs neu in der Praxis ist, dann das Formular mit einem entsprechenden Hinweis versehen; ggf. muss der Versicherte vom Vorbehandler die entsprechende Zeit auf einem zweiten Formular dokumentieren lassen. Erfahrungsgemäß wird dies von den KK anerkannt.

Festbeträge für Arznei- und Verbandmittel (SGB V § 35) Festgelegte Höchstbeträge der Erstattungsfähigkeit für bestimmte Gruppen von Arzneimitteln. Bei Verordnung von Medikamenten oberhalb des Festbetrags muss der Versicherte die verbleibende Preisdifferenz zusätzlich zur gesetzlichen Zuzahlung bezahlen.

Importarzneimittel ohne Zulassung Die GKVn sind nicht verpflichtet, Arzneimittel ohne deutsche o. EU-weite Zulassung zu erstatten. Ausnahme: Mittel zur Behandlung seltener Erkrankungen, bei denen eine systematische Erforschung ausscheidet. Dann Sonderanträge über KK notwendig.

Lifestyle-Präparate Hierunter fallen z. B. Potenzmittel, Raucherentwöhnungs- u. Abmagerungsmittel; werden nicht von den gesetzlichen KK erstattet.

„Me-too“-Präparate (Analogpräparate) Patentgeschützte Fertigarzneimittel mit keinem o. nur marginalen Unterschieden zu bereits eingeführten Präparaten. Sie sind i. d. R. deutlich teurer als die pharmakolog.-ther. gleichwertigen, oft bereits als Generika erhältlichen Alternativen. Durch gezielte Bewerbung marginaler Unterschiede wird versucht, einen Markt für ein solches Nachahmerprodukt zu kreieren. Nach einem Urteil des Bundessozialgerichts aus dem Jahr 2006 ist bei zwei gleichwertigen Alternativen die preisgünstigere zu bevorzugen. Sonderregelungen können durch Rabattverträge zwischen Herstellern u. KK vereinbart werden. In einigen KV-Regionen sind Me-too-Quoten Teil der Arzneimittelvereinbarungen; wichtig: bei jeweiliger KV erkundigen.

Off-Label-Use Arzneimittel dürfen nur in zugelassenen Ind. zulasten der GKV verordnet werden. Ausnahme: fehlende Alternative bei lebensbedrohlichen Erkr. Grundsätzlich kann der Arzt auf eigene Verantwortung ein Arzneimittel für eine Ther. einsetzen, für die es nicht zugelassen ist. Eine Kostenübernahmepflicht der GKV besteht jedoch nicht. Aus haftungsrechtlichen Gründen muss der Arzt den Pat. ausführlich über den Off-Label-Use informieren, dies gut dokumentieren u. – am besten – auch vom Pat. unterschreiben lassen. Wichtig: Das gilt auch für Impfstoffe!

OTC-Ausnahme-Liste OTC-Produkte (engl. *over the counter*) sind nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die vom Pat. ohne Rezept gekauft werden können u. von den KK nicht erstattet werden (§ 34 SGB V). Ausnahmen: Kinder < 12 J. o. Jgl. mit Entwicklungsstörungen bis zum 18. Lj.

Der G-BA erstellt die OTC-Ausnahme-Liste mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, die bei Erw. für spezielle Ind. von den GKV erstattet werden (z. B. Abführmittel bei Opioid-Ther.).

Diese Liste ist abschließend u. lässt dem Arzt keinen Ermessensspielraum (www.g-ba.de/informationen/richtlinien/anlage/17/).

Rabattverträge (§ 130c SGB V) Die gesetzlichen KK o. ihre Verbände können mit pharmazeutischen Unternehmern (zusätzlich zu den gesetzlich festgelegten Abschlägen) Rabatte vereinbaren. Dabei können ein jährliches Umsatzvolumen sowie Abstaffelungen vereinbart werden. Für die Apotheken besteht eine Substitu-

tionspflicht, außer wenn der Arzt „Aut idem“ ankreuzt. Fragen der Arzthaftung ► 33.5.1.

Reimportarzneimittel und Importarzneimittel Sind vom Gesetzgeber gewollt, wenn der Verkaufspreis nachweislich unter dem vergleichbaren inländischen Präparat liegt.

- Reimportarzneimittel: in D hergestellte Arzneimittel, die zunächst exportiert u. dann kostengünstig reimportiert werden. Die Ausgabenminderung ergibt sich durch unterschiedliche Kosten für dieselben Arzneimittel in verschiedenen (europäischen) Ländern.
- Importarzneimittel: Herstellung im Ausland, z. B. bei Töchtern deutscher Pharmaunternehmen. Spezialisierte Importeure: z. B. Kohl-Pharma, MTK-Pharma.

Wirtschaftlichkeitsprüfung und Regress Der niedergelassene Arzt unterliegt bei der Arzneimittelverordnung dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V: Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig u. wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Für die Wirtschaftlichkeit einer Arzneimittelverordnung ist jedoch vor dem Preis der ther. Nutzen entscheidend. Die wirtschaftliche Verordnungsweise wird von KV u. gesetzlichen KK kontrolliert.



Wirtschaftliche Verordnungsweise (neu) zugelassener Arzneimittel

Arzneimittelinformationsdienst (AIS): Sinnvolle Nutzen-Risiko-Bewertungen veröffentlicht die KBV: www.kbv.de/ais/12905.html. Orientierung an diesen Empfehlungen ist sinnvoll zur Therapiesicherheit u. Regressvermeidung.

Es gibt zwei Arten der arztbezogenen Wirtschaftlichkeitsprüfung (§ 106 SGB V):

1. Prüfung ärztl. verordneter Leistungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina nach § 84 (Auffälligkeitsprüfung)
2. Prüfung ärztlicher u. ärztlich verordneter Leistungen auf Grundlage von arzt- u. versichertenbezogenen Stichproben; diese umfassen mind. 2% der Ärzte je Quartal (Zufälligkeitsprüfung).

KVen u. die Landesverbände der KK u. Ersatzkassen beschließen gemeinsam u. einheitlich entsprechende Arzneimittelvereinbarungen. In den regionalen Vereinbarungen werden auch Kriterien für Wirtschaftlichkeitsprüfungen u. Regresse festgelegt. Es ist üblich, dass bei geringeren Überschreitungen zunächst Beratungen stattfinden („Beratung vor Bestrafung“). Auf jeden Fall ist es im Fall eines Regresses hilfreich, Besonderheiten der Praxis darzustellen, die die Abweichung vom Durchschnitt begründen (► Tab. 33.1). Tipp: Lokale Regelungen bei zuständiger KV anfragen.



Auch Blut- u. Harnteststreifen, künstliche Ernährung u. Verbandsmittel fallen unter die Arzneimittelkosten. Mischrezepte, auf denen sowohl Arzneimittel als auch Hilfsmittel verordnet werden, sind nicht zulässig.

Tab. 33.1 Praxisbesonderheiten

Praxisbesonderheiten*	Ja	Nein
Vermehrte Betreuung von Pat. in Alten- u. Pflegeheimen	x	
Große Zahl amb. Operationen	x	
Hoher Anteil chron./schwer Erkrankter	x	
Altersstruktur (sehr alte multimorbide Pat.)	x	
Kleine Fallzahl		x
Erhöhter Rentneranteil**		x
Anfängerpraxis		x
Hoher Anteil neuer Pat.		x
Vermehrte Auftrags-/Überweisungsleistungen		x
Gemeinschaftspraxis		x
Weiterbildungsassistent		x
Besonderheiten in der Praxisführung (Samstagssprechstunde, kein Urlaub)		x
Vermehrte Notdienste		x
Lage der Praxis		x
Hoher Ausländeranteil		x
Besondere Praxisausstattung (insb. apparativ)		x
Zusatzbezeichnung		x

* Von der Rechtsprechung tendenziell anerkannt o. nicht anerkannt. Entscheidend ist die individuelle konkrete Situation.

** Die Werte sind „rentnergewichtet“, d. h., der Durchschnittswert der Fachgruppe berücksichtigt den Rentneranteil des Arztes.

33

Zuzahlungspflicht bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln Zuzahlungspflichtig sind alle Pflicht- u. Familienversicherte, die das 18. Lj. vollendet haben. Außer bei Kindern < 18 J. gibt es keine Ausnahme von der Zuzahlungspflicht. Die Höhe der Zuzahlung für Arznei-, Verband- u. Hilfsmittel beträgt 10 % des Preises, höchstens € 10, mind. € 5. Bei Kosten des Arzneimittels < € 5 gilt der tatsächliche Preis (§§ 31, 61 SGB V).

33.2 Praxisrelevante Hinweise zu Arzneimitteln

33.2.1 Pharmakovigilanz und Arzneimittelsteuerung

Pharmakovigilanz

Überwachung der Arzneimittelsicherheit ausgehend von der klin. Entwicklung eines Arzneimittels bis zur fortlaufenden Anwendungskontrolle nach der Zulassung. Gemäß WHO-Def. beinhaltet sie auch das Risikomanagement, die Vorbeu-

Erhältlich in jeder Buchhandlung
oder im Elsevier Webshop



Irrtümer und Preisänderungen vorbehalten. 04/2017

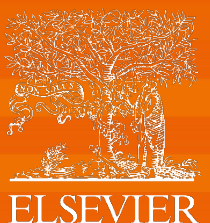
Praxisleitfaden Allgemeinmedizin

2017. 1.741 S., 220 farb. Abb., 383 farb. Tab.

