



# Freiburger Heft

Begleitheft zum Blockpraktikum



Impressum

Institut für Allgemeinmedizin

Elsässer Str. 2m

79110 Freiburg

Telefon +49 (0) 761 270-72490

Telefax +49 (0) 761 270-72480

Ausgabe 7.1, August 2024

Redaktion (verantw.): Universitätsklinikum Freiburg – Institut für Allgemeinmedizin

## Inhaltsverzeichnis

Ziele des Blockpraktikums .....	4
Aufbau des Blockpraktikums .....	4
Einleitender Theorietag .....	4
Praxisphase.....	5
Abschließender Theorietag .....	6
Voraussetzungen für den Erhalt der Leistungsnachweise .....	6
Zeitplan.....	7
Einführung in die Allgemeinmedizin .....	8
Hausarzt*innen – verstehen, behandeln und begleiten .....	11
Abwendbar gefährliche Verläufe (AGV) .....	12
red flags .....	12
Abwartendes Offenhalten .....	12
„Erlebte Anamnese“ .....	13
Patientenzentrierte Konsultation.....	14
Betreuung chronisch Kranker und Multimorbider .....	18
Zur Begrifflichkeit: „chronische Erkrankung“ und „Multimorbidität“ .....	19
Chronische Erkrankungen in Deutschland .....	19
Die ökonomischen Dimensionen und die Rolle präventiver Maßnahmen .....	20
Die hausärztliche Betreuung chronisch Kranker .....	21
Interprofessionelle Zusammenarbeit.....	21
Die Bedeutung des Chronisch-Krankseins für Patient*innen und ihr familiäres Umfeld .....	22
Arzneimitteltherapie .....	26
Pharmakotherapie in der hausärztlichen Praxis.....	27
Verschreiben oder Weglassen? – Strategien zum rationalen Verordnen.....	29
Polypharmazie und Multimorbidität .....	30
Die wirtschaftlichen Dimensionen der Pharmakotherapie .....	32
Wie stelle ich ein Rezept aus? .....	33
Spezielle Rezepte.....	35
Palliativmedizin - Betreuung unheilbar Kranker und Sterbender .....	39
Die Bedeutung palliativer Erkrankungen für die Patient*innen und deren Angehörige .....	40
Versorgung und Kommunikation mit unheilbar Kranken .....	41
Versorgungsstrukturen für Palliativpatient*innen.....	43
Palliativmedizinische hausärztliche Tätigkeit .....	44
Ethische und juristische Fragen in der Palliativversorgung.....	47

Rahmenbedingungen der vertragsärztlichen Versorgung .....	49
Ärztliche Selbstverwaltung .....	50
Besonderheiten und Finanzierung der vertragsärztlichen Arbeit .....	54
Gesetzliche Krankenversicherung .....	54
Private Krankenversicherung .....	56
Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL).....	56
Hausärzte in der vertragsärztlichen Versorgung.....	57
Berufsbild im Wandel und zukünftige Herausforderungen .....	57
„Unternehmen hausärztliche Praxis“ .....	58
Abrechnung ärztlicher Leistung.....	59
Konflikte zwischen ökonomischem und ärztlichem Handeln.....	62
Aspekte des deutschen Gesundheitswesens .....	62
Der öffentliche Gesundheitsdienst .....	62
Krankenhaushierarchien .....	63
Geldquellen hausärztlicher Praxen .....	63
Körperschaften I und II .....	63
GKV und PKV.....	63
Patientensicherheit und Fehlermanagement .....	65
Häufigkeit auftretender Fehler.....	66
Ursachen von kritischen Ereignissen und Patientenschäden.....	67
Wie kann man Fehlern vorbeugen? Sicherheitskultur etablieren .....	68
Lernen aus kritischen Ereignissen .....	69
Continuous medical education (CME) .....	69
Qualitätsmanagement (QM) .....	70
Umgang mit Fehlern.....	71
Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern .....	72
Lernziele für die Praxiszeit.....	75
Listen wichtiger Erkrankungen in der Allgemeinmedizin .....	79
GLOSSAR # .....	80



Liebe Studierende,

wir begrüßen Sie zum Blockpraktikum der Allgemeinmedizin. Dieses Heft soll Ihr Praktikum sinnvoll begleiten und ergänzen.

Falls Sie Fragen haben, wenden Sie sich gerne an das Institut für Allgemeinmedizin.

Wir wünschen Ihnen einen erfolgreichen Verlauf des Praktikums.

## **Kontakt**

### **2. Studienabschnitt**

Herr Vitalii Minin

Telefon: +49 761 270-72492

[vitalii.minin@uniklinik-freiburg.de](mailto:vitalii.minin@uniklinik-freiburg.de)

### **Administration**

Frau Stephanie Freitag

Telefon: +49 761 270-72490

[stephanie.freitag@uniklinik-freiburg.de](mailto:stephanie.freitag@uniklinik-freiburg.de)

Frau Lisa Dischinger

Telefon: +49 761 270-72971

[lisa.dischinger@uniklinik-freiburg.de](mailto:lisa.dischinger@uniklinik-freiburg.de)

Der Unterricht im Fach Allgemeinmedizin findet in Form eines dreiwöchigen Blockpraktikums statt. Die Seminare und Übungen werden von Lehrbeauftragt\*innen für Allgemeinmedizin und Mitarbeiter\*innen des Instituts für Allgemeinmedizin durchgeführt. Für die Praxishospitation stehen speziell geschulte und akkreditierte Lehrpraxen zur Verfügung.

## Ziele des Blockpraktikums

Sie haben Ihre klinische Ausbildung bislang im Wesentlichen am Universitätsklinikum oder in anderen stationären Einrichtungen erfahren. Dabei haben Sie im Regelfall ein hoch ausgelesenes Patientenkollektiv gesehen, das weniger als 1 % aller Menschen umfasst, die medizinische Hilfe in Anspruch nehmen. Im Gegensatz dazu werden Ihnen in einer hausärztlichen Praxis im Laufe eines Arbeitstages Patient\*innen begegnen, deren Beschwerden den verschiedensten Fachgebieten zugeordnet werden können. Einige leiden unter banalen Beschwerden, andere sind schwerkrank. Außerdem werden Ihnen Gesunde begegnen, die die Praxis für eine Impfung oder eine Vorsorgeuntersuchung aufsuchen.

Während Ihres Blockpraktikums sollen Sie die verschiedenen Funktionen und Aufgaben der Allgemeinmedizin sowie die damit verbundene spezielle Arbeitsmethodik kennenlernen. Beachten Sie bitte unbedingt die Lernziele für die Praxiszeit ab Seite 77.

## Aufbau des Blockpraktikums

Das Blockpraktikum (BP) Allgemeinmedizin besteht aus theoretisch/praktischem Unterricht am Campus (Theorietage), Online-Seminaren mit einem zu bearbeitenden Lernportfolio und einer zweiwöchigen, hausärztlichen Tätigkeit in einer unserer Lehrpraxen (Praxisphase).

### Einleitender Theorietag

Der einleitende Theorietag in Form von Fallorientiertem Lernen (FOL) in Kleingruppen (entweder am Dienstag oder Mittwoch) bildet die theoretische Grundlage für die anschließende Ausbildung in den hausärztlichen Praxen.

Die Online-Seminarthemen auf medicAL sollen Ihnen einen Einblick in das Grundverständnis unseres Faches geben, Ihnen typische Vorgehensweisen und Tätigkeitsfelder näherbringen und Sie mit den Besonderheiten der Primärversorgung vertraut machen. Sie sind in diesem Begleitheft schriftlich gearbeitet.

Darüber hinaus stellen wir Ihnen auf medicAL relevante Lerninhalte in Form von Videos und Literatur zur Verfügung, welche Sie an dem „freien“ Tag und begleitend zu Ihrer Zeit in der Praxis im Selbststudium bearbeiten sollen.

Für das Fallorientierte Lernen (FOL) in Kleingruppen an den einleitenden Tagen haben wir für Sie fünf der häufigen akuten Beratungsanlässe hausärztlicher Praxen aufbereitet:

**Kreuzschmerz – Bauchschmerz – Dyspnoe – auffällige Stimmungslage – Hautausschlag**

Auf theoretische Hintergrundinformationen zu diesen Beratungsanlässen müssen wir an dieser Stelle verzichten, da die Ergebnisse der Kleingruppenarbeit damit zumindest z. T. schon vorweggenommen wären. Die Dozierenden werden mit Ihnen während der Gruppenarbeit vorhandenes Vorwissen aktivieren und die Patientenprobleme mit Ihnen gemeinsam einer evidenzbasierten Lösung zuführen. Diese Einheiten in Form des Fallorientierten Lernens haben übrigens nicht zum Ziel, Ihnen unendlich viel Detailwissen zu den verschiedenen zur Diskussion stehenden Krankheitsbildern zu vermitteln. Vielmehr möchten wir Ihre Kompetenzen fördern, theoretisches Wissen in handlungsorientierte Bahnen zu lenken.

### Praxisphase

Anhand der Praxisprofile auf unserer zentralen E-Learning-Plattform medicAL konnten Sie im Vorfeld etwas über die Praxisschwerpunkte (z.B. Naturheilverfahren, Chirotherapie oder Psychotherapie) der einzelnen Praxen erfahren und so ggf. schon eine Vorauswahl entsprechend Ihren Neigungen und Interessen treffen. Die Praxen, in denen Sie Ihr Praktikum absolvieren werden, reichen von Berufsausübungsgemeinschaften, Einzelpraxen, städtischen Praxen bis hin zu Landpraxen.

Nach den einleitenden Theorietagen werden Sie für zehn Arbeitstage in der Ihnen zugewiesenen Praxis die Realität hausärztlicher Versorgung direkt erleben.

**Spätestens 14 Tage vor Beginn der Praxisphase sollten Sie bereits Kontakt mit der Ihnen zugeteilten Praxis aufgenommen haben.** So können Sie im Vorfeld organisatorische Fragen wie Ihre Einsatzzeiten oder auch Art und Umfang der erwünschten Berufskleidung abklären.

**Die Erteilung des Leistungsnachweises setzt wöchentliche Präsenzzeiten in den Praxen von 30 Stunden voraus.** Längere Einsatzzeiten sind auf freiwilliger Basis natürlich möglich, aber nicht verpflichtend.

Während der Praxisphase haben Sie u. a. die Aufgabe, **zwei Patientenberichte** mit typisch hausärztlichen Beratungsanlässen auszuarbeiten (die Formatvorlagen sind diesem Heft beigelegt). Um sich optimal auf die in der Praxis anstehenden Patientenkontakte vorzubereiten, könnte es hilfreich sein, noch einmal die Basis-Untersuchungstechniken aus dem U-Kurs zu wiederholen.



Neben dem Manual aus dem U-Kurs stehen Ihnen auch zahlreiche Lehrfilme unter: [www.ukurs.uni-freiburg.de](http://www.ukurs.uni-freiburg.de) oder auf unserer Lernplattform medicAL zur Verfügung.

## Abschließender Theorietag

Ein abschließender Seminartag im Anschluss an die Praxishospitation hat im Wesentlichen die Funktion, das in den Praxen Erlebte und Erlernte zu reflektieren und Theorie und Praxis abzugleichen. Dafür werden Sie auch Ihre Patientenberichte benötigen. Auch auf Ihr eingereichtes Portfolio wird in diesem Seminar Bezug genommen.

