



allgemeinmedizinwelt.de

S. Gesenhues A. Gesenhues B. Weltermann

Praxisleitfaden Allgemeinmedizin

Leseprobe

8. Auflage

HAUSARZT

SPEZIALIST FÜR DEN
GANZEN MENSCHEN

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 Schwangerenbetreuung 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 Spondarthritis 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 Geriatrie 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 Psychogeriatrische 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

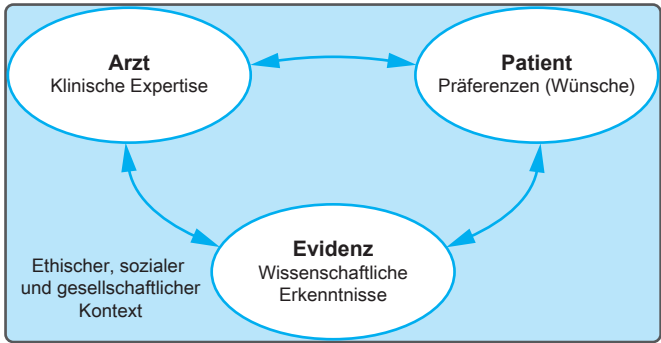


Abb. 1.1 Evidenzbasierte Entscheidungen in der Medizin (nach David Sackett) [L157]

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.**

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, Reкто- 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)	<ul style="list-style-type: none"> • Personalienerfassung • Erhebung der Problemstellung 	<ul style="list-style-type: none"> • Frau M. S., 54 J. • Kreuzschmerzen seit 1 Wo.
Anamnese	<ul style="list-style-type: none"> • Akuter Beratungsanlass? • Dauer-, Medikamentenanamnese usw. • Ggf. Telestatus (s. o.) 	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • Dringlichkeit weiterer diagn./ther. Maßnahmen? • Prozedere? 	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsdiagnose: unkomplizierter Rückenschmerz • Selbstbehandlungsversuch
Diskussion	<ul style="list-style-type: none"> • Diskussion der Befunde, deren Interpretation u. mögl. Therapieoptionen mit dem Pat. (Was? Wann? Wo? Wie? Warum?) • Konkrete Empfehlungen 	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • Einleiten konkreter Maßnahmen (Überweisung, Analgetikaverordnung) • Terminierung Nachkontrolle, falls indiziert 	<ul style="list-style-type: none"> • Rezept NSAR • Telef. Nachkontrolle nach 7–10 d
Zusammenfassung	<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenfassung der besprochenen Punkte • Verständnisprüfung durch Rückfragen 	
Abschluss	<ul style="list-style-type: none"> • 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!

- 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., sport-med. 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 x/d
- Sicherungsdenträger 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.)
- Auszubildende (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	<ul style="list-style-type: none"> • 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, Schreibearbeiten, Korrespondenz
Technischer Bereich	<ul style="list-style-type: none"> • Blutentnahmen, kleines Labor • EKG, Belastungs-/Langzeit-EKG, Spirometrie, Langzeitblutdruckmessung • Infusionen, i. m. Inj., Impfungen vorbereiten • Physikalische Ther.
Chirurgie, Hygiene, Assistenz	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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

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, gemeindenahе, 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 (Haftpflicht) 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, dekomensieren andererseits überraschend schnell. Sgl., der nicht trinkt, o. KK, das sich nicht gegen Untere 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-, Blutentnahmevorbereitung 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

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 Unternehmen (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 zuständigen 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.

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 (Samstagsprechstunde, 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.

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).

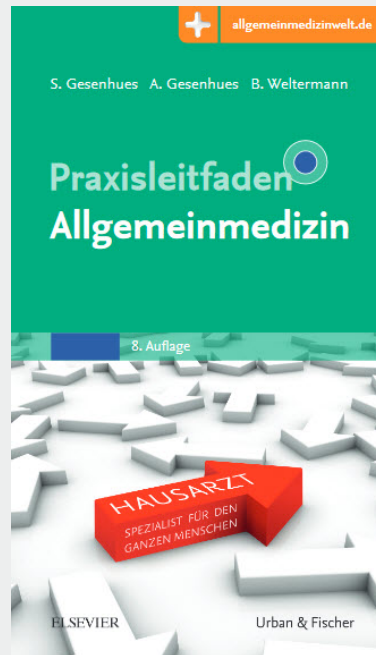
33.2 Praxisrelevante Hinweise zu Arzneimitteln

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 Ihrer Buchhandlung



Termin- und Kostendruck? Therapieren nach aktuellen Leitlinien? Der Praxisleitfaden Allgemeinmedizin zeigt Ihnen, wie Sie noch effizienter, kompetenter und evidenzbasiert arbeiten:

- Alle allgemeinmedizinisch wichtigen Themen in einem Band
- Direkt umsetzbar in die tägliche Praxis
- Maximal kompakt, maximal übersichtlich

Seit Jahren der bewährte Klassiker - jetzt komplett überarbeitet und aktualisiert!

Neu in der 8. Auflage:

- Strukturierter Leitsymptomwegweiser im Umschlag – ideal zum schnellen Nachschlagen
- Sorgfältige Aktualisierung sämtlicher Kapitel in Anlehnung an die aktuellen Leitlinien
- Umfassend überarbeitet: Pädiatrie, Schmerztherapie, Arbeits- und Sozialmedizin

Praxisleitfaden Allgemeinmedizin – das ideale Nachschlagewerk für jeden Facharzt für Allgemeinmedizin und zur Vorbereitung auf die Facharztprüfung.

Mit dem Kauf des Buches haben Sie zeitlich begrenzten kostenfreien Zugang* zur Online-Version des Titels auf „Elsevier-Medizinwelten“.

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