ISBN: 978-3-437-22447-8

€ [D] 74,99 / € [A] 77,10

Empowering Knowledge



ELSEVIER



allgemeinmedizinwelt.de

S. Gesenhues A. Gesenhues B. Weltermann

Praxisleitfaden Allgemeinmedizin

Leseprobe

8. Auflage



ELSEVIER

Urban & Fischer

Inhaltsverzeichnis

1	Tipps für die Praxisarbeit	1
1.1	Arbeitsauftrag der Allgemeinmedizin	3
1.2	Praxisorganisation	10
1.3	Formularwesen	19
1.4	Arzttasche und Notfallkoffer	31
1.5	Juristische Aspekte	32
1.6	Anamnese und Diagnostik	36
1.7	Prä- und poststationäre Betreuung	37
1.8	Problempatienten	38
1.9	Hausbesuch	45
1.10	Sterben und Tod	46
1.11	Disease-Management-Programme (DMP)	48
1.12	Hausarztzentrierte Versorgung (HzV)	49
1.13	Zusammenarbeit mit anderen Heilberufen	49
1.14	Zusammenarbeit mit Fachärzten anderer Gebietsbezeichnung	51
1.15	Notfalldienst (NFD)	51
1.16	Gutachten, Atteste	52
1.17	Qualitätssicherung (QS)	54
1.18	Qualitätsmanagement (QM)	55
1.19	Wirtschaftlichkeitsprüfung	57
1.20	Individuelle Gesundheitsleistungen	59
1.21	Internetadressen	61
2	Ärztliche Arbeitstechniken	63
2.1	Hygiene, Desinfektion, Sterilisation	64
2.2	Injektionstechniken	68
2.3	Diagnostische und therapeutische Punktionen	71
2.4	Entnahme von Material für bakteriologische Untersuchungen	81
2.5	Histologie und Zytologie	83
2.6	Sonden und Drainagen	84
2.7	Infusions- und Ernährungstherapie	88
2.8	Verbände	91
2.9	Gipsverbände	96
2.10	Bildgebende Verfahren: Indikationen	99
2.11	Sonografie in der Allgemeinmedizin	102
2.12	Internetadressen	115
3	Notfallmanagement	117
3.1	Das Rettungswesen in Deutschland	118
3.2	Kardiopulmonale Reanimation	119
3.3	Retten und Lagern	129
3.4	Schock	131
3.5	Vergiftungen	135
3.6	Internetadressen	140

4	Chirurgie	141
4.1	Grundlegende Techniken	142
4.2	Wundversorgung	143
4.3	Wund- und Hautinfektionen	153
4.4	Kleine chirurgische Eingriffe	158
4.5	Narkosevoruntersuchungen	165
4.6	Lokalanästhesie	166
5	Traumatologie	173
5.1	Anamnese und Erstuntersuchung	174
5.2	Therapieprinzipien	175
5.3	Verletzungen	177
5.4	Posttraumatische Komplikationen	220
6	Orthopädie	223
6.1	Allgemeines	225
6.2	Beschwerden der Wirbelsäule und des Beckens	226
6.3	Schulterregion	242
6.4	Ellenbogengelenk	252
6.5	Unterarm und Hand	259
6.6	Hüfte und Bein	266
6.7	Knie und Unterschenkel	280
6.8	Sprunggelenk, Ferse und Fuß	294
6.9	Osteoporose	309
6.10	Naturheilkundliche Therapieprinzipien	313
6.11	Internetadressen	314
7	Sportmedizin	315
7.1	Allgemeines	316
7.2	Orthopädische Aspekte	316
7.3	Internistische Aspekte	329
7.4	Internetadressen	340
8	Magen-Darm-Trakt	341
8.1	Leitsymptome und ihre Differenzialdiagnose	343
8.2	Diagnostische Methoden	370
8.3	Speiseröhre	378
8.4	Magen	384
8.5	Darmerkrankungen	392
8.6	Proktologie	413
8.7	Lebererkrankungen	421
8.8	Pankreaserkrankungen	441
8.9	Gallenblase und Gallenwege	448
8.10	Internetadressen	456
9	Infektionen, Impfungen, Reisemedizin	457
9.1	Differenzialdiagnose Fieber	459
9.2	Impfungen	462
9.3	Bakterielle Infektionen	490
9.4	Virale Infektionen	507

9.5	Mykosen	513
9.6	Protozoeninfektionen	515
9.7	Wurmerkrankungen	518
9.8	Sexuell übertragbare Krankheiten	522
9.9	HIV und AIDS	525
9.10	Reisemedizin	548
9.11	Infektionsschutzgesetz	579
9.12	Internetadressen	580
10	Herzerkrankungen	583
10.1	Leitsymptome	585
10.2	Diagnostische Methoden	593
10.3	Koronare Herzkrankheit (KHK)	606
10.4	Herzinfarkt/akutes Koronarsyndrom (ACS)	616
10.5	Herzinsuffizienz, chronisch und akut	622
10.6	Herzrhythmusstörungen (HRST)	630
10.7	Entzündliche Herzerkrankungen	645
10.8	Erworbene Herzklappenerkrankungen	649
10.9	Kardiomyopathien	654
10.10	Kongenitale Herzfehler	656
10.11	Internetadressen	660
11	Gefäß- und Kreislauferkrankungen	661
11.1	Leitsymptome und ihre Differenzialdiagnose	662
11.2	Apparative angiologische Diagnostik	665
11.3	Arterienerkrankungen	668
11.4	Venenerkrankungen	679
11.5	Erkrankungen der Lymphgefäße	686
11.6	Kreislauferkrankungen	688
11.7	Internetadressen	698
12	Atemwege und Lunge	699
12.1	Leitsymptome und ihre Differenzialdiagnose	700
12.2	Diagnostische Methoden in der Allgemeinpraxis	705
12.3	Infektionen der Atemwege	712
12.4	Erkrankungen der Pleura	722
12.5	Chronische Atemwegserkrankungen	724
12.6	Restriktive Atemwegserkrankungen	751
12.7	Krankheiten des Lungengefäßsystems	754
12.8	Neoplasien	760
12.9	Internetadressen	763
13	Niere, Harn- und Samenwege, Elektrolythaushalt	765
13.1	Leitsymptome	766
13.2	Diagnostische Methoden	788
13.3	Erkrankungen der Harnwege	790
13.4	Nierenerkrankungen	799
13.5	Prostataerkrankungen	807
13.6	Hodenerkrankungen	813

13.7	Peniserkrankungen	815
13.8	Sexualmedizin	817
13.9	Internetadressen	822
14	Gynäkologie	823
14.1	Allgemeines	824
14.2	Gynäkologische Diagnostik	824
14.3	Erkrankungen der Mamma	830
14.4	Erkrankungen des weiblichen Genitales	835
14.5	Kontrazeption	851
14.6	Fertilitätsstörungen	857
14.7	Prämenstruelles Syndrom und Klimakteriumsbeschwerden	858
14.8	Androgenisierungszeichen	859
14.9	Gynäkologische Notfälle	860
14.10	Internetadressen	860
15	Geburtshilfe	863
15.1	Allgemeines	864
15.2	Schwangerschaftsfeststellung und Schwangeren- betreuung	864
15.3	Schwangerschaftskomplikationen	867
15.4	Spontangeburt (normale Geburt)	872
15.5	Wochenbett	876
15.6	Internetadressen	877
16	Pädiatrie	879
16.1	Allgemeines	881
16.2	Wachstum und Entwicklung	881
16.3	Ernährung und Prävention	886
16.4	Anamnese und Untersuchung	891
16.5	Leitsymptome und Differenzialdiagnose	895
16.6	Krankheitsbilder der Atemwege	910
16.7	Krankheitsbilder des Magen-Darm-Bereichs	925
16.8	Infektiöse „Kinderkrankheiten“	929
16.9	Krankheitsbilder der Haut	943
16.10	Erkrankungen des Urogenitalbereichs	948
16.11	Psychosomatische Krankheitsbilder	951
16.12	Kindesmishandlung u. Pädophilie	955
16.13	Fehlbildungssyndrome	956
16.14	Tumoren im Kindesalter	957
16.15	Pädiatrische Arzneitherapie	959
16.16	Internetadressen	966
17	Stoffwechsel- und Hormonerkrankungen	969
17.1	Diabetes mellitus	970
17.2	Fettstoffwechselstörungen	989
17.3	Hyperurikämie und Gicht	993
17.4	Hypo- und Hypervitaminosen	997
17.5	Praktische Ernährungsmedizin	999

17.6	Schilddrüsenerkrankungen	1008
17.7	Seltene Hormonstörungen	1020
17.8	Internetadressen	1025
18	Rheumatische Erkrankungen, Kollagenosen und Vaskulitiden	1027
18.1	Allgemeines	1028
18.2	Leitsymptome und Differenzialdiagnosen	1028
18.3	Diagnostische Methoden	1033
18.4	Chronische Polyarthritiden	1037
18.5	Seronegative Spondarthritiden	1051
18.6	Kollagenosen und Vaskulitiden	1056
18.7	Extraartikuläre Rheumaformen	1060
19	Hämatologie	1063
19.1	Leitsymptome und ihre Differenzialdiagnose	1064
19.2	Diagnostische Methoden	1073
19.3	Erkrankungen der roten Blutzellen	1073
19.4	Maligne Erkrankungen der weißen Blutzellen	1082
19.5	Thrombo- und Koagulopathien	1091
19.6	Internetadressen	1095
20	Onkologie	1097
20.1	Allgemeines	1098
20.2	Besonderheiten der Patientenführung	1098
20.3	Tumordiagnostik und Verlaufskontrolle in der Praxis	1099
20.4	Onkologische Therapie	1106
20.5	Onkologische Notfälle	1123
20.6	Internetadressen	1126
21	Neurologie	1127
21.1	Leitsymptome	1128
21.2	Weiterführende Diagnostik	1164
21.3	Zerebrale Durchblutungsstörungen	1166
21.4	Multiple Sklerose	1177
21.5	Infektionen des ZNS	1183
21.6	Hirntumoren	1187
21.7	Parkinson-Syndrome und andere neurodegenerative Erkrankungen	1191
21.8	Epilepsie	1199
21.9	Radikulopathien	1208
21.10	Periphere Nervenläsionen	1216
21.11	Muskelerkrankungen	1226
21.12	Internetadressen	1232
22	Psychosomatik und Psychiatrie	1235
22.1	Vorbemerkungen	1236
22.2	Psychischer Befund	1236
22.3	Somatoforme Störungen	1237

- 22.4 Schlafstörungen [1239](#)
- 22.5 Psychosomatische Krankheitsbilder [1241](#)
- 22.6 Angststörungen, Zwangsstörungen, posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) [1250](#)
- 22.7 Depression [1253](#)
- 22.8 Persönlichkeitsstörungen [1259](#)
- 22.9 Schizophrene Psychosen [1261](#)
- 22.10 Abhängigkeit und Sucht [1263](#)
- 22.11 Drogenabhängigkeit [1268](#)
- 22.12 ADHS im Erwachsenenalter [1271](#)
- 22.13 Psychoonkologie [1271](#)
- 22.14 Krisenintervention und Notfälle [1272](#)
- 22.15 Psychotherapie [1273](#)
- 22.16 Coping [1276](#)
- 22.17 Ärztlicher Burnout [1276](#)
- 22.18 Internetadressen [1277](#)

23 Hals-, Nasen- und Ohrenerkrankungen [1279](#)

- 23.1 Leitsymptome und ihre Differenzialdiagnose [1281](#)
- 23.2 Untersuchungsmethoden [1286](#)
- 23.3 Erkrankungen im Mund- und Rachenbereich [1292](#)
- 23.4 Erkrankungen des Kehlkopfes und der Trachea [1298](#)
- 23.5 Erkrankungen der Nase, der Nasennebenhöhlen und des Gesichts [1303](#)
- 23.6 Erkrankungen des Ohrs [1309](#)
- 23.7 Erkrankungen des Halses [1320](#)
- 23.8 Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen [1321](#)
- 23.9 Stimm- und Sprachstörungen [1323](#)
- 23.10 Internetadressen [1327](#)