## Voraussetzungen für den Erhalt der Leistungsnachweise

Das „Freiburger Blockpraktikum Allgemeinmedizin“ \* schließt mit zwei benoteten „Scheinen“ ab:

1. *für die erfolgreiche Hospitation in einer unserer Lehrpraxen  
(= Leistungsnachweis für das Blockpraktikum Allgemeinmedizin nach AO)*
2. *für die erfolgreiche Teilnahme an den Theorietagen/Online-Seminaren  
(= Leistungsnachweis für das Fach Allgemeinmedizin nach AO)*

### *Hospitation*

- *Bescheinigung des Lehrarztes/der Lehrärztin über die regelmäßige Teilnahme*
- *Bewertung Ihrer Leistung während der Praxisphase durch die Lehrpraxis*
- *Abgabe der benoteten und unterschriebenen Arbeitsblätter*
- *Teilnahme an der Evaluation (erfolgt durch das Studiendekanat)*

### *Theorietage*

- *regelmäßige Teilnahme an den Unterrichtsveranstaltungen*
- *erfolgreiche Abgabe des ausgearbeiteten Portfolios (Grundlage für die Benotung)*
- *Teilnahme an der Evaluation (erfolgt durch das Studiendekanat)*

### **Wichtig**

- *Fehlzeiten werden jeweils getrennt für Praxishospitation und Theorietage berechnet*
- *Fehlzeiten müssen grundsätzlich nachgeholt werden*

\* Nach Approbationsordnung (AO) ist das Blockpraktikum lediglich die Hospitationsphase in der Praxis. Hier in Freiburg ist es die Einheit aus Hospitation und theoretischem Unterricht. Wir bitten diese Begriffsverwirrung zu entschuldigen.



## Zeitplan

	Tag	Uhrzeit	Gruppe 1/2	Gruppe 3/4
Woche 1	Montag	Selbststudium		
	Dienstag	09:15 - 10:45	Einführungsseminar	
		11:00 - 12:30	PPI *	
		13:30 - 16:45	PPI	
	Mittwoch	09:15 - 12:30	PPI	Selbststudium**
		13:30 - 16:45	Selbststudium	PPI
Donnerstag & Freitag	ca. 6h/Tag	Praxisphase		
Woche 2	Montag - Freitag	ca. 6h/Tag	Praxisphase	
Woche 3	Montag - Mittwoch	ca. 6h/Tag	Praxisphase	
	Donnerstag	09:15 - 12:30	Abschlusseminar	Selbststudium
		13:30 - 16:45	Selbststudium	Abschlusseminar
	Freitag	Selbststudium		

\* PPI = PatientenProblemeInteraktiv

\*\* Theorieseminare/Portfolio auf medical bearbeiten

*Erkläre mir, und ich werde vergessen,  
zeige mir, und ich werde mich erinnern,  
beteilige mich, und ich werde verstehen!“*

*Konfuzius*

## Einführung in die Allgemeinmedizin



### Inhalt

#### Die Rolle der Allgemeinmedizin

in der Gesellschaft, für die einzelnen zu behandelnde Personen und im Gesundheitssystem.

#### **Besonders betrachten werden wir...**

- die Arbeitsfelder in der Allgemeinmedizin
- die Rolle der Allgemeinmedizin im Gesundheitswesen
- Besonderheiten des unselektierten Patientenguts in der Primärversorgung
- die personenzentrierte Vorgehensweise in den hausärztlichen Praxen
- die besondere Bedeutung der Familienmedizin für eine hausärztliche Vorgehensweise

Laut der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM) erfüllt die hausärztliche Grundversorgung im Gesundheitswesen verschiedene wichtige Funktionen:

- sie ist für Patient\*innen meist die erste Anlaufstelle,
- sowohl Wegweiser als auch die Koordination im Gesundheitswesen,
- und bietet den Patient\*innen eine zum Teil Jahrzehnte währende Kontinuität und persönliche Bindung.

Demzufolge spielt die allgemeinmedizinische Grundversorgung eine zentrale Rolle im Gesundheitssystem und ihr kommt hinsichtlich der Qualität und Effektivität des gesamten Gesundheitssektors eine tragende Bedeutung zu.

Das Spektrum an medizinischen Leistungen für Patient\*innen jeden Alters umfasst neben der ärztlichen Akut- und Langzeitbehandlung somatischer und seelischer Erkrankungen, die keines stationären

Aufenthaltes bedürfen, auch die Evaluierung und das zeitgerechte Durchführen von rehabilitativen sowie Präventionsmaßnahmen (Früherkennungsuntersuchungen, Impfungen, U-Untersuchungen, etc.) bis hin zur Palliativversorgung unheilbar Kranker.

Im Gegensatz zu dem in der Regel auf spezifische Erkrankungen fokussierten Ansatz in den meisten anderen medizinischen Fachrichtungen hat die allgemeinmedizinische Grundversorgung einen **patientenzentrierten und personenfokussierten, ganzheitlichen Behandlungsansatz**.



In hausärztlichen Praxen sieht man in der Regel - im Vergleich zu Spezialambulanzen oder spezialisierten Facharztpraxen - ein unselektiertes Patientengut mit sehr verschiedenartigen, in der Mehrzahl jedoch weniger schwerwiegenden Beschwerden und oft blassen Krankheitsverläufen. Zumeist wird der Allgemeinmediziner immer wieder von den gleichen Patient\*innen mit den

verschiedensten Beratungsanlässen konsultiert, sodass die Langzeitbetreuung und -begleitung mit intensiven Arzt-Patienten-Beziehungen ein Eckpfeiler der täglichen Arbeit darstellt. Der mit dieser interpersonellen Kontinuität verbundene umfassende Blick auf die einzelnen Patient\*innen und deren soziales und familiäres Umfeld ermöglicht Allgemeinmediziner\*innen, Familiendynamiken und Lebensumstände als Verursacher und/oder Ressource bei Erkrankungen frühzeitig zu erkennen und in seine Überlegungen mit einzubeziehen. Die familiäre Sozialisierung prägt maßgeblich die Einstellung zur eigenen Gesundheit sowie dem adaptierten Gesundheitsverhalten und beeinflusst oft den Therapieerfolg. Häufig kann erst auf dieser umfassenden Basis eine sinnvolle Entscheidung über den individuellen Nutzen und Schaden einer Diagnostik oder Therapie erfolgen. Andernfalls können Über-, Unter- und Fehlversorgung drohen.

Bedrohliche Krankheiten kommen im hausärztlichen Klientel in einem niedrigeren Prozentsatz als in einer spezialisierten medizinischen Einrichtung vor. Demnach ist die Allgemeinmedizin durch ein Arbeiten im Niedrigprävalenz - und Niedrigrisikobereich charakterisiert. Vor diesem Hintergrund ist vor allem das rechtzeitige Erkennen und Behandeln von potenziell gefährlichen Ursachen aus einem großen unsortierten Patient\*innenklientel von großer Bedeutung. Dabei sollte der\*die Hausarzt\*in aufmerksam und zielgerichtet vorgehen. In den seltensten Fällen sind eine unverzügliche, komplexe Diagnostik und schnelles - womöglich invasives - therapeutisches Eingreifen notwendig.



## Hausärzt\*innen – verstehen, behandeln und begleiten



### Inhalt

Konzepte und Vorgehensweisen, die das hausärztliche Handeln prägen und epidemiologische Besonderheiten in der Primärversorgung

#### **Besonders betrachten werden wir...**

- die Konzepte des „abwendbar gefährlichen Verlaufs“ und „abwartenden Offenhaltens“
- den Begriff „red flags“
- den Umgang mit diagnostischer Unsicherheit
- die „erlebte Anamnese“
- die patientenzentrierte Kommunikation
- die sinnvolle Dokumentation hausärztlicher Tätigkeit/SOAP-Schema

Wie bereits im ersten Kapitel dargestellt, ist die Allgemeinmedizin durch ein Arbeiten im Niedrigprävalenz- und Niedrigrisikobereich charakterisiert. Dies bedingt die typisch allgemeinärztlichen Verfahrensweisen wie die „therapeutische Zurückhaltung“ und das „**abwartendes Offenhalten**“.

Voraussetzung für diese Verfahrensweisen ist, dass sich behandelnde Hausärzt\*innen der **abwendbar gefährlichen Verläufe** eines Krankheitsbildes und der **red flags** bewusst sind, und dass diese mit hoher Sicherheit ausgeschlossen werden können.

## Abwendbar gefährliche Verläufe (AGV)

Unter „**abwendbar gefährliche Verläufe**“ (AGV, eng. potentially dangerous conditions) versteht man gesundheitsgefährdende, möglicherweise sogar lebensbedrohliche Krankheitsverläufe, die durch das gezielte therapeutische Eingreifen verhindert oder aufgehalten werden können bzw. deren Verbreitung unterbunden werden kann.

Zu den häufigsten dieser Krankheitsbilder zählen u. a. Malignome, Infektionskrankheiten, Blutungen, Herz-, Lungen-, Kreislauferkrankungen, progrediente psychiatrische Leiden oder endokrinologische Dysregulationen. Diese AGVs sollten dem Allgemeinmediziner immer präsent sein und jeder Patient\*innenkontakt dazu genutzt werden, zu eruieren, ob ein solcher AGV der geschilderten Symptomatik zugrunde liegt.

## red flags

Als diagnostische Hilfestellung dienen die auch international als Warnsymbol bekannten roten Fahnen, sogenannte „**red flags**“: So werden Symptome bezeichnet, deren Auftreten im Zusammenhang mit der geschilderten Gesamtproblematik auf einen gravierenden Verlauf oder eine ernstzunehmende Grunderkrankung hindeuten.

In der folgenden Tabelle finden sich einige **Beispiele für red flags**:

Kopfschmerzen	<i>Rückenschmerz</i>
<p><i>Bewusstseinstörung Nackensteife</i></p> <p><i>Fieber, Schüttelfrost</i></p> <p><i>Sog. Vernichtungsschmerz</i></p> <p><i>Sturz in der Anamnese</i></p> <p><i>Neurologische Beeinträchtigungen</i></p> <p>...</p>	<p><i>Miktions-/Defäkationsstörung</i></p> <p><i>Sensibilitätsverlust</i></p> <p><i>Reflexasymmetrie</i></p> <p><i>Nachtschweiß/Gewichtsverlust</i></p> <p><i>Karzinom in der Anamnese</i></p> <p><i>Vorangegangenes Trauma</i></p> <p>...</p>



## Abwartendes Offenhalten

Liegen keine besonderen Warnsymptome vor und lässt sich somit ein potentiell gefährlicher Krankheitsverlauf weitgehend ausschließen, werden sich Hausärzt\*innen am Ende des Patientenkontakts häufig für das „abwartende Offenhalten“ entscheiden. Dieses mittlerweile zu einem sehr sinnvollen Prinzip der allgemeinmedizinischen Entscheidungsfindung erklärte Vorgehen beinhaltet, dass ganz bewusst auf weitere diagnostische oder therapeutische Handlungen verzichtet und der weitere Verlauf der Beschwerden zunächst abgewartet wird. Eine solch passive Herangehensweise basiert auf der Erfahrung, dass viele Erkrankungen selbstlimitierend verlaufen, unspezifische Symptome eine akkurate

Diagnosestellung oft unmöglich machen und dann durch nicht eindeutig indizierte Diagnostik und Therapie mehr Schaden als Nutzen entsteht.