24 Augenerkrankungen [1329](#)

- 24.1 Leitsymptome und ihre Differenzialdiagnose [1330](#)
- 24.2 Diagnostik und therapeutische Methoden [1346](#)
- 24.3 Hausärztliche Betreuung bei Augenleiden [1354](#)
- 24.4 Augenbeteiligung bei Allgemeinerkrankungen [1356](#)
- 24.5 Der augenoperierte Patient [1360](#)
- 24.6 Der Kontaktlinsenträger [1360](#)

25 Mund-, Zahn- und Kiefererkrankungen [1363](#)

- 25.1 Checkliste Anatomie [1364](#)
- 25.2 Schmerzen im Mund- und Gesichtsbereich [1365](#)
- 25.3 Schwellungen im Mundbereich [1368](#)
- 25.4 Orale Blutungen [1372](#)
- 25.5 Veränderungen der Mundschleimhaut [1373](#)
- 25.6 Leitsymptom Zahnverfärbungen und Zahnanomalien [1377](#)
- 25.7 Orale Funktionsstörungen [1378](#)
- 25.8 Mundhygiene und Prophylaxe [1381](#)
- 25.9 Amalgamproblematik [1385](#)
- 25.10 Ästhetik u. Geroprothetik [1386](#)

26	Dermatologie	1389
26.1	Leitsymptome und ihre Differenzialdiagnose	1391
26.2	Diagnostische Methoden	1398
26.3	Dermatologische Therapiegrundlagen und flegetipps	1399
26.4	Virusinfektionen	1404
26.5	Bakterielle Infektionen	1405
26.6	Dermatomykosen	1407
26.7	Epizoonosen	1411
26.8	Ekzem-/Dermatitiserkrankungen	1413
26.9	Physikalisch induzierte Dermatosen	1417
26.10	Neoplasien der Haut	1420
26.11	Acne vulgaris	1424
26.12	Keloid	1425
26.13	Lichen ruber planus	1425
26.14	Pityriasis rosea	1426
26.15	Psoriasis	1426
26.16	Ulcus cruris venosum	1427
26.17	Urtikaria	1429
26.18	Hyperhidrosis	1430
26.19	Blasenbildende Erkrankungen	1431
26.20	Vitiligo	1431
26.21	Hautbefunde bei Systemerkrankungen	1432
26.22	Hautbefunde bei Arzneimittelunverträglichkeiten	1433
26.23	Allergologie	1434
26.24	Internetadressen	1440
27	Schmerztherapie	1441
27.1	Multimodale Schmerztherapie in hausärztlicher Verantwortung	1442
27.2	Schmerztherapie	1444
27.3	Spezielle Schmerzkrankheiten	1457
27.4	Internetadressen	1458
28	Palliativmedizin	1459
28.1	Definition und Ziele	1460
28.2	Betreuung des schwerkranken/sterbenden Patienten	1460
28.3	Rechtliche und organisatorische Voraussetzungen	1475
28.4	Internetadressen	1478
29	Geriatric	1479
29.1	Vorbemerkungen	1480
29.2	Hausärztliches geriatisches Assessment	1480
29.3	Multifaktorielle Immobilität	1490
29.4	Stürze	1491
29.5	Mangelernährung (Malnutrition)	1494
29.6	Psychogeriatric Erkrankungen	1499

29.7	Schlafstörungen	1509
29.8	Inkontinenz	1511
29.9	Chronische Obstipation	1515
29.10	Exsikkose und Elektrolytstörungen	1516
29.11	Dekubitus	1517
29.12	Pharmakotherapie im Alter	1520
29.13	Internetadressen	1528
30	Arbeits-und Umweltmedizin	1529
30.1	Arbeitsmedizin	1530
30.2	Umweltmedizin	1542
31	Prävention und Sozialmedizin	1559
31.1	Prävention	1560
31.2	Sozialmedizin	1569
31.3	Internetadressen	1593
32	Laboruntersuchungen	1595
32.1	Das Praxislabor	1596
32.2	Referenzbereiche und Differenzialdiagnose pathologischer Laborparameter	1611
33	Arzneimitteltherapie in der Praxis	1641
33.1	Arzneimittelverordnung in der Hausarztpraxis	1642
33.2	Praxisrelevante Hinweise zu Arzneimitteln	1648
33.3	Sondersituationen	1666
33.4	Polypharmakotherapie in der Hausarztpraxis	1679
33.5	Arzneimittelmanagement im Wandel	1682
33.6	Checkliste: Arzneimittelmanagement in der Hausarztpraxis	1685
34	Adressen	1687
34.1	Spezielle Zentren und Einrichtungen	1688
34.2	Selbsthilfegruppen und patientenorientierte Interessenverbände	1694
34.3	Berufsständische Einrichtungen	1695
34.4	Berufsverbände	1697
34.5	Fort- und Weiterbildung	1699
34.6	Bundesbehörden	1702
34.7	Bundesinstitute und -ämter	1702
	Index	1705

gen können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen Leistungserbringer nicht bewirken u. Krankenkassen (KK) nicht bewilligen (SGB V § 12 [1]).

1.1.5 Medizinische Entscheidungsfindung und evidenzbasierte Medizin

Medizinische Entscheidungsfindung HÄ treffen ständig klin. Entscheidungen. Manche Entscheidungen sind eher „banal“ (► 1.1.3), andere erfordern Abwägen möglicher diagn. u. ther. Prozesse.

Nach David Sackett (Pionier der evidenzbasierten Medizin) ist jede Entscheidung ein Zusammenspiel aus (► Abb. 1.1):

- Wissenschaftlicher Evidenz
- Erfahrung des Arztes
- Präferenz des Patienten

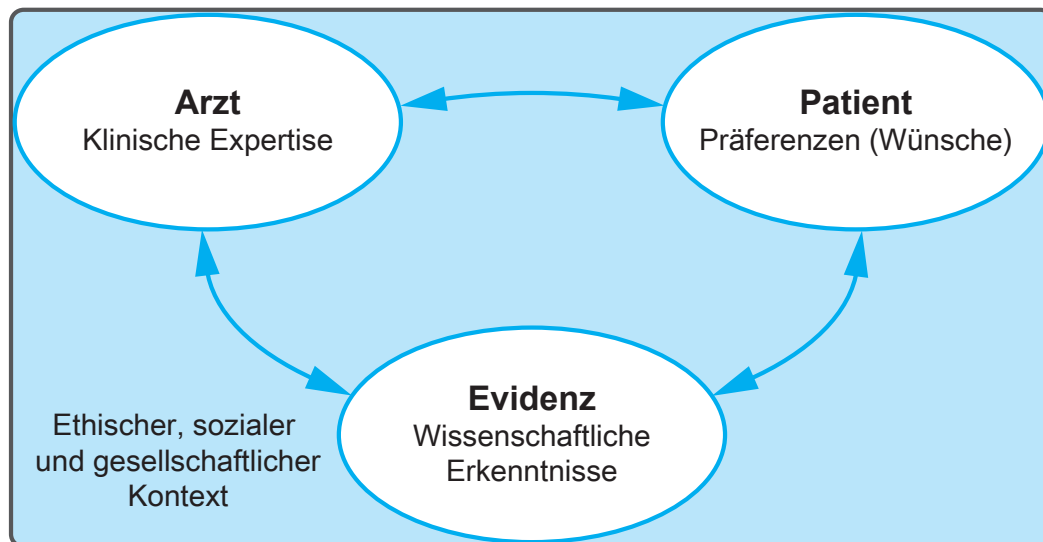


Abb. 1.1 Evidenzbasierte Entscheidungen in der Medizin (nach David Sackett) [L157]

Definition Evidenzbasierte Medizin (EbM) ist „der gewissenhafte, ausdrückliche u. vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten“ (Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V., ► 1.21). Zur Unterstützung solcher Entscheidungsprozesse bietet EbM verschiedene Handlungsstrategien u. „Instrumente“ an:

1. **Patientenbezogene Frage präzise formulieren:** z. B.: Welche Erkrankung hat der Pat.? Ist eine Behandlung notwendig? Welche diagn. Tests sind sinnvoll, um bzgl. des weiteren Vorgehens zu entscheiden? Welche Therapieoptionen gibt es? Welche ist beste Option unter Abwägung von Nutzen u. Risiko für den jeweiligen Pat.?
2. **Systematische Recherche bzgl. relevanter Evidenz in med. Literatur:** wissenschaftl. Datenbanken (Originalartikel, Reviews, Leitlinien; Qualität der Evidenz ► Tab. 1.1)
3. **Kritische Beurteilung der Validität/Brauchbarkeit der Evidenz nach klin.-epidemiolog. Kriterien:** z. B.: Welche Populationen wurden untersucht? Welche Zielparameter wurden erhoben?

4. **Bewertung der Größe des beobachteten Effekts:** u. U. Aufarbeitung der Evidenz mithilfe von „Kenngrößen“ wie NNT, NNH (► 1.1.4)
5. **Anwendung der Evidenz auf konkrete Patientensituation unter Einbeziehung der Erfahrung des Arztes u. der Präferenzen des Pat.**

1

Tab. 1.1 Qualitätsstufen der Evidenz

Stufe	Evidenztyp
Ia	Mind. ein systematischer Review auf Basis methodisch hochwertiger randomisierter kontrollierter Studien (RCTs)
Ib	Mind. eine ausreichend große methodisch hochwertige RCT
IIa	Mind. eine hochwertige Studie ohne Randomisierung
IIb	Mind. eine hochwertige Studie eines anderen Typs quasiexperimenteller Studien
III	> 1 methodisch hochwertige nichtexperimentelle Studie
IV	Meinungen u. Überzeugungen angesehener Autoritäten (aus klin. Erfahrung); Expertenkommissionen; beschreibende Studien

Quelle: Agency for Health Care Policy and Research, Department of Health and Human Services (www.ahrq.gov/; www.cochrane.de/de/evidenz-empfehlung)

Qualitätskriterien für Leitlinien (► Abb. 1.2):

- Zusammensetzung des Leitliniengremiums: Repräsentativität für Zielgruppe
- Evidenzbasierung: systematische Recherche, Auswahl, Bewertung med. Literatur
- Methodik der Leitlinienentwicklung: systematische Evidenz- u. Konsensfindung

Methodischer Hintergrund von Leitlinien S-Klassifikation

Systematik	S3	Evidenz- und konsensbasierte Leitlinie	Repräsentatives Gremium, systematische Recherche, Auswahl, Bewertung der Literatur, strukturierte Konsensfindung
	S2e	Evidenzbasierte Leitlinie	Systematische Recherche, Auswahl, Bewertung der Literatur
	S2k	Konsensbasierte Leitlinie	Repräsentatives Gremium, strukturierte Konsensfindung
	S1	Handlungsempfehlungen von Expertengruppen	Konsensfindung in einem informellen Verfahren

Abb. 1.2 Klassifikation von Leitlinienklassen nach Gütekriterien (AWMF-Stufenklassifikation) [L157]

Med. rationale Entscheidungen gem. wissenschaftlicher Evidenz sind i. d. R. auch wirtschaftlich rationale Entscheidungen.