Dem abwartenden Offenhalten sollte eine zeitliche Begrenzung gesetzt werden, innerhalb derer Beschwerden verschwunden oder gebessert sein müssen, bevor andernfalls der Verlauf noch einmal neu evaluiert werden sollte. Den Patient\*innen muss darüber hinaus vermittelt werden, auf welche Warnzeichen zu achten ist und dass bei einer Verschlechterung der Symptome eine Wiedervorstellung erfolgen sollte.

In der Regel ist ein Großteil der Beratungsanlässe bei entsprechender Berufserfahrung mittels „Blickdiagnose“, einfach und sicher zu diagnostizieren. Das oben geschilderte Vorgehen führt allerdings auch dazu, dass in der Allgemeinmedizin Arbeitende mit einem weitaus größeren Maß an Unsicherheit konfrontiert sind als Kolleg\*innen in den spezialisierten Fachgebieten, die ihr Handeln auf die Ergebnisse zum Teil hochkomplexer Diagnostik abstimmen können.

Wie gut der Umgang mit dieser Unsicherheit gelingt, hängt von zahlreichen Faktoren ab. Von besonderer Wichtigkeit ist ein hohes Maß an Vertrauen in die Qualität der eigenen Arbeit, eine gute Kenntnis der Patient\*innen und ein belastbares Arzt-Patienten-Verhältnis. Einige hierfür wichtige Instrumente werden im Folgenden vorgestellt:

### „Erlebte Anamnese“



Anders als das spontane Erheben problembezogener Angaben zum momentanen Gesundheitsstatus wie es beispielsweise in Notaufnahmen erfolgt, beschreibt die „erlebte Anamnese“ die über einen längeren Zeitraum gewachsene Sammlung an Informationen über Patient\*innen, die neben der medizinischen Vorgeschichte auch umfassende Kenntnis der Familien-, Sozial- und Wohnverhältnisse miteinschließt.

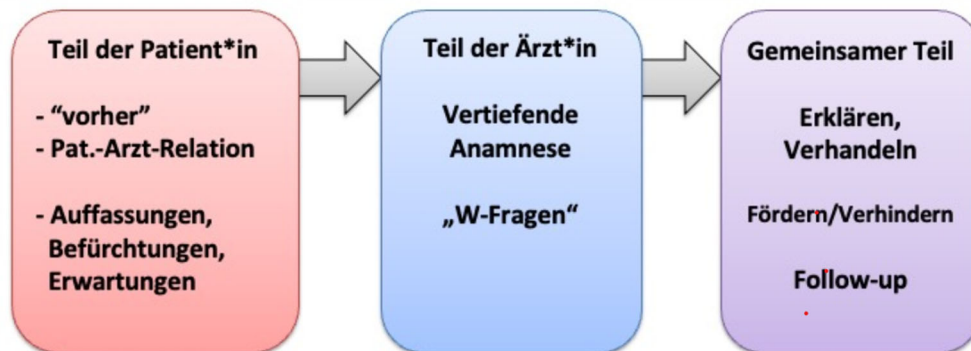
schließt.

Häufige Arzt-Patienten-Kontakte in vertrauensvollem Verhältnis und die Begleitung durch verschiedene Lebensphasen ermöglichen es den Ärzt\*innen, die Wünsche der Patient\*innen bezüglich Therapie und Diagnostik einzuschätzen, dessen Umgang mit gesundheitlichen Themen in die Entscheidungsfindung einzubeziehen und den sozialen Kontext zu berücksichtigen, was sich in der Gesamtheit positiv auf die therapeutische Qualität auswirkt.

## Patientenzentrierte Konsultation

Die ärztliche Konsultation mit dem persönlichen Gespräch zwischen Patient\*in und Arzt/Ärztin ist das Herzstück der Allgemein- und Familienmedizin und von herausragender Bedeutung für die Entscheidungsfindung des individuellen diagnostischen und therapeutischen Vorgehens.

Das patientenzentrierte Gespräch lässt sich in drei Teile gliedern (Abb. 1):



Larsen J-H, Risør O, Putnam S. P-R-A-C-T-I-C-A-L: a step-by-step model for conducting the consultation in general practice. *Fam Pract* 1997;14: 295-301.

### **Im ersten Teil**

dieses persönlichen Gesprächs stellt der Arzt/die Ärztin offene Fragen und unterbricht die zu behandelnde Person so wenig wie möglich. Es wird versucht Vorstellungen, Befürchtungen und Erwartungen der Patient\*innen zu verstehen. Abschließend werden die gewonnenen Informationen zusammengefasst, so dass die zu behandelnde Person das Erfasste entweder bestätigen oder korrigieren kann.

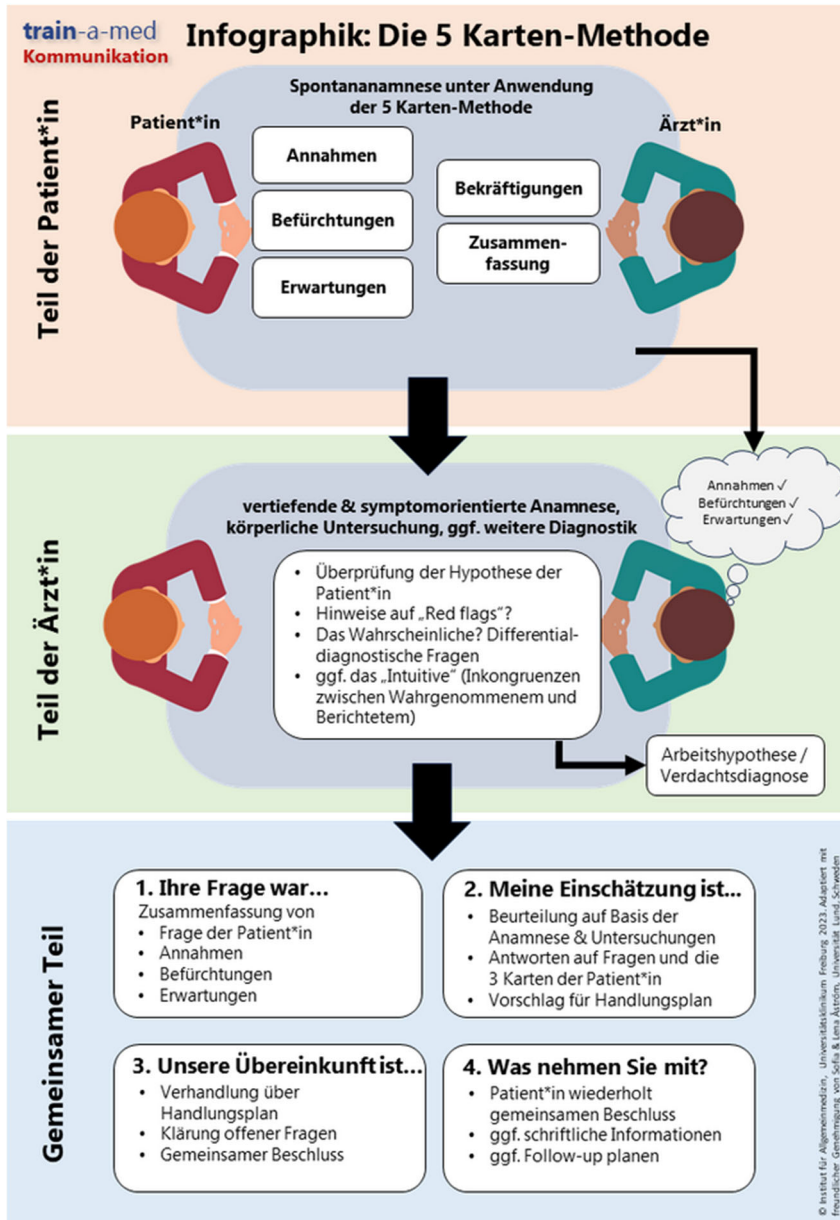
### **Im zweiten Teil**

erhebt der \*die Ärzt\*in die vertiefende medizinische Anamnese, gefolgt von der körperlichen Untersuchung.

### **Im dritten Teil**

des Gesprächs kann der\*die Ärzt\*in die erhobenen Befunde und Hypothesen erläutern und gemeinsam mit der zu behandelnden Person das weitere diagnostische und therapeutische Vorgehen abstimmen. Dabei kann insbesondere auf die im ersten Teil erfassten Vorstellungen, Befürchtungen und Erwartungen eingegangen werden. Ebenso sollte durch Nachfragen sichergestellt werden, dass das Erklärte auch richtig verstanden wurde. Sachverhalte, die nicht von beiden Parteien auf die gleiche Weise verstanden werden, können zu Missverständnissen und Fehlentscheidungen führen (Abb. 2).





Wissenschaftliche Untersuchungen zur Arzt-Patienten-Kommunikation haben gezeigt, dass ein solches patientenzentrierte Vorgehen dazu führt, dass

- die medizinischen Probleme der zu behandelnden Person genauer identifiziert werden
- sich die Adhärenz # und Patientenzufriedenheit verbessert
- die Anzahl der ärztlichen Besuche und Verordnungen abnimmt
- der Bedarf an diagnostischen Untersuchungen und Überweisungen abnimmt
- sich das Risiko für Rechtsstreitigkeiten reduziert.

## Symptomorientierte körperliche Untersuchung

Ausgehend von den zuvor erfragten körperlichen und psychischen Beschwerden schließt sich eine der Symptomatik angemessene körperliche Untersuchung an. Hierbei wird nun nicht standardisiert stets der gleiche Status in gleichem Umfang erhoben, sondern konzentriert sich auf die im jeweiligen Zusammenhang möglicherweise krankhaft veränderten Organe und Strukturen sowie die potentiell mitbetroffenen Bereiche. In einigen Fällen ist auch die Erhebung des Ganzkörperstatus indiziert, in der Regel lässt sich jedoch durch gezieltes Untersuchen der betroffenen Region/-en entweder eine Diagnose stellen oder eben ein AGV ausschließen. So kann sich der\*die Ärzt\*in auf ökonomische und sichere Weise für eine konkrete Behandlung oder für das Abwartende Offenhalten entscheiden.

## Sinnvolle Dokumentation

Die sorgfältige Dokumentation von anamnestischen Daten, klinischen Befunden und anderen Informationen im ärztlichen Alltag ist nicht nur aus juristischer Sicht unverzichtbar, vielmehr kann es die eigene Arbeit und die des Praxisteam langfristig deutlich erleichtern und zudem die Qualität der auf längere Dauer bestehenden Arzt-Patienten-Beziehung deutlich steigern.

Wichtig ist, einen für sich passenden Modus zu finden, der es einem selbst, aber auch anderen an der Behandlung Beteiligten (z. B. Kolleg\*innen in Gemeinschaftspraxen, MFA #) ermöglicht, Informationen aus früheren Konsultationen miteinzubeziehen und fortlaufend zu ergänzen ohne dabei einen zu großen zeitlichen Aufwand betreiben zu müssen.

Im alltäglichen Praxisgeschehen wird man Aufzeichnungen oft auf wenige Stichworte reduzieren. Vor allem beim Erstkontakt bietet es sich jedoch an, eine ausführliche Anamnese zu erheben. Diese einmal gründlich erhobenen Daten können im besten Fall jahrelang als Grundlage für Gespräche und diagnostische Überlegungen dienen.

Eine international bewährte Methode zur strukturierten Dokumentation von Patientenkontakten ist das **SOAP-Schema** (Abb. 3).

### Subjective

(aktuelle Beschwerden, relevante Vorgeschichte)

### Assessment

(Befundinterpretation, Diagnosestellung, evtl. Differentialdiagnostik)



### Objective

(Untersuchungsbefund, andere Diagnostik)

### Plan

(weitere Diagnostik und Therapie)

Abb.3: SOAP-Schema<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Nach T. Fischer, A. Abholz: in Kochen (Hrsg.) Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 4. Auflage 2012

Eine an diese Standards angelehnte Dokumentation erfüllt die Vorschriften des Qualitätsmanagements der Kassenärztlichen Vereinigung und ist eine sichere Grundlage bei etwaigen juristischen Auseinandersetzungen. Und wenn man sich die Zeit nimmt, die „fachlichen“ um persönliche Informationen zu ergänzen, ergibt sich bei der nächsten Konsultation nicht nur ein guter Anknüpfungspunkt; man wird auch merken, wie sehr es einem die Patient\*innen danken. Welcher Hobbygärtner freut sich nicht über die Frage, wie die Salaternte war und welche Großmutter berichtet nicht voller Stolz, dass das Enkelkind mittlerweile laufen kann?

Raum für Ihre Notizen

---

**Nachdem Sie dieses Kapitel durchgearbeitet haben,  
sollten Sie in der Lage sein, folgende Fragen zu beantworten:**

- Mit welchen biostatistischen Besonderheiten einer hausärztlichen Praxis lässt sich die Sinnhaftigkeit des für die Primärversorgung typischen „Abwartenden Offenhaltens“ unter Berücksichtigung „Abwendbar gefährlicher Verläufe“ begründen?
- Können Sie den Begriff der „red flags“ erläutern und praktische Beispiele bei gängigen Symptomkonstellationen liefern?
- Können Sie das Konzept der „Patientenzentrierten Konsultation“ beschreiben?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Betreuung chronisch Kranker und Multimorbider



### Inhalt

Herausforderungen bei der Betreuung chronisch kranker und multimorbider Patient\*innen.

#### **Besonders betrachten werden wir...**

- die Begriffe „chronische Erkrankung“ und „Multimorbidität“
- häufige chronische Erkrankungen in der hausärztlichen Praxis
- die Bedeutung einer chronischen Erkrankung für Patient\*innen
- die epidemiologischen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Dimensionen von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung
- die Bedeutung von chronischen Erkrankungen für die interprofessionelle Zusammenarbeit
- strukturierte Konzepte zur Behandlung häufiger chronischer Erkrankungen

*Laut gemeinsamem Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen gilt als schwer wiegend chronisch krank, wer die Kriterien der Pflegebedürftigkeit # der Pflegegrad 3 oder 4 erfüllt, einen Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 Prozent hat oder ohne regelmäßige ärztliche Behandlung (mindestens einmal pro Quartal) eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität erfahren würde.*

## Zur Begrifflichkeit: „chronische Erkrankung“ und „Multimorbidität“

### **Chronische Erkrankung**

Abgeleitet vom griechischen Wort chrónos (deutsch: „die Zeit“), versteht man unter dem Terminus chronische Erkrankung eine oft schleichend beginnende und über einen langen Zeitraum von mindestens vier Wochen, häufig sogar lebenslang bestehende gesundheitliche Einschränkung somatischer oder psychischer Natur, die zwar medizinisch behandelbar, in den meisten Fällen jedoch auch langfristig nicht heilbar ist. Patient\*innen, die unter einer chronischen Erkrankung leiden, sind somit über einen langen Zeitraum auf kontinuierliche medizinische Betreuung angewiesen und sollten aus diesem Grund ganz besonders im Fokus der Allgemein- und Familienmedizin stehen.



### **Multimorbidität**

Die Bezeichnung Multimorbidität wiederum beschreibt das gleichzeitige Vorliegen mehrerer, mit zunehmendem Alter auch chronisch verlaufender Erkrankungen.

Häufig bedingen sich diese gegenseitig oder sind auf die gleichen Risikofaktoren und Funktionseinschränkungen zurückzuführen. Die sich hieraus ergebenden therapeutischen Anforderungen sind komplex und verlangen von den zuständigen Hausarzt\*innen, die Behandlung immer wieder an aktuelle Gegebenheiten anzupassen und der Lotsenfunktion im Gesundheitswesen gerecht zu werden.

## Chronische Erkrankungen in Deutschland

Eine vom Robert Koch Institut deutschlandweit durchgeführte Umfrage zum Thema Gesundheit<sup>2</sup> konnte ermitteln, dass insgesamt 39,1 % der Bevölkerung unter mindestens einer chronischen Erkrankung leiden. Davon sind insbesondere Menschen ab dem 65. Lebensjahr betroffen und es gibt, Geschlechtsunterschiede. Im Zuge des demographischen Wandels und der damit einhergehenden zunehmenden Überalterung der Gesellschaft wird die Häufigkeit und der Anteil chronischer Erkrankungen in der Gesellschaft voraussichtlich weiter ansteigen. Bereits heute beansprucht die Versorgung multimorbider Patient\*innen einen großen Anteil der ärztlichen Arbeit, was zukünftig noch mehr an Bedeutung gewinnen wird.

Im Folgenden soll ein Einblick in die Allgegenwärtigkeit der chronischen Erkrankungen im hausärztlichen Alltag gegeben werden. Die Tabelle bezieht sich auf eine Erhebung der 30 häufigsten Diagnosen

<sup>2</sup> „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“, Robert Koch Institut, Berlin, 2011

in Allgemeinarztpraxen der Region Nordrhein im Jahr 2015<sup>3</sup>, wobei hier **nur die chronischen Erkrankungen aufgeführt sind.**

Unter den Top 10 finden sich hierbei sechs chronische Krankheitsbilder. Diese Liste ist keinesfalls komplett und in Anbetracht der Tatsache, dass viele Erkrankungen in Deutschland vornehmlich in spezialisierten fachärztlichen Praxen behandelt werden (z.B. Krebserkrankungen, Epilepsien, neurodegenerative Erkrankungen), fehlen in dieser Auflistung manche Krankheitsbilder von epidemiologischer Relevanz.

Diagnosen (Behandlungsanlässe) laut ICD-Kodierung # des ZI	Rang	Anteil in % der Behandlungsfälle
Essentielle (primäre) Hypertonie	1	38,7
Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	2	26,4
Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	4	13,7
Nichttoxische Struma	5	11,0
Chronische ischämische Herzkrankheit	6	10,8
Adipositas	7	10,1
Chronische obstruktive Lungenkrankheit	13	7,0
Asthma bronchiale	15	6,9
Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	16	6,4
Spondylose	20	5,6
Bandscheibenschäden	22	5,5
Somatoforme Störungen	24	5,3
Senilität	28	4,7
Herzinsuffizienz	30	4,0

Tab. 1: Häufige chronische Erkrankungen in der Hausarztpraxis

### Die ökonomischen Dimensionen und die Rolle präventiver Maßnahmen

Für die medizinische Betreuung chronisch Kranker wird ein Großteil der dem Gesundheitssystem zur Verfügung stehenden Ressourcen verwandt. Laut Robert Koch Institut entfallen in Deutschland allein auf die Versorgung von Patient\*innen, die unter Diabetes mellitus Typ II, Herz-Kreislauf-, Atemwegs- und Krebserkrankungen leiden, ein Viertel aller Gesundheitskosten (Tendenz steigend!); diese Erkrankungen bedingen auch rund drei Viertel aller Todesfälle.

Auch im globalen Trend zeigen sich chronische Erkrankungen – nach Zahlen der WHO – auf den Spitzenplätzen, was Kostenintensität und Ressourcenbindung angeht. Die oben genannten Erkrankungen sind weltweit für 63 % der Todesfälle verantwortlich, wobei die Inzidenzen insbesondere in den einkommensschwachen Ländern weiterhin stark zunehmen

<sup>3</sup> 3ZI-ADT-Panel, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, <http://www.gbe-bund.de>, Stand: Okt 2016

Die WHO stellt eindrücklich dar, dass ein großer Teil chronischer Erkrankungen auf vier Risikofaktoren zurückzuführen ist: Tabakkonsum, exzessiver Alkoholkonsum, ungesunde Ernährungsgewohnheiten und fehlende physische Betätigung.

### Die hausärztliche Betreuung chronisch Kranker

Hausärzt\*innen spielen in der Betreuung chronisch Kranker und Multimorbider eine besonders wichtige Rolle. Die Hauptaufgabe besteht darin, Patient\*innen fachlich und menschlich durch die Zeit der Erkrankung zu begleiten und sie dabei vor Über- und Unterversorgung zu schützen. Das in Deutschland verfügbare enge Netz an spezialisierten fachärztlichen Praxen und -Kliniken sowie die stete Entwicklung neuer Technologien und wissenschaftlicher Erkenntnisse ermöglichen heutzutage eine sehr genaue Diagnostik, so dass selbst für seltene Krankheitsbilder zunehmend erfolgreiche Therapien existieren. Darüber sollte man die Patient\*innen informieren und ihnen die verschiedenen Möglichkeiten aufzeigen, wenn es um die gemeinsame Entscheidungsfindung für diagnostische Maßnahmen und geeignete Behandlungsmethoden geht.

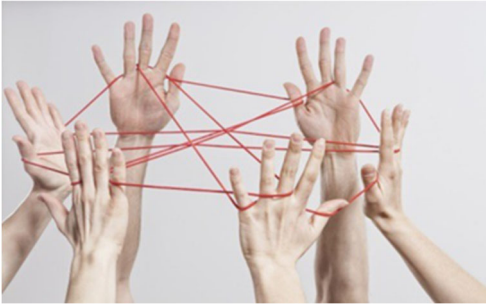
Gleichzeitig besteht insbesondere bei Multimorbidität die Gefahr, dass zu viele der möglichen Ressourcen (z. B. verzichtbare bildgebende Verfahren, Polypharmazie) in Anspruch genommen werden und den Patient\*innen dadurch eher geschadet wird. In solchen Situationen ist es die Aufgabe von Hausärzt\*innen, den Überblick über bereits durchgeführte und noch ausstehende diagnostische Maßnahmen zu behalten und neue Therapieansätze immer auf ihre Plausibilität zu überprüfen.

Genauso gilt es jedoch auch, Über- und Unterversorgung im Patientenverhalten zu erkennen und zu thematisieren. So sollten manche auch wiederholt dazu ermutigt werden, notwendige Änderungen des Lebensstils (z. B. Diät, Verzicht auf Tabakkonsum) wirklich langfristig anzunehmen, während andere davor bewahrt werden müssen, der Erkrankung zu viel Bedeutung im Alltag beizumessen. Sei es durch akribisches Buchführen von Blutdruckwerten oder durch sozialen Rückzug als falsch verstandene Schonung.