Unsicherheiten in der Entscheidungsfindung des HA am häufigsten bei neuartigen diagn. u. ther. Strategien, z. B. neue Tests zum Darmkrebscreening, neuartige Chemotherapeutika.

Neue diagn. u. ther. Verfahren: Wissenschaftliche Originalliteratur u. Einschätzungen neutraler Stellen recherchieren!

1.1.6 Weiterbildungsziel Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin (Hausarzt/Hausärztin)

Weiterbildungsziel: Erlangung Facharztkompetenz Allgemeinmedizin (Hausarzt/Hausärztin) nach Ableistung vorgeschriebener Weiterbildungszeiten u. Weiterbildungsinhalte einschl. der gemeinsamen Inhalte für die im Gebiet enthaltenen Facharzt-/Schwerpunktcompetenzen u. des Weiterbildungskurses.

Weiterbildungszeit: 60 Mon. bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gem. § 5 Abs. 1 Satz 1, davon:

- 36 Mon. in der stat. internistischen Patientenversorgung, davon können bis zu 18 Mon. in den Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung (auch 3-Mon.-Abschnitte) angerechnet werden, die auch im amb. Bereich ableistbar sind, plus
- 24 Mon. Weiterbildung in der amb. hausärztl. Versorgung, davon können bis zu 6 Mon. in Chirurgie (auch 3-Mon.-Abschnitte) angerechnet werden, plus
- 80-Stunden-Kurs-Weiterbildung gem. § 4 Abs. 8 in Psychosomatischer Grundversorgung

(Auszug aus der Weiterbildungsordnung der ÄK Westf.-Lippe vom 9.4.2005, Fassung vom 29.11.2014).

1.2 Praxisorganisation

1.2.1 Allgemeines

Praxis-Ressourcen:

- Zuwendung zum Pat.
- Med. Wissen u. Können
- Rationelles Arbeiten

Möglichst reibungslose Arbeitsorganisation → Zeit u. innere Freiheit für die ersten beiden Punkte zu haben!

Notfälle, dringliche Hausbesuche, unvorhergesehen lange Konsultationen kommen regelmäßig häufig vor → Berücksichtigung in der Planung von Organisationsabläufen (Qualitätsmanagement ► 1.18).

1.2.2 Arbeitsorganisation

Arbeitsabläufe

- Bereiche mit hohem Patientendurchlauf (Empfang, Wartezimmer, Labor, technische Unters., Bestrahlung, Inhalation) streng von weniger frequentierten Bereichen trennen (eigentliche Sprechzimmer, bes. Unters. wie Rektoskopie, Ultraschall, Rö)
- Planbare Arbeitseinheiten bis in Einzelheiten festlegen (Arbeitsanweisungen im Sinne des Qualitätsmanagements, ► 1.18)
- Planbare Unters. (z. B. Ultraschall, Rekto- o. a. Endoskopien, EKG, Belastungs-EKG, Lufu, Allergietests, kleine Chirurgie, Früherkennungsunters.) **gebündelt** auf weniger frequentierte Zeiten legen: z. B. OP-Nachmittag, Sonografien vor Sprechstundenbeginn. Diab.- u. Asthmaschulungen am Spätnachmittag/Abend
- Möglichst feste Zeiten im Tagesablauf für regelmäßig wiederkehrende Tätigkeiten einplanen: Postdurchsicht, Laboreingänge, Telefonsprechstunde, Kommunikation mit Kollegen, Bearbeitung schriftlicher Anfragen, Atteste, Gutachten. Ein geregelter Zeitrahmen erleichtert auch Arbeit der MFA (► 1.2.3)

Telefonsprechstunde Kurzberatungen, z. B. Besprechung von Laborergebnissen. Ggf. Instrument zur Ersteinschätzung eines med. Problems („telemed. Triage“; ► Tab. 1.2):

Tab. 1.2 Algorithmus Telefonkonsultation		
Schritt	Inhalt	Beispiel
Administration (kann durch MFA erfolgen)	• Personalienerfassung • Erhebung der Problemstellung	• Frau M. S., 54 J. • Kreuzschmerzen seit 1 Wo.
Anamnese	• Akuter Beratungsanlass? • Dauer-, Medikamentenanamnese usw. • Ggf. Telestatus (s. o.)	• Seit 1 Wo. Schmerzen LWS, Auslöser? Ø Ausstrahlung, Intensität 5/10 • Art. Hypertonie bekannt, sonst gesund, insb. Ø KI gegen NSAR • Kniebeuge, Zehen- u. Fersenstand problemlos möglich
DD?	Symptomanalyse mögl. DD	Ø Hinweis auf Fraktur, Tumor, Inf., Radikulopathie
Disposition	• Dringlichkeit weiterer diagn./ther. Maßnahmen? • Prozedere?	• Arbeitsdiagnose: unkomplizierter Rückenschmerz • Selbstbehandlungsversuch
Diskussion	• Diskussion der Befunde, deren Interpretation u. mögl. Therapieoptionen mit dem Pat. (Was? Wann? Wo? Wie? Warum?) • Konkrete Empfehlungen	• Über spontanen Verlauf aufklären • Erklären, dass aktuell kein Bedarf für Bildgebung besteht • Empfehlung: in Bewegung bleiben • Analgetika bei Bedarf

Tab. 1.2 Algorithmus Telefonkonsultation (Forts.)

Schritt	Inhalt	Beispiel
Management	• Einleiten konkreter Maßnahmen (Überweisung, Analgetikaverordnung) • Terminierung Nachkontrolle, falls indiziert	• Rezept NSAR • Telef. Nachkontrolle nach 7–10 d
Zusammenfassung	• Zusammenfassung der besprochenen Punkte • Verständnisprüfung durch Rückfragen	
Abschluss	• Benennen von Alarmsympt. („Red Flags“), Verhaltenshinweise für den Fall einer Verschlechterung • Beenden des Gesprächs	Wieder melden bei Verschlechterung der Schmerzen, neuen Sympt., Ausstrahlungen, Fieber > 38,0 °C rektal, keiner Besserung unter Ther.

(nach: Blozik E, von Overbeck J, Schweizer Zentrum für Telemedizin Medgate, Basel, Schweiz; 2012)

- Sorgfältig strukturierte Anamnese (wann/wie dringlich?): Ist persönliche Arztkonsultation erforderlich?
- Empfehlung von Maßnahmen zur (einleitenden) Selbstbehandlung (bis zur evtl. erforderlichen persönlichen Arztkonsultation).



Ärztl. Schweigepflicht (Sicherstellung, dass es sich beim Gesprächspartner wirklich um den Pat. handelt!). Wann immer möglich, mit dem Pat. selbst sprechen; telefonische Auskünfte an Angehörige nur, wenn dies zweifelsfrei im Sinne des Pat. ist.

Deutsches Berufsrecht (§ 7 Abs. 4 Musterberufsordnung, Stand 2011): individuelle ärztl. Behandlung/Beratung nicht ausschl. über Print- u. Kommunikationsmedien erlaubt; auch bei telemed. Verfahren ist zu gewährleisten, dass ein Arzt den Pat. unmittelbar behandelt (gegensätzlich dazu sind in Nachbarländern, z. B. der Schweiz, ärztl. Beratungen außerhalb einer persönlichen Arzt-Pat.-Beziehung zulässig u. etabliert, z. B. Schweizer Zentrum für Telemedizin Medgate: ► 1.21). Algorithmus Telefonkonsultation ► Tab. 1.2.

Ergänzung der telefonischen Anamnese durch einfache Selbstuntersuchungsmaßnahmen durch den Pat. („Telestatus“), z. B.:

- RR-, Puls-, Fiebermessung
- Prüfung der Beweglichkeit (z. B. Rumpfbeuge), neurolog. Defizite (z. B. Zehen-, Fersenstand)
- Abdom. Druck-/Loslassschmerz

Offene Sprechstunde

Vorteil: wesentlich weniger Verwaltungsaufwand als mit Terminvergabe, Pat. fühlen sich nicht abgewiesen

Nachteil: Patientenströme nicht planbar, dadurch eher Unruhe u. Hektik. Ausnutzung personeller u. räumlicher Kapazitäten nicht gegeben! Wartezeiten nicht kalkulierbar!

Terminvergabe

Vorteil: erleichtert Ausnutzung personeller, räumlicher u. apparativer Kapazitäten. Pat. können mit kurzen Wartezeiten rechnen. Bes. geeignet für bestimmte Patientengruppen: Behinderte, Mütter mit Kindern, Berufstätige, psychisch Kranke etc.

Nachteil: Terminvereinbarungen binden eine MFA mehrere Stunden tägl. ans Telefon. Terminverwechslungen u. Notfälle führen trotzdem oft zu Verschiebungen u. längeren Wartezeiten. Hohe Anforderungen an Kommunikationsfähigkeiten des Praxispersonals!

1

- Bestellsystem mit Terminvergabe z. B. alle 10 Min. mit jedem 6. Termin als Puffer für Notfälle
- Für Berufstätige verlängerte Sprechzeiten anbieten („Dienstleistungsabend“)
- Terminplanung in Praxis-EDV flexibel einrichten: realistische Zeitwerte für apparative Unters., Kurzkonsultationen, Verbände, delegierbare Leistungen einplanen (► 1.2.3)
- Gem. Berufsrecht müssen „ausreichende“ Sprechstunden angekündigt u. durchgeführt werden. Alleinige Ankündigung „nach Vereinbarung“ nicht statthaft. Einzelheiten je nach KV unterschiedlich geregelt
- **Cave:** Termine haben außer bei schweren Notfällen immer Vorrang! Lange Wartezeiten trotz Terminvergabe führen auf längere Sicht unweigerlich dazu, dass Pat. sich nicht mehr an Bestellsystem halten!

Praxiseinrichtung Wenn bes. Patientengruppen die Praxis oft aufsuchen, Organisation u. Einrichtung auf diese einstellen:

- Behinderte: leichter Praxiszugang, Aufzug o. Treppenfahrrstuhl, behindertengerechte Toilette, Wartezimmerstühle mit geeigneter Sitzhöhe
- Mütter mit Kindern: gesonderte Spielecke, Spielzeug, kindgerechte Lektüre, kleine „Belohnungen“ für „tapferes“ Verhalten, ggf. Betreuung der Kinder durch Personal

Praxis-Info Informationsblatt für Pat. erstellen (Praxiswegweiser) mit Vorstellung der Mitarbeiter, Erläuterung Bestellsystem, Hinweis auf Terminvereinbarung für bestimmte Unters., Erwähnung von Praxisbesonderheiten (z. B. Psychother., sportmed. Unters., Beratungen für Tropenreisen, naturheilkundliche Behandlungen, Akupunktur), Hinweis auf IGeL-Angebote. Praxis-Infos bestellbar bei verschiedenen Anbietern; vielfach individuelle Gestaltung über Textbausteine möglich.

Weitere sinnvolle Informationsinstrumente: Internet-Homepage der Praxis, regelmäßige „Patientenbriefe“ zu aktuellen u./o. wichtigen Gesundheitsthemen (Versand o. Auslage zur Mitnahme).

EDV Ziele:

- Rationalisierung zeit- u. personalintensiver Praxisabläufe, z. B. Formulardruck, Textverarbeitung, Attesterstellung, Privat- u. Kassenabrechnung
- Verwaltung von Pat.-Stammdaten u. ärztl. Notizen
- Verordnungsmanagement u. Interaktionenüberprüfung (► 33.1.3)
- Verminderung von Schreib- u. Organisationsaufwand
- Übersichtliche Terminplanung
- Einsparung Platz u. Arbeitszeit durch elektronische Karteikarte; Archivierung externer Berichte (FA, KH, Atteste usw.)

- Dokumentationseinbindung apparativer Leistungen (Labor, EKG, Sono, Lufu) in elektronische Ablage
- Einbindung elektronischer Literatur, externer Programme (z. B. Arriba-Hausarzt)
- Erstellung von Medikamenten-, Diagnosen-, Leistungs- u. Umsatzstatistiken, Kontrolle von Medikamenten-, Labor- u. Leistungsbudget
- Recall-System
- Impfmanagement
- Elektronische Kommunikation mit anderen Leistungsanbietern (KH, Labor-datenübermittlung etc.)

Umgang mit EDV: gesamtes Praxispersonal extrem sorgfältig u. fortlaufend im Umgang mit EDV schulen. Bes. auf ständige Stammdatenpflege achten:

- Überprüfung Anschrift, Telefonnummer, Versichertennummer u. Versichererstatus bei jeder Vorlage der Versichertenkarte (bei Abrechnung entsteht andernfalls aufwendige manuelle Korrekturarbeit!)
- Sofortige Eingabe: Abrechnungsziffern, ICD-Diagnosecodierungen. Vollständigkeitskontrolle bzgl. Leistungserfassung mind. einmal tägl. im Tagesprotokoll
- Datenschutzvorschriften beachten: Zugang zu Patientendateien nur über Passwort; Sicherheit der Dokumentation u. der Archivierung (vgl. Patientenrechtegesetz)

Es gibt kein abs. absturzsicheres System. Grundsätzlich gilt: Je umfangreicher u. komfortabler das Programm, desto häufiger sind Bedienungs- o. Systemfehler. Auf guten Service achten: Hotline-Verfügbarkeit, Kundendienst in näherer Umgebung (Anfahrtszeiten!).



Tipps

- Datensicherung mind. 1 ×/d
- Sicherungsdatenträger außerhalb Praxis o. in feuerfestem Tresor lagern (Brand, Einbruch!)
- Updates (regelmäßige Servicelieferungen des Softwareherstellers) vor dem Wochenende o. am Beginn des praxisfreien Nachmittags installieren, da hierbei oft Probleme. Festplattenprüfläufe eher häufiger durchführen als vom Hersteller empfohlen
- Externe Datenträger nur nach vorheriger Virenprüfung anschließen
- Internetanbindung: verlässlicher Virenschutz u. Firewall o. zertifizierter Zugang über Konnektor/VPN. Alternativ: gesonderter Internet-Arbeitsplatz ohne physikalische Verbindung zur Praxis-EDV
- Wünschenswert: unabhängige zweite PC-Station (verhindert bei Hauptserver-Ausfall notfalls Unterbrechung praxisorganisatorischer Abläufe; regelmäßige Festplattenspiegelung)
- Auf leichte Zugänglichkeit BDT-Schnittstelle (BDT: **B**ehandlungs**d**aten**t**räger, KBV-Norm) achten (ermöglicht Übertragung von Patientendateien in anderes Programm bei Systemwechsel. Erleichtert Umsteigen bei Unzufriedenheit o. Geschäftsaufgabe des Softwarelieferanten)

Probleme beim Führen elektronischer Karteikarten:

- Hausbesuche: Formularausdrucke vorbereiten; MFA gibt HB-Befunde von Diktiergerät o. Notizen nach Rückkehr in Praxis-EDV ein. Alternativ: Einsatz von Laptop o. Tablet-PC (auf sichere VPN-Verbindung achten)
- Fremdbefunde: leichter Zugang zur Ablage eingescannter Fremdbefunde, Untersuchungsergebnisse von Karteikartenansicht aus. Für Pat. mit regelmäßigen Haus- o. Pflegeheimbesuchen ggf. Karteitasche mit Ausdrucken zur Mitnahme
- PC-Probleme: „Abstürze“ verhindern unvorhergesehen Zugang zur Patientenkartei. Abhilfe durch zweiten Server, s. Tipps

Müllvermeidung u. -entsorgung**Müllvermeidung:**

- Annahme von Werbebriefen, unaufgefordert zugesandten Zeitschriften u. a. Werbematerial verweigern o. diese unfrei an Absender zurückschicken
- Broschüren, „Fachinformationen“, Handzettel von Pharmavertretern zurückweisen, wenn sie nicht gelesen werden
- Soweit möglich u. med. vertretbar, Verzicht auf Einmalartikel u. Auswahl umweltverträglicher Produkte (bes. Reinigungs- u. Desinfektionsmittel). Konsequente Rückgabe von Verpackungen an Hersteller o. Lieferanten

Müllentsorgung: Gem. Verordnung werden Praxisabfälle in die Gruppen A–E eingeordnet (► Tab. 1.3):

Tab. 1.3 Gruppenzuordnung von Praxisabfällen	
Gruppe	Art des Abfalls
A	Hausmüll u. hausmüllähnliche Abfälle (z. B. Papier, Glas, Kunststoff, Küchenabfälle), desinfizierte Abfälle der Gruppe C
B	Mit Blut, Sekreten u. Exkreten kontaminierte Abfälle (Verbände, auch Gipsverbände, Einwegwäsche, Spritzen, Kanülen u. Ä.)
C	Infektiöse u. stark infektiöse Abfälle (mit Err. meldepflichtiger Erkr. kontaminierte Abfälle, mikrobiolog. Kulturen, z. B. auch Uricult-Röhrchen!)
D	Sondermüll wie Altmedikamente (v. a. Zytostatika, für Zytostatikaverabreichung benutzte Infusionssysteme u. Ä.), mineralische Abfälle, Batterien, Lampen, Laborabfälle (Chemikalien u. Reagenzien), Elektronikschrott
E	Aus ethischer Sicht gesondert zu behandelnde Abfälle: Körperteile, Organabfälle, gefüllte Blutflaschen/-beutel

Abfälle der Gruppen A u. B können mit Hausmüll entsorgt werden (auf verletzungssichere Verwahrung achten: Kanülen, Nadeln, Lanzetten, Skalpelle u. Klengen, Ampullenreste in bruch- u. durchstichsicheren Behältnissen). Praxiseigene Autoklavierung von Gruppe C vor Entsorgung im Hausmüll. Abfälle der Gruppe D: Schadstoffmobil, kommunale Sammelstellen (Wertstoffhöfe o. Ä.).

In Zweifelsfällen bzgl. Müllzuordnung in eigener Gemeinde: Bürgermeisteramt o. Amt für öffentliche Ordnung kontaktieren.

1.2.3 Medizinische Fachangestellte (MFA)

Früher: Arzthelferin (AH); zentrale Organisatorin u. Drehscheibe des Praxisgeschehens:

- Erste Ansprechpartnerin für Pat.
- Termin-Managerin
- Funktionsträgerin für alle Bereiche: Schreibtätigkeiten, Buchhaltung, Labor, technische Unters., Assistenz bei nicht delegierbaren ärztl. Leistungen
- Ausführende delegierbarer ärztl. Leistungen (s. u.)
- Ausbildende (bei Beschäftigung MFA-Auszubildender)
- Beteiligung bei Wahrnehmung von Sonderbereichen, z. B. Asthma- o. Diabeteschulung, DMP, Ernährungsberatung u. a.

Bei Beschäftigung mehrerer MFA: klare Regelung von Verantwortlichkeiten, Arbeitsbereichen, Informationsfluss untereinander. Jede MFA: Kenntnis aller Arbeitsbereiche, Beherrschung aller anfallenden Arbeitsgänge ist wichtige Voraussetzung (Urlaubsvertretung, Krankheit). Ggf. Wechsel der Arbeitsbereiche in 2-wöchentl. o. monatl. Turnus. Alternativ kurze „Hospitationen“ im jeweils anderen Arbeitsbereich.



Checklisten u. Handlungsleitlinien (Arbeitsanweisungen) für häufig wiederkehrende Arbeitseinheiten erstellen (spezielle Unters., Kontrolle HB-Tasche, Reinigungs-, Hygienepläne u. a.).

MFA-Arbeitsbereich kann durch Auswahl der Einzelbereiche aus ► Tab. 1.4 zusammengestellt werden.

Tab. 1.4 Funktionsbereiche der Medizinischen Fachangestellten (MFA)

Bereich	Funktion
Anmeldung/Empfang	• Empfang der Pat., Telefon • Vorbereitung Karteikarten vs. Aktivierung EDV-Pat.-Daten in EDV-Warteliste • Verteilung der Pat. auf Sprech-/Behandlungsräume • Terminplanung/Hausbesuche • Ausstellung von (Wiederholungs-)Rezepten, Überweisungen u. Ä. • Annahme u. Einlesen der eGK, Mahnung fehlender Karten • Dokumentation i. R. von DMPs • Buchhaltung, Rechnungs- u. Mahnwesen, Kontoführung, Schreibarbeiten, Korrespondenz
Technischer Bereich	• Blutentnahmen, kleines Labor • EKG, Belastungs-/Langzeit-EKG, Spirometrie, Langzeitblutdruckmessung • Infusionen, i. m. Inj., Impfungen vorbereiten • Physikalische Ther.
Chirurgie, Hygiene, Assistenz	• Verbände vorbereiten, Instrumente bereitlegen, Pat. vorbereiten • Instrumentensäuberung, -pflege, -sterilisation • Praxishygiene, Flächendesinf. • Organisation Praxisbedarf: Verbandsmaterial, Medikamente, Geräte, Diagnostika; Auffüllen der Bestände • Assistenz bei diagn. u. ther. Eingriffen

Tab. 1.4 Funktionsbereiche der Medizinischen Fachangestellten (MFA) (Forts.)