Hieran wird deutlich, von welcher essenzieller Bedeutung das Aufbauen einer belastbaren, vertrauensvollen Beziehung für die Betreuung chronisch Kranker ist.

### Interprofessionelle Zusammenarbeit

Um die Betreuung chronisch kranker und multimorbider Patient\*innen zu optimieren, sollte die betreuende ärztliche Praxis die interprofessionelle Zusammenarbeit unterstützen und pflegen. Sehr häufig werden auch andere Fachdisziplinen wie z. B. die Physio- und Ergotherapie in die Behandlung mit eingebunden und sind maßgeblich am Erhalt oder der Wiedererlangung wichtiger Fähigkeiten beteiligt.



Durch ein genaues Abstimmen über Therapieansätze und -ziele können Erfolge nicht nur maximiert, sondern auch Fehler reduziert werden. Ebenso wichtig ist die Kooperation mit dem Praxispersonal, da dieses häufig insgesamt deutlich mehr Zeit mit den Betroffenen (und ihren Angehörigen) verbringt und diese nicht selten sogar besser kennt.

Durch den Kontakt „auf Augenhöhe“ können MFAs zusätzliche medizinische und auch soziale Informationen gewinnen und der Einblick in das alltägliche Leben der Patient\*innen vervollständigt sich.

### Die Bedeutung des Chronisch-Krankseins für Patient\*innen und ihr familiäres Umfeld

Unter einer chronischen Krankheit zu leiden, ist für Betroffene häufig eine Belastung, die auf viele Bereiche des Lebens Einfluss nimmt und nicht selten das familiäre Gefüge und manchmal sogar das soziale Netzwerk nachhaltig beeinflusst und fordern kann. Neben Rücksichtnahme, finanzieller Unterstützung oder einzuleitenden pflegerischen Maßnahmen sind mit zunehmender Krankheitsdauer auch die physische und vor allem psychische Belastung für Familie und Freunde von großer Bedeutung.

Natürlich sind nicht alle chronischen Erkrankungen immer mit hohem Leidensdruck verbunden. So gibt es asymptomatisch Kranke, die zwar von ihrer Diagnose wissen und sich an ein gewisses Therapieregime halten, aber darüber hinaus durch ihre Erkrankung kaum eingeschränkt sind (z. B. Diabetiker\*innen). Sobald jedoch Patient\*innen langfristig durch körperliche und/oder seelische Beschwerden in der Lebensgestaltung beeinträchtigt wird, kommt es zu weitreichenden Veränderungen in der Gestaltung des Alltags. Die damit verbundenen Probleme ergeben sich zum Teil direkt als Folge der Erkrankung, viele entstehen jedoch erst sekundär durch das Krankheitserleben:

#### **Primäre Folgen**

- Behinderung/Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit
- Einschränkung der körperlichen Integrität
- Schmerzen oder andere Einschränkungen des Wohlbefindens
- Finanzielle Einbußen durch Berufsunfähigkeit #, Kosten für Hilfsmittel # oder Pflege

#### **Sekundäre Folgen**

- Veränderung des Selbstkonzepts, Selbstzweifel, Identitäts- und Rollenkonflikte
- Emotionale Instabilität (Trauer, Depression, Aggression etc.)
- Ängste
- Hilflosigkeit/Gefühl des Ausgeliefertseins
- Konstruieren eigener Krankheitskonzepte



Viele der oben aufgeführten sekundären Folgen wird auch das Umfeld chronisch Kranker an sich selber erleben oder es kann unter dem Agieren der Patient\*innen leiden (Aggressionen, Versuch des sekundären Krankheitsgewinn etc.). Für die familienmedizinische Begleitung ist dies von immenser Bedeutung und sollte in der Betreuung von Patient\*innen und Angehörigen immer mitbedacht werden; Ziel ist dabei geeignete Maßnahmen zur psychologischen Bearbeitung und Bewältigung zu finden und sie im Verlauf immer wieder zu stärken und zu adaptieren.

### **Strukturierte Behandlungskonzepte**

Für die optimale Versorgung chronisch Kranker ist eine strukturierte Behandlung mit regelmäßigen Kontrollterminen unerlässlich. Diese Kontrollen dienen der Anpassung der notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Dazu gehört das Festlegen sinnvoller Standards, die beispielsweise Art und Intervall diagnostischer Maßnahmen vorgeben oder leitliniengerechte Therapien ermöglichen. In Deutschland haben sich diesbezüglich mittlerweile verschiedene Programme etabliert. Die wichtigsten sollen hier exemplarisch vorgestellt werden.

### **Disease-Management-Programme (DMPs)**

Dieses ursprünglich aus den USA stammende Konzept wurde von den gesetzlichen Krankenkassen initiiert. Hier kommt den freiwillig teilnehmenden chronisch Kranken eine gut abgestimmte, kontinuierliche, auf Leitlinien # und erprobten Standards beruhende Betreuung und Behandlung durch Haus- und Fachärzt\*innen, Krankenhäuser, Apotheken und Reha-Einrichtungen zu. Neben regelmäßige Arztterminen mit Beratungsgesprächen und körperlicher Untersuchung spielt auch die Vermittlung von Hintergrundinformationen beispielsweise durch Informationsbroschüren, im Rahmen von Schulungen etc. eine wichtige Rolle. Die begleitenden Maßnahmen der DMP's zielen auf Verhaltensänderungen bei den Patient\*innen ab (gesündere Ernährung, sportliche Aktivität, Nikotinentwöhnung etc.), in der Hoffnung, somit mittel- bis langfristige Gesundheit erhalten und Krankheitskosten reduzieren zu können.

Bisher sind DMPs für die folgenden Erkrankungen entwickelt worden:

- Diabetes mellitus Typ 1 und 2
- Asthma bronchiale
- COPD
- Mamma-Karzinom
- KHK



Zu den ärztlichen Aufgaben innerhalb solcher Programme gehören u. a. die regelmäßige Überprüfung und Dokumentation bestimmter Laborparameter und Untersuchungsergebnisse, das Erfragen von Begleit- und Folgeerkrankungen, die Plausibilitätsprüfung der aktuellen Medikamenteneinnahme und die Vermittlung spezieller Schulungen.

### **Hausarztpraxisorientiertes Case Management (PraCMan)**

Im Rahmen einer universitären Studie in Zusammenarbeit mit der AOK wurden Patient\*innen in dieses Programm aufgenommen, die unter Herzinsuffizienz, Diabetes mellitus und/oder COPD mit einer hohen Exazerbationswahrscheinlichkeit leiden. Im PraCMan-Programm können chronisch Kranke betreut werden, die - ermittelt durch das wissenschaftliche Institut der AOK - eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine Krankenhauseinweisung haben.

Diese Patient\*innen können nun freiwillig in einer teilnehmenden Praxis durch eine speziell ausgebildete MFA # (VERAH #) zusätzlich betreut werden. Die VERAH übernimmt computergestützt unter ärztlicher Supervision Aufgaben des Case Managements und führt Assessment, Hilfeplanung und Monitoring durch. Praktisch dauert ein erstmaliges Assessment ca. 45 Minuten und die weiteren Kontrolltermine 10-15 Minuten.

Internationale Studien konnten belegen, dass unnötige Hospitalisierungen deutlich zurückgingen und sich die Therapietreue verbesserte. Inzwischen ist PraCMan in Baden-Württemberg Teil der Regelversorgung.

### **Leitlinien # der DEGAM**

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin arbeitet stetig an Neuveröffentlichungen und Weiterentwicklungen von Leitlinien und Manualen für speziell in hausärztlichen Praxen auftretende Probleme. Bezogen sich diese in der Vergangenheit eher auf akute Beratungsanlässe, rücken zunehmend auch chronische Erkrankungen, Multimorbidität (ab S. 18) und Arzneimitteltherapie (ab S. 26) in den Fokus. Die erarbeiteten Algorithmen stellen eine sehr gute Grundlage für allgemeinärztliches Arbeiten dar und verfügen durch regelmäßige redaktionelle Arbeit über eine ausreichende Aktualität.

## Raum für Ihre Notizen

**Nachdem Sie dieses Kapitel durchgearbeitet haben,  
sollten Sie in der Lage sein, folgende Fragen zu beantworten:**

- Haben Sie eine Vorstellung von den häufigsten chronischen Erkrankungen in einer Hausarztpraxis?
- Welche Bedeutung hat eine chronische Erkrankung für Patient\*innen und seine\*ihre nähere Umgebung?
- Können Sie die ökonomischen und epidemiologischen Aspekte chronischer Erkrankungen erläutern?
- Hausärzt\*innen spielt in der Versorgung chronisch Kranker eine wichtige Rolle. Was sind in diesem Zusammenhang die wichtigsten Funktionen?
- Welche strukturierten Behandlungskonzepte zur Behandlung chronischer Erkrankungen kennen Sie? Können Sie diese in Grundzügen erläutern?

## Arzneimitteltherapie



### Inhalt

Die Besonderheiten der Pharmakotherapie

in der hausärztlichen Praxis mit praxisrelevanten Beispielen.

#### **Besonders betrachten werden wir...**

- den Stellenwert der Pharmakotherapie im Kontext der hausärztlichen Betreuung
- Probleme im Zusammenhang von Polypharmazie bei multimorbiden Patient\*innen
- wichtige Basistherapeutika zu den häufigsten in der hausärztlichen Praxis vorkommenden Erkrankungen mit Praxisbeispielen
- die Schnittstellenproblematik zwischen stationärer und ambulanter Pharmakotherapie
- Prinzipien einer rationalen und wirtschaftlichen Pharmakotherapie und Informationsmöglichkeiten hierzu
- praktische Hinweise zum Ausfüllen von Rezepten

Seit Ende des 19. Jahrhunderts werden Medikamente industriell produziert und können flächendeckend gezielt therapeutisch eingesetzt werden.

Die Palette der verfügbaren Präparate ist immens: aktuell umfasst der Arzneimittelmarkt in Deutschland ca. 48.000 verschreibungspflichtige und etwa 20.000 nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel. Darüber hinaus gibt es noch zahlreiche nicht apothekenpflichtige, freiverkäufliche Medikamente.



Jährlich werden vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und der Europäischen Zulassungsbehörde EMA für den deutschen Markt durchschnittlich weitere 30 bis 40 Wirkstoffe oder Wirkstoffkombinationen und die daraus abgeleiteten Präparate zugelassen. Diese Flut von Neuzulassungen und bestehenden Prä-

paraten birgt allerdings immer wieder auch Nachteile, seien es die stetig steigenden Ausgaben für Arzneimittel, Neuzulassungen von nicht besser wirksamen teureren Weiterentwicklungen, um nur einige zu nennen. Das Verordnen von Medikamenten ist seit jeher einer der Grundpfeiler hausärztlicher Therapie und im Praxisalltag daher allzeit präsent. So werden 70 % aller im ambulanten Sektor verordneten Medikamente durch Allgemeinmediziner und niedergelassene Internisten verordnet.