Bereich	Funktion
Praxis-EDV	• Softwareaktualisierung • Kommunikation mit Soft- u. Hardwarepartner • Laufende Anpassung der Praxissoftware an individuelle Bedürfnisse des eigenen Praxisalltags (z. B. Erstellen von Textbausteinen, Leistungsziffernketten u. Algorithmen zur Dokumentationserleichterung u. -standardisierung) • Abrechnung per EDV (EBM, HzV, DMP, GOÄ, iGeL) • Recall • Regelmäßige Statistikerstellungen zur Ökonomisierung der Praxisabläufe • Überwachung der korrekten ICD-Codierung
Ausbildung	Anleitung u. Überwachung der Auszubildenden, Kontrolle der Fertigkeiten, regelmäßige Besprechung mit a) Azubi, b) Arzt über Stand des Wissens, Lücken, Defizite o. Probleme in der Berufsschule, Qualitätssicherung

1

Bestimmung einer Erstkraft als Hauptverantwortliche häufig sinnvoll.

- Muster-Arbeitsvertrag sowie Manteltarifvertrag von zuständiger Ärztekammer erhältlich. **Cave:** Tarifliche Vergütung allein reicht oft nicht aus, Mitarbeiterinnen auf Dauer an Praxis zu binden. Zusätzliche Vergütungen, auch leistungs- o. praxisumsatzabhängig, im Vertrag fixieren!
- Für Belange der Ausbildung von MFA ist Ärztekammer zuständig (Adressen ► 34.3.1).
- Regelmäßige Teambesprechungen aller Mitarbeiter zur Verbesserung von Klima u. Informationsfluss (Protokoll zur Kontrolle der Umsetzung).

Delegierbare Leistungen Ausnahmen vom Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung durch den Arzt:

- Blutentnahmen
- Leistungen des (kleinen) Labors
- Technische Leistungen wie EKG-Ableitung, Lufu, Audiometrie, Anlegen von Langzeit-EKG o. -Blutdruckgerät
- Verbandwechsel, s. c. oder i. m. Inj., Impfungen
- Bestrahlungen, Inhalationen, Elektrother. u. Ä.
- DK-Wechsel
- Sonderleistungen, z. B. Schulungskurse für Pat. mit Diab., Asthma
- Zusatzqualifikationen für MFA in der Patientenbetreuung i. R. der Versorgung chronisch Kranker (z. B. Unterstützung bei Palliativversorgung, geriatrisches Assessment, Vermittlung von Unterstützung durch soziale Einrichtungen, Terminkoordination, Medikamentenkontrolle, auch i. R. von eigenständiger HB-Tätigkeit):
 - „AGnES zwei“ (KV Brandenburg, KV Mecklenburg-Vorpommern): arztentlastende, gemeindenahe, E-Health-gestützte systemische Intervention
 - EVA (KV Nordrhein, KV Westfalen-Lippe): entlastende Versorgungsassistentin

- VerAH (Deutscher Hausärzteverband): Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis
- NÄPA (Bundesärztekammer): nichtärztl. Praxisassistentin



- Arzt muss bei Delegation in „angemessener Zeit“ persönlich in der Praxis erreichbar sein
- MFA muss übertragene Tätigkeiten beherrschen, Arzt muss sich von sorgfältiger Ausführung überzeugt haben: Niemals blinde Delegation!
- Tätigkeiten mit hohem Risiko (z. B. Infusion, Durchführung von Belastungs-EKG) nicht o. nur unter unmittelbarer Aufsicht delegieren

1.2.4 Praxisvertreter, Assistent

Vertreter Sicherstellung vertragsärztl. Versorgung im Urlaubs- o. Krankheitsfall: mind. einen Vertreter benennen (Vertragsarzt in näherer Umgebung). Rechtzeitige Absprache notwendig.

Beschäftigung eines Vertreters in eigener Praxis: Bedingung ist gleiche FA-Bezeichnung wie zu vertretender Arzt, zumindest aber abgeschlossene Weiterbildung. Nur in Ausnahmefällen (z. B. plötzliche Erkr., kurzfristige Vertretung bis zu ≤ 1 Wo.) genügt allein (Voll-)Approbation. Beschäftigung eines Vertreters > 1 Wo. bei zuständiger KV anzeigen bzw. genehmigen lassen. Leistungen, die bes. Befähigung o. Genehmigung voraussetzen (z. B. Ultraschall): Gleiche Zusatzqualifikationen nachweisen.

Haftung bzgl. vertragsärztl. Tätigkeit (Wirtschaftlichkeit, Arzneiverordnung u. a.) bleibt i. d. R. bei dem Arzt, der sich vertreten lässt. Privatrechtliche Haftung für ärztl. Tätigkeit (Haftpflcht) liegt beim vertretenden Arzt.



Verweis auf Rettungsdienst o. KH zu Vertretungszwecken ist unzulässig!

Assistent Beschäftigung von Assistenten nur zulässig:

- Als Dauerassistent in Gebieten ohne Zulassungsbeschränkungen (Genehmigung vor dem 1.7.1997)
- Als angestellter Praxisarzt mit KV-Genehmigung
- Zur Sicherstellung der vertragsärztl. Versorgung (Entlastungsassistent), v. a. bei umfangreicher wissenschaftlicher o. berufs- u. a. politischer Tätigkeit („im öffentlichen Interesse“)
- Im Rahmen der Weiterbildung: Hier genügen Approbation o. Erlaubnis zur Berufsausübung gem. § 10 Bundesärzteordnung
- Bei Belegärzten zur Vertretung in der Praxis, wenn Belegarzt im Krankenhaus tätig ist



- Bei Anstellung eines Assistenten können Leistungsbeschränkungen wirksam werden, die vom Zulassungsausschuss der zuständigen KV beschlossen werden (s. Bedarfsplanungs-Richtlinie des GBA).
- Sofern Assistent – auch nur zeitweise – selbstständig arbeitet, müssen dieselben Qualifikationen wie beim Vertragsarzt vorhanden sein (Ausnahme: Arzt in Weiterbildung).

16.1 Allgemeines

Kinder in der Allgemeinarztpraxis

- Kinder sind keine kleinen Erwachsenen: Sie nehmen die Welt anders wahr, reagieren anders. Eltern bringen ihr erkranktes Kind oft auch zum HA. Allgemeinarzt sollte daher wichtigste Kindererkr. kennen. Bei Unsicherheiten pädiatrisch geschulten Kollegen hinzuziehen.
- Bei Kindern sind Beschwerden oft nicht eindeutig erfragbar. Unwohlsein wird z. B. gern in den Bauch projiziert. Geschulte Beobachtung u. gezielte Fragen an betreuende Personen daher unerlässlich (► 16.4.1).
- Schweregrad einer Erkr. erschwert einschätzbar. Kinder verfügen über hohe Kompensationsfähigkeit, dekompensieren andererseits überraschend schnell. Sgl., der nicht trinkt, o. KK, das sich nicht gegen Unters. wehrt, ist schwer krank (► 16.4.2)!
- Kinder verzeihen keine Lügen! Einmal verspieltes Vertrauen lässt sich kaum zurückgewinnen. Daher: Nichts versprechen, was sich nicht halten lässt; stets sagen, was geschieht, auch wenn es wehtut. Kinder dürfen weinen (► 16.4.3). Vermeidung dauerhaft angstbesetzter Arztbesuche: z. B. Impf-, Blutentnahmenvorbereitung mit EMLA®-Pflaster.

16.2 Wachstum und Entwicklung

16.2.1 Wachstumsgrößen

Mittlere Geburtsmaße: Gew. 3.300 g, Länge 50 cm, Kopfumfang 35 ± 2 cm. Gewichtsabnahme in ersten LT ca. 10 %, Ausgleich bis 10 d nach Geburt. Gew. mit 4½ Mon. verdoppelt (6,6 kg), mit 1 J. verdreifacht (10 kg). Während des 1. Lj. lässt Wachstumstempo allmählich nach, vom 3.–11. Lj. annähernd gleichbleibend (ca. 2½ kg, 6 cm pro J.). Folgender Pubertätswachstumsschub endet beim Mädchen mit ca. 16 J., beim Jungen mit 18 J., Epiphysenfugen sind dann geschlossen.

Somatogramm

- Wachstumsgrößen mit altersspez. Perzentile im Vorsorgeheft vergleichen. Einzelwerte nur begrenzt aussagekräftig (Eintrag bei jeder Vorsorgeunters.!).
- Verzögertes intrauterines Wachstum sonst gesunder Kinder (*small-for-date*) kann in ersten 2 Lj. aufgeholt werden. Danach entwickeln sich fast alle Kinder entlang ihrer eigenen Perzentile.
- Anteil übergewichtiger Kinder steigt. Einschätzung Übergewicht: BMI-Perzentilen AG Adipositas im Kindes- u. Jugendalter (► 16.16)

Diagnostik erforderlich

- < 3 . (► 16.5.8) bzw. > 97 . Perzentile
- > 2 Standardabweichungen von Altersperzentile
- Starke Abweichungen Wachstumsgrößen untereinander

33.1 Arzneimittelverordnung in der Hausarztpraxis

33.1.1 Allgemeines

Arzneimittel sind eine der wirkungsvollsten hausärztl. Therapien: Sie sollen rational, sicher u. zugleich wirtschaftlich verordnet werden. Praxen benötigen ein umfassendes Qualitätsmanagement (QM) für die Arzneimitteltherapie. Ziele: Qualitätsverbesserung, Fehlervermeidung.