Der Einsatz jeder pharmakologischen Substanz sollte immer kritisch hinterfragt werden, denn jede Einnahme ist potentiell mit Risiken und Nebenwirkungen verbunden. Darüber hinaus fehlen oft Evidenzen für den tatsächlichen Nutzen und nicht selten prägen externe, nichtmedizinische Einflüsse das Verschreibungsverhalten.

### Pharmakotherapie in der hausärztlichen Praxis

Die Wahl der richtigen medikamentösen Therapie stellt an Allgemeinmediziner\*innen hohe Anforderungen, da hierbei nicht nur ein fundiertes, an aktuellen Erkenntnissen orientiertes Fachwissen, sondern auch zwischenmenschliches Gespür und eine gute Menschenkenntnis vorausgesetzt werden. Strukturelle Gegebenheiten wie beispielsweise regelmäßige Kontrolluntersuchungen zur Erfolgsevaluation und gegebenenfalls Laborkontrollen müssen mit Bedacht festgelegt werden. Einflussfaktoren, wie z. B. Werbung durch z. B. Pharmavertreter\*innen oder Medien sollten bewusst sein.

Die Bedingungen für die Therapieentscheidung in der hausärztlichen Praxis unterscheiden sich zum Teil deutlich von denen in der Klinik, was in den seltensten Fällen mit den eigentlichen biochemischen Eigenschaften der Medikamente zusammenhängt, sondern vielmehr mit organisatorischen und sozialen Gegebenheiten erklärt werden kann. Laut Kochen<sup>4</sup> lassen sich die Faktoren in drei Hauptgruppen klassifizieren:

<sup>4</sup> Nach M.M. Kochen, W. Niebling, W. Ludwig: in Kochen (Hrsg.) Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 4. Auflage 2012

<u>Medizinische Faktoren</u>	<u>Arztspezifische Faktoren</u>	<u>Patientenspezifische Faktoren</u>
Verfügbarkeit von Alternativen	Alter, Geschlecht, Ausbildung	Alter, Geschlecht, soziale Schicht, Bildungsgrad
Gesetzliche Verordnungen	Kenntnisstand	Vertrauensverhältnis zum Arzt
Umfang des Arzneimittelangebots	Medizinische Orientierung („schulmedizinisch“, „ganzheitlich“ etc.)	Leidensdruck, Krankengeschichte
Vorliegen von Risikofaktoren/Kontraindikationen (z.B. Schwangerschaft/Stillzeit, Allergien, Organinsuffizienzen)	Kommunikationsstil	Erwartungen und Wünsche, Einstellung zu medizinischer Therapie
Komedikation	Arzt-Patienten-Beziehung (Sympathie, Empathie, Geduld, Wahrnehmung des Patientenwunsches)	Erfahrungen
Biomedizinische Parameter (BMI, Clearance, Leberfunktion)	Beeinflussung durch Werbung	Beeinflussung durch Medien/ Werbung, Angehörige
	Budgetierung	

Tab. 1: Faktoren, die die Entscheidung einer Pharmakotherapie mitbedingen

Es gilt zudem zu bedenken, dass insbesondere ältere oder kognitiv beeinträchtigte Patient\*innen häufig Schwierigkeiten haben, Medikamente nach Vorschrift einzunehmen. Dem kann durch Medikationshilfen oder die Mithilfe von Pflegediensten begegnet werden, was jedoch auch hausärztliches Engagement erforderlich macht. Seit Oktober 2016 ist ein bundeseinheitlicher Medikationsplan bei drei oder mehr verschriebenen Medikamenten Pflicht.

Auch die Schnittstelle zwischen stationärem und ambulantem Bereich ist oft problematisch. Viele Medikamente sind im stationären Setting entwickelt und getestet worden und lassen sich nicht ohne weiteres für eine dauerhaft angelegte ambulante Therapie verwenden. In Kliniken werden oft kostenintensive Originalpräparate verschrieben, die vom Hausarzt erst auf günstigere Generika umgestellt werden müssen. Generell muss abgewogen werden, ob die therapeutischen „Vorlieben“ der Kolleg\*innen in der Klinik, die sich in der Entlassungsmedikation widerspiegeln, auch für die ambulante Weiterbetreuung mitgetragen werden können bzw. geeignet sind.

## Verschreiben oder Weglassen? – Strategien zum rationalen Verordnen

Bei der großen Zahl der in Deutschland zugelassenen Arzneimittel ist es unmöglich, sämtliche Wirkungen und Interaktionen zu kennen. Neben den häufig von der Pharmaindustrie beeinflussten Informationsquellen wie Fachzeitschriften, Kongressen gibt es zunehmend objektive Alternativen, darunter z. B. unabhängige Fortbildungsprogramme der regionalen Ärztekammern, die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) oder das „arznei-telegramm“ (siehe medicAL). Außerdem gibt es zahlreiche unabhängige Webseiten, die Ärzt\*innen in ihrer Entscheidungsfindung unterstützen, ohne kommerzielle Interessen zu verfolgen.

Stellvertretend sei hier die Seite <https://www.embryotox.de/> genannt, ein Gemeinschaftsprojekt des Bundesgesundheitsministeriums, der AOK und der Technischen Hochschule Berlin, die Medikamente hinsichtlich ihrer Verordnungsfähigkeit in Schwangerschaft und Stillzeit prüft. Auch wenn es nicht leicht ist, als niedergelassene\*r Ärzt\*in immer eine rational begründbare Entscheidung bei der Verordnung von Medikamenten zu finden, sollte dies doch das oberste Ziel sein. Angelehnt an de Vries et al.<sup>5</sup> können folgende Schritte bei der Entscheidungsfindung helfen:

### **1. Das Problem der Patient\*innen definieren**

Symptome, Befindlichkeiten, eventuell versteckte psychosomatische Ursachen etc. Der Großteil der in der Praxis präsentierten Beschwerden lässt sich in der Regel nicht mit einer klaren Diagnose versehen.

### **2. Das Behandlungsziel definieren**

Heilung, Symptomlinderung, Verbesserung der Leistungsfähigkeit oder Lebensqualität? Eine konkrete Vorgabe des Behandlungsziels erleichtert und begrenzt die Wahl der Therapie.

### **3. Benennen der Therapiemöglichkeiten**

Alternativen: 1. Beratung/Information 2. Nichtpharmakologische Therapie 3. Pharmakotherapie 4. Überweisung 5. Anpassung/Optimierung der bisherigen Therapie.

### **4. Überprüfung der Risikofaktoren**

Gehört die Person zu einer Risikogruppe (Immunsupprimierung, Schwangerschaft/Stillzeit, Kind, Organfunktionsstörung, Medikamenteneinnahme...).

### **5. Überprüfung der Komedikation**

### **6. Wahl der (Arznei-)Therapie**

Wichtige Kriterien: Wirksamkeit, Sicherheit, individuelle Eignung, Wirtschaftlichkeit.

### **7. Miteinbeziehung der Patient\*innen**

Ausreichende, verständliche Information über Behandlung, eventuelle Adhärenzprobleme besprechen.

### **8. Rezept ausfüllen**

Daten überprüfen, Einnahmemodus vorgeben.

### **9. Wiedervorstellung/ Kontrolluntersuchungen vereinbaren**

Medizinisch sinnvolle Kontrollabstände festlegen.

### **10. Therapie evaluieren**

Anpassungen erforderlich? Absetzen oder Ausschleichen möglich?

<sup>5</sup> Nach M.M. Kochen, W. Niebling, W. Ludwig: in Kochen (Hrsg.) Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 4. Auflage 2012

Bei jedem ärztlichen Besuch sollte unabhängig davon, ob eine Neuverordnung stattfindet, der bestehende Medikationsplan auf Indikation, Dosierung, mögliche Wechselwirkungen sowie das potentielle Vorhandensein von Nebenwirkungen sorgfältig überprüft werden (vgl. Abb 1). Nicht mehr indizierte Medikamente sollten abgesetzt werden, ggf. eine Umstellung auf andere Präparate erfolgen. Zudem ist regelhaft eine Anpassung der Medikamentendosis – vor allem bei Multimedikation - an die individuelle physiologische Funktion zu bedenken.

1. **Indikation** für den Arzneistoff?
2. Arzneistoff bei der Indikation **effektiv**?
3. **Dosierung** korrekt?
4. **Applikationsweg** korrekt?
5. **Applikationsweg** praktikabel?
6. Klinisch relevante **Arzneimittelwechselwirkung**?
7. Klinisch relevante **Wechselwirkung mit Begleiterkrankung**?
8. **Doppelverordnung**?
9. **Dauer der Anwendung** angemessen?
10. **Arzneimittel kosteneffektiv**?

Abb. 1: Die 10 Leitfragen des „Medication inappropriate index

### Polypharmazie und Multimorbidität

Bei der Betrachtung medikamentöser Therapien verdient die Betreuung von (zumeist älteren) multimorbiden Patient\*innen besondere Aufmerksamkeit. Diese nehmen meist eine Vielzahl von Medikamenten gleichzeitig ein und leiden nicht selten unter deren Wechselwirkungen. Darüber hinaus muss bedacht werden, dass altersbedingte physiologische und pathologische Prozesse einen erheblichen Einfluss auf die Pharmakokinetik und Pharmakodynamik von Medikamenten mit der möglichen Folge von unerwünschten Nebenwirkungen haben können. Im Vordergrund steht die im Alter abnehmende Nierenfunktion, die den Einsatz vieler Medikamente begrenzt bzw. einer Dosisreduktion bedarf.

Multimedikation (Synonym: Polypharmazie/Polypharmakotherapie) ist in der internationalen Literatur nicht einheitlich definiert. Üblicherweise wird die Einnahme von fünf und mehr Arzneimitteln pro Tag zugrunde gelegt. Zu beachten ist die häufige zusätzliche Einnahme von OTC-Präparaten (OTC = over



the counter; apothekenpflichtige und rezeptfreie Präparate), die den behandelnden Ärzt\*innen nicht unbedingt mitgeteilt werden. Multimedikation betrifft ca. 40 % der über 65-jährigen Patient\*innen, wobei Schätzungen davon ausgehen, dass ca. 25 % der eingenommenen Arzneimittel nicht indiziert sind. Um den behandelnden Ärzt\*innen eine Hilfestellung zur Vermeidung von Polypharmazie anzubieten, wurde 2010 eine Liste von potenziell inadäquaten Medikamenten (PIM) für ältere Menschen konsentiert, die sogenannte PRISCUS-Liste. Sie enthält 83 Arzneistoffe mit Empfehlungen bezüglich eines notwendigen Monitorings, einer Dosis-Anpassung sowie eventueller Therapiealternativen

([www.priscus.net](http://www.priscus.net)). Multimedikation entsteht neben der bereits erwähnten häufigen Multimorbidität im Alter auch als Folge einer unkoordinierten Behandlung durch mehrere Ärzt\*innen (Kliniken, Spezialisten, Notfallpraxen etc.). Weiter zu benennen sind zu strikte Behandlungsziele bei hochbetagten Patient\*innen (z.B. bei HbA1c, Blutdruck- oder Lipidwerten) sowie die Festlegung von Therapiezielen ohne Berücksichtigung des Alters.

Die Behandlung von Symptomen und Befindlichkeitsstörungen führt häufig zu einer unnötigen Ausweitung der medikamentösen Therapie (Verordnungskaskade). Selbst die rigide Umsetzung von evidenz-basierten, krankheitsfokussierten Leitlinien birgt bei multimorbiden Patient\*innen das Risiko der Multimedikation. Es ist vor allem Aufgabe der Allgemeinmediziner\*innen Nutzen und potentielle Schäden von Medikamenten gegeneinander abzuwägen, Kolleg\*innen auf vorliegende Grunderkrankungen oder mögliche Wechselwirkungen bereits verordneter Präparate aufmerksam zu machen und gemeinsam mit den zu behandelnden Personen zu entscheiden, zu welchem Therapiemodus dieser bereit ist.

Insbesondere im Umgang mit multimorbiden Patient\*innen sehen sich Ärzt\*innen häufig mit der Frage konfrontiert, ob Medikamente für unterschiedliche Erkrankungen kombinierbar sind und ob sich die häufig sehr langen Listen nicht reduzieren lassen. Einige Arzneimittelkombinationen sollten unbedingt vermieden werden, da sie bekanntermaßen mit erhöhten Risiken assoziiert sind. Eine Auswahl findet sich in Tab. 2. Da es unmöglich ist, alle potentiellen Gefahren zu überblicken, sollte man es sich zur Gewohnheit machen, im Zweifel die Rote Liste o. Ä. Nachschlagewerke zu Rate zu ziehen.

Riskante Arzneimittel-Kombination	Resultierendes Risiko
ACE Hemmer + kaliumsparendes Diuretikum	Hospitalisierung wegen Hyperkaliämie (20-fache Risikoerhöhung)
ACE Hemmer + Cotrim / Cipro-/ Norfloxazin	Hospitalisierung wegen Hyperkaliämie (7-fache Risikoerhöhung)
Phenprocoumon + Cotrium / Fluconazol	Hospitalisierung wegen Blutung (3 bis 4-faches Risiko)
Theophylline + Ciprofloxacin	Hospitalisierung wegen Toxizität (2-faches Risiko)
Sulfonylharnstoffe + Cotrim / Ciprofloxacin	Hypoglykämie (2 bis 5-faches Risiko)
Citalopram + QTl verlängernde AM	Plötzlicher Herztod
ASS+ Ibuprofen	Myokardinfarkt / Apoplex
ACE-Hemmer + (Diuretikum + NSAR)	Akutes Nierenversagen

Tab. 2: Riskante Arzneimittelkombinationen

### Die wirtschaftlichen Dimensionen der Pharmakotherapie

Um im vertragsärztlichen Bereich eine wirtschaftliche, kosteneffiziente Verordnungspraxis sicherzustellen, vereinbaren KV und Krankenkassenverbände für jedes Kalenderjahr im Voraus ein Ausgabevolumen für Arzneimittel. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen können die Vertragsärzt\*innen in Fragen der Wirtschaftlichkeit verordneter oder veranlasster Leistungen beraten. Auch die zu behandelnden Personen selber müssen einen Teil der Arzneimittelkosten tragen. Rezeptfreie Medikamente (z.B. Homöopathika, Erkältungsmittel) werden in der Regel nicht von der Krankenkasse bezuschusst und auch, für rezeptpflichtige Medikamente muss ein Eigenanteil bezahlt werden. Diese sogenannte Zuzahlung beläuft sich auf zehn Prozent des Arzneimittelpreises, beträgt aber mindestens fünf und höchstens zehn Euro. Kostet das Medikament weniger als fünf Euro, tragen die Patient\*innen die Kosten selbst. Kinder unter 18 Jahren sind von der Zuzahlung befreit. Das Gleiche gilt auch für Medikamente zur Linderung von Schwangerschaftsbeschwerden. Damit durch Zuzahlungen niemand überfordert wird, gibt es die Belastungsgrenze: Sie liegt bei zwei Prozent des Bruttoeinkommens. Für chronisch Kranke, die besonders viele Medikamente benötigen, gilt eine niedrigere Belastungsgrenze. Sie liegt bei einem Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens. Ist die Belastungsgrenze im laufenden Jahr erreicht, wird der Versicherte für den Rest des Jahres von allen Zuzahlungen befreit.

Herstellung und der Vertrieb pharmazeutischer Produkte sind nicht nur für die medizinische Versorgung der Weltbevölkerung unerlässlich, sie sind auch gleichzeitig ein sehr wichtiger Industriezweig der

Weltwirtschaft mit einem jährlichen Umsatz von 954,1 Mrd. US-Dollar. Davon entfallen auf Deutschland 46 Mrd. US-Dollar, womit es in Europa die Spitzenposition einnimmt<sup>6</sup>.

Man sollte sich vor Augen führen, dass die jährlich von einer hausärztlichen Praxis veranlassten Arzneimittelkosten in der Regel den Jahresumsatz dieser Praxis übersteigen. Bezeichnend ist dabei, dass die Ausgaben der GKV für Medikamente in den letzten Jahrzehnten stetig angestiegen sind, während die Zahl der Verordnungen deutlich zurückgegangen ist (Abb. 2).

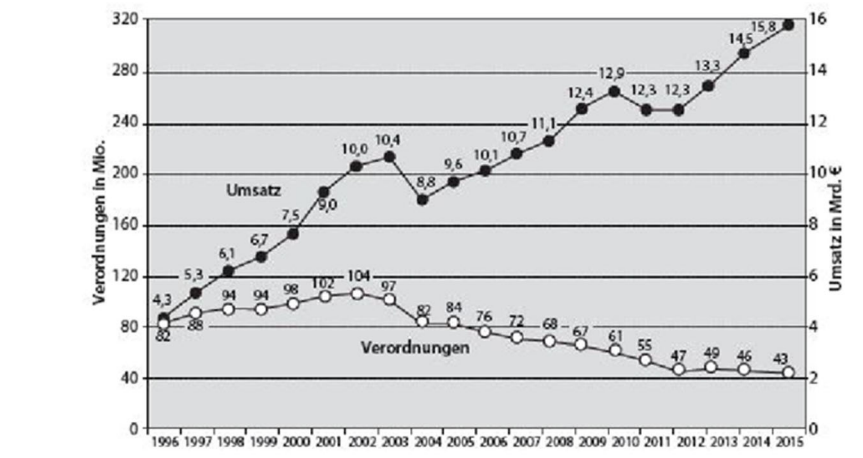


Abb. 2: Entwicklung der Arzneimittelverordnungen und der Kosten zu Lasten der GKV in den Jahren 1995-2015

Diese Entwicklung ist unter anderem der Tatsache geschuldet, dass unter den umsatzstärksten Arzneimitteln überwiegend neue, patentgeschützte und sehr kostenaufwändige Substanzen zu finden sind. Erhebliche Einsparungen ohne Qualitätseinbußen können durch die Rezeptierung patentfreier Generika, erreicht werden. Diese erreichten 2015 einen Anteil von 76,4 % an allen Verordnungen zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung, ihr Anteil an den Kosten betrug jedoch nur 35,6 %.

### [Wie stelle ich ein Rezept aus?](#)

Verschreibungspflichtige Medikamente dürfen in Deutschland von Apotheker\*innen nur gegen Vorlage eines korrekt ausgefüllten und unterschriebenen Rezepts an Patient\*innen abgegeben werden. Zur Erstellung eines solchen Formulars sind approbierte Ärzt\*innen, Zahnärzt\*innen und Tierärzt\*innen berechtigt, wobei sie nur Präparate verordnen dürfen, die zur Therapie in ihrem Tätigkeitsbereich zugelassen sind (z. B. dürfen Zahnärzt\*innen keine Verhütungsmittel verschreiben). Jedoch sind Fachärzt\*innen nicht ausschließlich auf ihren Fachbereich beschränkt. Ein „Kassenrezept“ darf nur von Ärzt\*innen erstellt werden, die eine Zulassung durch die KV haben, Privatrezepte hingegen können alle approbierten Ärzt\*innen ausgeben.

<sup>6</sup> IMS Health, Juni 2016

Folgende Informationen müssen dem Rezept zu entnehmen sein:

- Name, Anschrift und Berufsbezeichnung des\*der Ärzt\*in (meist als Stempel)
- Datum der Ausstellung
- Name des Arzneimittels, Arzneiform (z.B. Kapseln, Tropfen, etc.) und Wirkstoffmenge pro Einheit (z.B. Tablette, Ampulle, etc.)
- Stückzahl oder Packungsgröße
- Vorname, Zuname und Adresse des Patienten/der Patientin
- Unterschrift des\*der Ärzt\*in

Diese Angaben werden (bis auf die Unterschrift) in den meisten Fällen automatisch per Computer auf die Blankoformulare gedruckt. In bestimmten Fällen bietet es sich an, die Informationen zu ergänzen. Dies kann handschriftlich ausgeführt werden, muss dann aber mit der eigenen Unterschrift und möglichst dem Stempelabdruck legitimiert werden. Einnahmeempfehlungen könnten z. B. Zusatzinformationen sein.

Kassenrezepte haben eine Gültigkeit von vier Wochen ab Ausstellungsdatum und dürfen nur auf standardisierten, bundesweit einheitlichen Vordrucken ausgestellt werden (Abb. 3). Privatrezepte hingegen können, wenn nicht spezifisch anders deklariert, drei Monate lang eingelöst werden und es bestehen keine Vorschriften bezüglich der äußeren Form. Für beide Rezeptarten gilt, dass maximal drei Präparate aufgeschrieben werden dürfen.

Das Bild zeigt ein Formular für ein Kassenrezept (Muster 16) mit folgenden Feldern:

- Krankenkasse bzw. Kostenträger:** Gebührl., Geb.-pfl., Hochz., Sonstige.
- Name, Vorname des Versicherten:** geb. am.
- Kostenträgerkennung, Versicherten-Nr., Status:**
- Betriebsstätten-Nr., Arzt-Nr., Datum:**
- Arbeitsunfall:** Unfall, Arbeitsunfall.
- Rezeptangaben:** Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen), Vertragsarztstempel.
- Abgabedatum in der Apotheke:** b b b r
- Unterschrift des Arztes:** Muster 16 (10.2014)
- Bei Arbeitsunfall auszufüllen!** Unfalltag, Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer.

Abb. 3: „Kassenrezept“

## „Aut idem“ und „noctu“

Auf den Vordrucken für Kassenrezepte befinden sich in der linken Randleiste verschiedene Kästchen, die in besonderen Fällen angekreuzt werden können. Neben den selbsterklärenden Angaben „Gebührenfrei“, „Gebührenpflichtig“, „Unfall“ und „Arbeitsunfall“, gibt es auch die Angaben

„noctu“ und „aut idem“. Durch die Angabe „noctu“ macht der\*die Ärzt\*in kenntlich, dass es sich um einen Notfall handelt, beim Einlösen in einer Notfall-Apotheke (nachts, an Sonn- und Feiertagen) werden den Patient\*innen dann die Notdienstgebühren erlassen. Die „aut idem“ (lat. „oder das Gleiche“) Kästchen stehen direkt neben den Präparaten. Werden sie nicht angekreuzt, können Apotheker\*innen den Patient\*innen statt der verordneten Präparate auch kostengünstigere Generika in gleicher Wirkungsstärke und Packungsgröße aushändigen. Das Ankreuzen des Kästchens entspricht dem Durchstreichen und verpflichtet die Apotheke, genau das verordnete Medikament abzugeben.