Wichtige Aspekte:

- Medikamentenauswahl: rational, evidenzbasiert, wirtschaftlich, sicher
- Patientenbezogene Abläufe: Organisation rund um Rezepte standardisieren
- Medikamentenadhärenz: durch Information zur Kooperation
- Management von Spezialsituationen: bes. Arzneimittel, bes. Patientengruppen, Polymedikation
- Informationsmanagement rund um Arzneimittel: med. Fortschritt u. Fortbildung, Patienteninformationen über Pharmaka u. gesetzliche Regelungen
- Pharmakother. im Kontext veränderter Rahmenbedingungen: ärztl. Unabhängigkeit, Ther.- u. Patientensicherheit, ärztl. Haftung



Die rationale Arzneither. in der HA-Praxis soll von einer verantwortlichen Nutzen-/Risiko-Abwägung unter allg. Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit bestimmt sein: „*There are no safe drugs, there are only safe doctors.*“

33.1.2 Medikamentenauswahl

33

Eine gut überlegte Medikamentenvorauswahl („Interne Liste“, „Kleine Liste“, „Praxisliste“) ist wichtigster Schritte zur Medikamentensicherheit:

- Einsatz eines überschaubaren Arzneimittelsortiments (100–200 Medikamente), deren Wirkungen, UAW u. WW bekannt sind
- Vermeidung von Medikamenten, die gehäuft zu stat. Aufnahmen wg. Arzneimittelproblemen geführt haben (► 33.3); Alternativpräparate auswählen; z. B. Digitoxin statt Digoxin zur Vermeidung einer Kumulation bei Niereninsuff.
- Möglichst Generika (Vorsicht bei Schilddrüsenpräparaten: präparat-, nicht wirkstoffbezogene Wirksamkeit) u. Substanzen mit geringer ther. Breite (z. B. Cumarine)
- Verzicht auf unbegründeten Wechsel bekannter Wirkstoffe wg. Verlust wichtiger ther. Erfahrungen: Dosisanpassung oft ausreichend
- Ind. zur Arzneither. nicht durch spezielle Verordnungswünsche der Pat. bestimmen lassen (Furcht vor Patientenverlusten unbegründet), sondern Kommunikation mit Pat.
- Kenntnis der wichtigsten Risikoarzneistoffe u. deren WW: z. B. Antiarrhythmika, Antiepileptika, Antikoagulanzen, Digoxin, Glukokortikosteroide, Immunsuppressiva, Lithium, MAO-Hemmer, orale Kontrazeptiva, Theophyllin, Zytostatika
- Innovative Präparate auf dem Arzneimittelmarkt in den ersten Jahren nur zurückhaltend einsetzen, da viele UAW erst nach Neuzulassung bekannt werden. Auf jeden Fall bes. Aufmerksamkeit bzgl. UAW, WW! (► 33.2.1)
- Bei V. a. UAW: Meldung an AkdÄ

- Bei multimorbiden Senioren: Listen nach Beer, Priscus, FORTA u. Studien über potenziell inadäquate Medikamente (PIM, *potentially inappropriate medication*) beachten (► 33.3.4)
- Evidenzbasierte Medizin ist bester Schutz vor Regressen! (► 33.1.4)

33.1.3 Praxisabläufe rund um Rezepte

Ein Muss für jeden Hausarzt: Festlegung fehlervermeidender Abläufe bei der Rezeptierung.

Grundsätzlich sinnvoll:

- Standardabläufe, die das gesamte Team *und* die Pat. kennen u. die immer eingehalten werden; am besten: QM-Ablaufschema im Team festlegen
- Keine Blankorezepte, nur fertig Gedrucktes unterschreiben
- Keine Kürzel bei mündlichen Anordnungen an MFA wg. Verwechslungsgefahr
- Pat. bei Übergabe des Rezepts immer mit Namen ansprechen
- Nur sinnvolle Medikamentenmuster von Pharmavertretern annehmen; statt Hochglanzbroschüren: nach offiziellen Fachinfos fragen
- Möglichst Rezepte nur EDV-gestützt verordnen; nach Hausbesuchen nachtragen, falls Rückfragen o. Wirtschaftlichkeitsprüfung
- Schriftliche Einnahmeverordnung mit Datum für jeden Pat.; Differenzierung: Medikation durch den HA, durch andere Ärzte, Selbstmedikation, befristete zusätzliche Medikation, Bedarfsmedikation
- Bei jeder (!) Medikationsänderung: gesamte Einnahmeverordnung mit neuem Datum ausdrucken, alten Plan archivieren; ab 1.10.2016 bundeseinheitlicher Medikationsplan (www.akdae.de)
- Großdruck für Ältere; ggf. hinzuschreiben, für welchen Zweck die Tabletten sind



Beinahefehler u. Fehlersituationen rund um die Arzneimittelverordnung in Hausarztpraxen inkl. möglicher Lösungsansätze findet man unter: www.jeder-fehler-zaehlt.de.

33.1.4 Adhärenz in der Arzneitherapie

Die Anleitung zu möglichst guter Therapietreue ist eine uralte u. zugleich aktuelle Herausforderung für jeden Arzt. Gerade bei chron. Erkr. wie z. B. KHK u. rheumatischen Erkr. ist das langfristige Gesundheitsergebnis von konsequenter Einhaltung ärztl. Empfehlungen abhängig. Auch lebensnotwendige Medikamente werden von über 30 % der Pat. nicht regelmäßig eingenommen.

Medikamentenadhärenz Hinweis: Der Begriff „Compliance“ besitzt eine negative Bedeutung, wonach die Verantwortung für den Therapieerfolg einseitig beim Pat. liegt, daher heute den Begriff „Adhärenz“ verwenden, ► 1.8.2.

Def.: Einhaltung der gemeinsam von Pat. u. Arzt festgesetzten Therapieziele.

Diese modernere Sicht fokussiert auf:

- Individuelle Bedürfnisse des Pat.
- Faktoren, die es dem Pat. erschweren, das Therapieziel zu erreichen

- Maßnahmen, durch die Ärzte u. Versorgungsstrukturen den Pat. bei einer langfristigen Medikamenteneinnahme unterstützen können

Fünf Dimensionen der Adhärenz (nach WHO 2003):

1. Sozioökonomische Faktoren: hohe Selbstbehalte bei Privatversicherten, mangelnde Information über Unterstützungsmöglichkeiten für chron. Kranke
2. Patientenabhängige Faktoren:
 - a. Fehlender Leidensdruck: Diskrepanz zwischen der subjektiven Einschätzung der Schwere der Erkr. (z. B. Hypertonus) u. dem objektiven Befund
 - b. Abschreckende Wirkung des Beipackzettels: Angst vor UAW u. Medikamentenabhängigkeit
 - c. Emotionale Faktoren: neg. Arztbild, autoritäre Patientenführung, fehlende Empathie
3. Krankheitsbedingte Faktoren: kognitive Einschränkungen, z. B. bei geriatrischen Pat.
4. Therapiebedingte Faktoren: verzögerter Wirkungseintritt der Medikation (bei Retardpräp. gewünscht, Info an Pat.!); reduzierte Lebensqualität durch vorhandene UAW
5. Gesundheitssystem- u. therapeutenabhängige Faktoren: häufige Änderungen der Medikation (z. B. durch Mitbehandler); Erklärung der Medikation unverständlich (z. B. Fachjargon), zu komplizierte Dosierungsschemata, fehlende schriftliche Einnahmeverordnung, Missverständnisse; mangelnde Prioritätensetzung mit zu vielen Medikamenten (Polypragmasie); Verunsicherung des Pat. durch Angehörige, Heilpraktiker, Medien; fehlender Recall zur gezielten Verlaufsbeobachtung des Pat.

Strategien zur Förderung der Medikamentenadhärenz

1. Aufmerksam für mögliche Adhärenzprobleme sein! Informationen über Wirkung mit pos. Formulierungen („bietet Schutz für Ihre Nieren“); pos. Verstärkung von gewünschtem Verhalten; Einnahmeberatung (z. B. Medikation an Zahnputzbecher); regelmäßig nach UAW u. Verträglichkeit fragen: Auch leichte Beschwerden ernst nehmen! Vorteil aufzeigen, wenn HA die Gesamtmedikation inkl. der Selbstmedikation überblickt
2. Informationen über Risiken der Erkr. (z. B. unbehandelte Hypertonie kann zu Demenz führen)
3. Therapievereinfachungen: angenehmes Einnahmeregime (lang wirkende Medikamente, sinnvolle Kombinationspräparate). Bei Multimorbiden: Prioritäten setzen (weniger ist oft mehr!)
4. Organisationshilfen inkl. Remindersysteme: Telefonerinnerungen, Erinnerungssysteme, Recall (Patientensicht: „Meine Behandlung ist meinem Arzt wichtig!“); Wochendispenser o. Fertigblister; wenn nötig: Pflegeverordnung zur Medikamentengabe
5. Monitoring: Möglichkeiten zum Selbstmonitoring, z. B. RR-Selbstmessungen; Telemonitoring; Videomonitoring durch Arzt zur Medikationsanpassung, z.B. bei M. Parkinson.
6. Direkt beobachtete Einnahme: Methadonprogramme

33.1.5 Arzneimittelverordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): wichtige Begriffe von A bis Z

Hausärzte sind die wichtigsten Verordner des Systems. Gemeinsam mit haus- u. fachärztl. Internisten verantworten sie über 70 % aller Medikamentenverordnungen. Da die Kosten für Arzneimittel heute der zweitgrößte Posten im Gesundheitswesen sind, ist es nicht verwunderlich, dass der Gesetzgeber u. andere Steuerungsverantwortliche unter dem Gebot der Wirtschaftlichkeit diverse Steuerungsinstrumente nutzen.

Rund um Arzneimittel, Arzneimittelmarkt u. Kostensteuerung ist eine Reihe von Fachbegriffen u. Regelungen etabliert. Auch einige private Krankenversicherungen orientieren sich in Bezug auf die medikamentöse Verordnungsweise an den folgenden gesetzlichen Bestimmungen: Sozialgesetzbuch (SGB) V, Arzneimittelrichtlinien, Bundesmantelvertrag, Prüfvereinbarungen zwischen KK-Verbänden u. KVen, Berufsordnung: § 24 Meldung von UAW.

Arzneimittelrichtlinien Zusammenfassung aller rechtlichen Vorgaben zur Verordnungs- u. Erstattungsfähigkeit rezeptpflichtiger Arzneimitteln in der GKV; beinhaltet u. a. den Ausschluss der Verordnung sog. Bagatell-Arzneimittel für Erwachsene, z. B. bei Husten, Erkältungskrankheiten u. grippalen Infekten.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) verabschiedet Therapiehinweise zu einzelnen Wirkstoffen. Sie enthalten eine Nutzenbewertung der Arzneistoffe u. die aktuelle Studienlage (www.g-ba.de), die bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen relevant sind.

Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft Die AkdÄ erstellt Leitlinien zu verschiedenen Behandlungsbereichen (www.akdae.de), deren Beachtung in den Arzneimittelrichtlinien empfohlen wird. Leitlinien von Fachgesellschaften sind keine verbindliche Vorgabe für die Behandlung in der GKV (www.awmf.org). Die AkdÄ ist neben dem Bundesinstitut für Arzneimittel u. Medizinprodukte (BfArM) eine Meldestelle für UAW, pflegt entsprechende Datenbanken u. gibt Auskünfte z. B. zur Häufigkeit von UAWs.

„Aut-idem“-Regelung Schließt der Arzt auf dem Rezept (► 1.3.5) die Substitution eines verordneten Arzneimittels nicht aus, darf der Apotheker ein kostengünstiges, wirkstoffgleiches Arzneimittel herausgeben. Bei klin.-pharmakolog. problematischen Arzneimitteln (z. B. bei Phenytoin, Cumarine, SD-Präparate) gilt die Substitutions-Ausschlussliste (Anlage VII Arzneimittel-Richtlinie, Teil B).

Ausgeschlossene Arznei-, Heil- u. Hilfsmittel (§ 34 SGB V) Per Gesetz von der Verordnung zulasten der GKV ausgeschlossen sind:

- Sog. unwirtschaftliche Arzneimittel, deren ther. Nutzen nicht nachgewiesen ist (sog. erweiterte Negativliste).
- Arzneimittel für bestimmte Ind., z. B. Mittel gegen Erkältungen, Mund-Rachen-Therapeutika, Abführmittel, Mittel gegen Reisekrankheit, sog. Lifestyle-Präparate (s. u.).

Verantwortlich ist der G-BA (www.g-ba.de), Veröffentlichung erfolgt im Bundesanzeiger. Arzneimittel für solche Ind. können nur auf Privatrezept o. sog. grünem Rezept verordnet werden (www.g-ba.de/informationen/richtlinien/anlage/17/).

„Chroniker“-Regelung Nach § 62 SGB V erhalten gesetzlich Versicherte die Zuzahlungen von ihrer KK erstattet, wenn diese 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt übersteigen. Auf Antrag: Chron. Erkrankte erhalten die Befreiung von der Zuzahlung bereits bei Überschreiten der Belastungsgrenze von 1 %; sog. Chroniker-Bescheinigung: Arzt muss dokumentieren, dass Pat. in den vergangenen 4 Quartalen wg. derselben chron. Erkr. in Behandlung war.



Wenn ein chron. Erkrankter z. B. wg. Umzugs neu in der Praxis ist, dann das Formular mit einem entsprechenden Hinweis versehen; ggf. muss der Versicherte vom Vorbehandler die entsprechende Zeit auf einem zweiten Formular dokumentieren lassen. Erfahrungsgemäß wird dies von den KK anerkannt.

Festbeträge für Arznei- und Verbandmittel (SGB V § 35) Festgelegte Höchstbeträge der Erstattungsfähigkeit für bestimmte Gruppen von Arzneimitteln. Bei Verordnung von Medikamenten oberhalb des Festbetrags muss der Versicherte die verbleibende Preisdifferenz zusätzlich zur gesetzlichen Zuzahlung bezahlen.

Importarzneimittel ohne Zulassung Die GKVn sind nicht verpflichtet, Arzneimittel ohne deutsche o. EU-weite Zulassung zu erstatten. Ausnahme: Mittel zur Behandlung seltener Erkrankungen, bei denen eine systematische Erforschung ausscheidet. Dann Sonderanträge über KK notwendig.

Lifestyle-Präparate Hierunter fallen z. B. Potenzmittel, Raucherentwöhnungs- u. Abmagerungsmittel; werden nicht von den gesetzlichen KK erstattet.

„Me-too“-Präparate (Analogpräparate) Patentgeschützte Fertigarzneimittel mit keinem o. nur marginalen Unterschieden zu bereits eingeführten Präparaten. Sie sind i. d. R. deutlich teurer als die pharmakolog.-ther. gleichwertigen, oft bereits als Generika erhältlichen Alternativen. Durch gezielte Bewerbung marginaler Unterschiede wird versucht, einen Markt für ein solches Nachahmerprodukt zu kreieren. Nach einem Urteil des Bundessozialgerichts aus dem Jahr 2006 ist bei zwei gleichwertigen Alternativen die preisgünstigere zu bevorzugen. Sonderregelungen können durch Rabattverträge zwischen Herstellern u. KK vereinbart werden. In einigen KV-Regionen sind Me-too-Quoten Teil der Arzneimittelvereinbarungen; wichtig: bei jeweiliger KV erkundigen.

Off-Label-Use Arzneimittel dürfen nur in zugelassenen Ind. zulasten der GKV verordnet werden. Ausnahme: fehlende Alternative bei lebensbedrohlichen Erkr. Grundsätzlich kann der Arzt auf eigene Verantwortung ein Arzneimittel für eine Ther. einsetzen, für die es nicht zugelassen ist. Eine Kostenübernahmepflicht der GKV besteht jedoch nicht. Aus haftungsrechtlichen Gründen muss der Arzt den Pat. ausführlich über den Off-Label-Use informieren, dies gut dokumentieren u. – am besten – auch vom Pat. unterschreiben lassen. Wichtig: Das gilt auch für Impfstoffe!

OTC-Ausnahme-Liste OTC-Produkte (engl. *over the counter*) sind nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die vom Pat. ohne Rezept gekauft werden können u. von den KK nicht erstattet werden (§ 34 SGB V). Ausnahmen: Kinder < 12 J. o. Jgl. mit Entwicklungsstörungen bis zum 18. Lj.

Der G-BA erstellt die OTC-Ausnahme-Liste mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, die bei Erw. für spezielle Ind. von den GKV erstattet werden (z. B. Abführmittel bei Opioid-Ther.).

Diese Liste ist abschließend u. lässt dem Arzt keinen Ermessensspielraum (www.g-ba.de/informationen/richtlinien/anlage/17/).

Rabattverträge (§ 130c SGB V) Die gesetzlichen KK o. ihre Verbände können mit pharmazeutischen Unternehmern (zusätzlich zu den gesetzlich festgelegten Abschlägen) Rabatte vereinbaren. Dabei können ein jährliches Umsatzvolumen sowie Abstaffelungen vereinbart werden. Für die Apotheken besteht eine Substitu-

tionspflicht, außer wenn der Arzt „Aut idem“ ankreuzt. Fragen der Arzthaftung ► 33.5.1.

Reimportarzneimittel und Importarzneimittel Sind vom Gesetzgeber gewollt, wenn der Verkaufspreis nachweislich unter dem vergleichbaren inländischen Präparat liegt.

- Reimportarzneimittel: in D hergestellte Arzneimittel, die zunächst exportiert u. dann kostengünstig reimportiert werden. Die Ausgabenminderung ergibt sich durch unterschiedliche Kosten für dieselben Arzneimittel in verschiedenen (europäischen) Ländern.
- Importarzneimittel: Herstellung im Ausland, z. B. bei Töchtern deutscher Pharmaunternehmen. Spezialisierte Importeure: z. B. Kohl-Pharma, MTK-Pharma.

Wirtschaftlichkeitsprüfung und Regress Der niedergelassene Arzt unterliegt bei der Arzneimittelverordnung dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V: Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig u. wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Für die Wirtschaftlichkeit einer Arzneimittelverordnung ist jedoch vor dem Preis der ther. Nutzen entscheidend. Die wirtschaftliche Verordnungsweise wird von KV u. gesetzlichen KK kontrolliert.



Wirtschaftliche Verordnungsweise (neu) zugelassener Arzneimittel

Arzneimittelinformationsdienst (AIS): Sinnvolle Nutzen-Risiko-Bewertungen veröffentlicht die KBV: www.kbv.de/ais/12905.html. Orientierung an diesen Empfehlungen ist sinnvoll zur Therapiesicherheit u. Regressvermeidung.

Es gibt zwei Arten der arztbezogenen Wirtschaftlichkeitsprüfung (§ 106 SGB V):

1. Prüfung ärztl. verordneter Leistungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina nach § 84 (Auffälligkeitsprüfung)
2. Prüfung ärztlicher u. ärztlich verordneter Leistungen auf Grundlage von arzt- u. versichertenbezogenen Stichproben; diese umfassen mind. 2% der Ärzte je Quartal (Zufälligkeitsprüfung).

KVen u. die Landesverbände der KK u. Ersatzkassen beschließen gemeinsam u. einheitlich entsprechende Arzneimittelvereinbarungen. In den regionalen Vereinbarungen werden auch Kriterien für Wirtschaftlichkeitsprüfungen u. Regresse festgelegt. Es ist üblich, dass bei geringeren Überschreitungen zunächst Beratungen stattfinden („Beratung vor Bestrafung“). Auf jeden Fall ist es im Fall eines Regresses hilfreich, Besonderheiten der Praxis darzustellen, die die Abweichung vom Durchschnitt begründen (► Tab. 33.1). Tipp: Lokale Regelungen bei zuständiger KV anfragen.



Auch Blut- u. Harnteststreifen, künstliche Ernährung u. Verbandsmittel fallen unter die Arzneimittelkosten. Mischrezepte, auf denen sowohl Arzneimittel als auch Hilfsmittel verordnet werden, sind nicht zulässig.

Tab. 33.1 Praxisbesonderheiten

Praxisbesonderheiten*	Ja	Nein
Vermehrte Betreuung von Pat. in Alten- u. Pflegeheimen	x	
Große Zahl amb. Operationen	x	
Hoher Anteil chron./schwer Erkrankter	x	
Altersstruktur (sehr alte multimorbide Pat.)	x	
Kleine Fallzahl		x
Erhöhter Rentneranteil**		x
Anfängerpraxis		x
Hoher Anteil neuer Pat.		x
Vermehrte Auftrags-/Überweisungsleistungen		x
Gemeinschaftspraxis		x
Weiterbildungsassistent		x
Besonderheiten in der Praxisführung (Samstagssprechstunde, kein Urlaub)		x
Vermehrte Notdienste		x
Lage der Praxis		x
Hoher Ausländeranteil		x
Besondere Praxisausstattung (insb. apparativ)		x
Zusatzbezeichnung		x

* Von der Rechtsprechung tendenziell anerkannt o. nicht anerkannt. Entscheidend ist die individuelle konkrete Situation.

** Die Werte sind „rentnergewichtet“, d. h., der Durchschnittswert der Fachgruppe berücksichtigt den Rentneranteil des Arztes.

33

Zuzahlungspflicht bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln Zuzahlungspflichtig sind alle Pflicht- u. Familienversicherte, die das 18. Lj. vollendet haben. Außer bei Kindern < 18 J. gibt es keine Ausnahme von der Zuzahlungspflicht. Die Höhe der Zuzahlung für Arznei-, Verband- u. Hilfsmittel beträgt 10 % des Preises, höchstens € 10, mind. € 5. Bei Kosten des Arzneimittels < € 5 gilt der tatsächliche Preis (§§ 31, 61 SGB V).

33.2 Praxisrelevante Hinweise zu Arzneimitteln

33.2.1 Pharmakovigilanz und Arzneimittelsteuerung

Pharmakovigilanz

Überwachung der Arzneimittelsicherheit ausgehend von der klin. Entwicklung eines Arzneimittels bis zur fortlaufenden Anwendungskontrolle nach der Zulassung. Gemäß WHO-Def. beinhaltet sie auch das Risikomanagement, die Vorbeu-

Erhältlich in jeder Buchhandlung
oder im Elsevier Webshop



Irrtümer und Preisänderungen vorbehalten. 04/2017

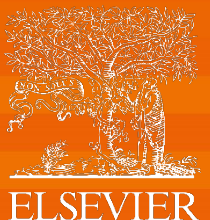
Praxisleitfaden Allgemeinmedizin

2017. 1.741 S., 220 farb. Abb., 383 farb. Tab.

ISBN: 978-3-437-22447-8

€ [D] 74,99 / € [A] 77,10

Empowering Knowledge



ELSEVIER

Gesenhues, Stefan / Gesenhues, Anne

Praxisleitfaden Allgemeinmedizin

1808 Seiten, kart.
erscheint 2020

[Jetzt kaufen](#)



Mehr Bücher zu Homöopathie, Alternativmedizin und gesunder Lebensweise www.narayana-verlag.de