## Spezielle Rezepte

### Betäubungsmittelrezept (BtM)

Die Verschreibung von Betäubungsmitteln wie Morphinderivaten und speziellen psychotropen Substanzen wie Methylphenidat darf nur auf besonderen Rezeptvorlagen (Abb. 4) erfolgen (Ausnahme: Notfälle). Diese werden von der Bundesdruckerei hergestellt und werden durch den Arzt individuell bei der Bundesopiumstelle in Bonn beantragt. Um Missbrauch zu verhindern, müssen sie sicher verwahrt werden. Apotheken und ärztlichen Praxen erhalten nach Einlösen je einen Durchschlag und müssen diesen zu Dokumentationszwecken drei Jahre aufbewahren. Die Rezepte müssen vollständig mit Dosierungsanweisung und Abgabemenge ausgefüllt und von Ärzt\*innen persönlich mit ungekürzter Unterschrift signiert sein, die Angabe der Telefonnummer ist verpflichtend. Es dürfen nur zwei Betäubungsmittel gleichzeitig verordnet werden und es gibt für jeweils 30 Tage festgelegte Höchstmengen. Eine Abweichung davon muss medizinisch begründbar sein (z. B. besondere Schmerztherapie) und

wird durch den\*die Ärzt\*in mit „A“ gekennzeichnet.

Das Bild zeigt ein Muster-Betäubungsmittelrezept (BtM-Rezept) mit folgenden Details:

- Oben links:** Bundesdruckerei 01 13, Krankenkasse bzw. Kostenträger, Nachdruck verboten.
- Oben rechts:** TEIL II für die Apotheke zur Verrechnung mit Feldern für BVG (6), SpSt (9), Betrag, Pflicht, Apotheken-Nummer / IK.
- Mitte links:** Felder für Name, Vorname des Versicherten, Kassen-Nr., Versicherten-Nr., Status, Betriebsstätten-Nr., Arzt-Nr., Datum.
- Mitte rechts:** Felder für Zuzahlung, Gesamt-Betrag, Abrechnung (Hilfsmittel-Nr., Faktor, Taxe), 1. Verordnung, 2. Verordnung, 3. Verordnung.
- Unten links:** Rp. (Bitte Leeräume durchstreichen), SSSH, Abgabedatum in der Apotheke, 123456789, Unterschrift des Arztes (BtM-Rp. (12.2011)).
- Unten rechts:** Unterschrift des Arztes (BtM-Rp. (12.2011)).
- Linksrand:** Vertikale Beschriftung: „Bitte kräftig und deutlich schreiben.“
- Wasserzeichen:** Ein großes, diagonales „Muster“ Wasserzeichen überlagert den zentralen Teil des Formulars.

Abb. 4  
Betäubungsmittelrezept (BtM-Rezept)

## Grünes Rezept

Auf einem „Grünen Rezept“ (Abb. 5) kann der Arzt beliebig viele rezeptfreie Arzneimittel notieren, deren Einnahme er für medizinisch empfehlenswert hält, die aber von der gesetzlichen Krankenkasse nicht erstattet werden und somit von Patient\*innen selbst bezahlt werden müssen. Mittlerweile haben sich jedoch viele Krankenkassen dazu bereit erklärt, die Kosten für bestimmte derartige Arzneimittel als individuell festgelegte Satzungsleistung zu übernehmen.

Das Formular für ein Grünes Rezept ist in mehrere Abschnitte unterteilt. Oben links sind Felder für den Namen und das Geburtsdatum des Versicherten vorgesehen. Rechts daneben befinden sich Felder für das Bezugsdatum, die Apothekennummer und die IK-Nummer. Darunter ist ein Feld für das Gesamt-Brutto und eine Tabelle für die Auflistung der Arzneimittel mit den Spalten für die Arzneimittel-Nummern (Arzneimittel-Hilfsmittel-Heilmittel-Nr.), den Faktor und die Taxe. Ein großer, diagonaler Wasserzeichen 'MUSTER' ist über das gesamte Formular gelegt. Unten links steht der Hinweis: 'Dieses Rezept können Sie bei vielen gesetzl. Krankenkassen zur Voll- oder Teilerstattung als Satzungsleistung einreichen.' Unten rechts ist ein Feld für die Unterschrift des Arztes vorgesehen.

Abb. 5: „Grünes Rezept“

Initiative Grünes Rezept - c/o amedicon GmbH - Postf. 160119 - 53060 Bonn - Fax 0228/304146489

Eine häufig von Studierenden berichtete Schwierigkeit ist die Umsetzung von theoretisch erlerntem Wissen in die praktische Tätigkeit an den zu behandelnden Personen. Konkret kann das bedeuten, dass zwar im Pharmakologiekurs z. B. Antihypertensiva in ihrer Pharmakokinetik und -dynamik erklärt und verstanden wurden, Sie sich aber dennoch die Frage stellen wie Sie im Detail den Blutdruck von Patient\*innen medikamentös einstellen. Welche Substanz mit welcher Dosierung Sie wählen, wie und wann Sie kontrollieren?

Zunächst müssen in diesem Fall natürlich Indikation geklärt und andere nicht-medikamentöse Methoden besprochen und ausprobiert worden sein. Für die dann mögliche Verordnung des richtigen Präparats und das angemessene Vorgehen sollen Ihnen die in den QR-Codes hinterlegten Informationen zu den aufgeführten Basistherapeutika eine hilfreiche Anleitung sein. Es ist immer zu beachten, dass jede Medikamentenverordnung individuell auf die jeweiligen zu behandelnden Personen abgestimmt werden muss und durch die Fülle an möglichen Voraussetzungskombinationen – entgegen dem Wunsch vieler Studierenden - kein einheitliches „Kochrezept“ zur Hand gegeben werden kann.

## Die wichtigsten Basistherapeutika

<p><i>Herz-Kreislaufmedikamente</i></p> <p><i>Antibiotika Protonenpumpenhemmer</i></p> <p><i>Analgetika</i></p> <p><i>Cholesterin-Synthese-Enzymhemmer (Statine)</i></p> <p><i>Schilddrüsenhormone</i></p> <p><i>Antidepressiva</i></p> <p><i>Bronchospasmolytika</i></p>	
---	---

Um den Umfang des Kapitels nicht zu sprengen, finden Sie die wichtigsten Informationen zu Basistherapeutika, die in der hausärztlichen Praxis häufig verordnet werden, unter obigem QR-Code.





## Palliativmedizin – Betreuung unheilbar Kranker und Sterbender



*„Es kommt nicht darauf an, dem Leben mehr Jahre zu geben,  
sondern den Jahren mehr Leben.“*

Alexis Carrel

### Inhalt

Die Besonderheit hausärztlicher Betreuung unheilbar Kranker und Sterbender.

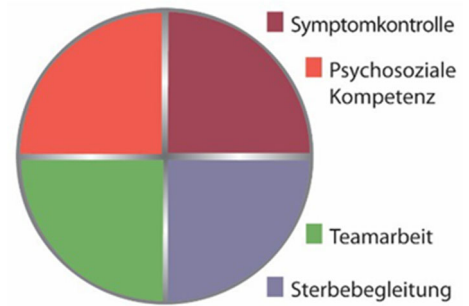
#### **Besonders betrachten werden wir...**

- die Definition des Begriffs Palliativmedizin und die Unterschiede zwischen palliativer und kurativer Behandlung
- die Bedeutung einer palliativen Erkrankung für Patient\*innen und dessen Angehörige
- die besonderen Anforderungen an die hausärztliche Betreuung unheilbar Erkrankter und sterbender Personen
- Strukturen der interprofessionellen Vernetzung in der Betreuung der Betroffenen
- Besonderheiten der ambulanten Schmerz- und Begleittherapie
- Aspekte der Aufklärung und Kommunikation mit den Patient\*innen und Ihrem Umfeld
- ethische und juristische Aspekte der Betreuung

#### **Palliativmedizin – Fürsorge bis ans Lebensende**

Definitionsgemäß steht bei der Palliativmedizin nicht die Heilung von Patient\*innen, sondern die Verbesserung der Lebensqualität, die Erhaltung der Selbstbestimmung und das Ermöglichen eines menschenwürdigen Lebens bis zum Tod im Vordergrund. Die Familie und das soziale Umfeld sind dabei eng mit einbezogen.

Ziele der Palliativmedizin bestehen aus vier wesentlichen Komponenten: Symptomkontrolle, psychosoziale Kompetenz, Teamarbeit u. Sterbebegleitung. Palliativmedizinische Bemühungen schließen pharmakologische und/oder operative Therapien nicht aus. Die wichtigste Maßgabe ist jedoch, dass der unmittelbare Nutzen für das Wohlbefinden der Patient\*innen die möglichen Nebenwirkungen deutlich überwiegt.



## Die Bedeutung palliativer Erkrankungen für die Patient\*innen und deren Angehörige

Ist ein Mensch mit einer infausten Prognose bzw. Erkrankung konfrontiert, stellt das für ihn selbst, aber auch für sein familiäres und soziales Umfeld einen weitreichenden Einschnitt dar. Neben den unmittelbaren physischen Problemen wie Schmerzen oder dem Verlust der körperlichen Integrität kommt es im Verlauf auch zu weitreichenden psychischen Veränderungen, die das Krankheitserleben und auch den Umgang mit dem Erkrankten maßgeblich beeinflussen. Um diese Prozesse besser verstehen zu können, hilft das „Modell der fünf Sterbephasen“, welches die amerikanische Ärztin Elisabeth Kübler-Ross 1969 veröffentlichte<sup>7</sup>:

### 1. Phase: Nicht-wahrhaben-wollen / Isolierung (engl.: denial)

Die Betroffenen können die Diagnose bzw. die sich ergebenden Konsequenzen noch nicht akzeptieren, erwägen die Möglichkeiten der Fehldiagnose und hoffen auf Heilungschancen. Oft werden unrealistische Zukunftspläne geschmiedet und die körperliche Leistungsfähigkeit besonders unterstrichen.

### 2. Phase: Zorn und Ärger (engl.: anger)

Die Betroffenen erleben verschiedene Emotionen wie Ärger, Zorn und Neid und hadern mit dem Schicksal. Die erlebten Gefühle werden oft auch gegen das soziale Umfeld gerichtet.

### 3. Phase: Verhandeln (engl.: bargaining)

In dieser oft nur kurzen Phase versuchen die Erkrankten, mit „höheren Instanzen“ zu verhandeln. Dies können die betreuenden Ärzt\*innen sein ebenso wie religiöse Götter oder andere höhere Mächte. Gelübde werden abgelegt oder Versprechen gegeben mit dem Ziel, sich dadurch Lebenszeit zu „erkaufen“ (z. B. „Dieses oder jenes werde ich ändern, wenn ich weiterleben darf.“).

### 4. Phase: Depression (engl.: depression)

Diese Phase ist durch Hoffnungslosigkeit, Trauer und eventuell Reue gekennzeichnet.

### 5. Phase: Zustimmung (engl.: acceptance)

In dieser letzten Sterbensphase nimmt der Betroffene sein Schicksal an und beginnt damit, sich vom eigenen Leben und dem sozialen Umfeld zu verabschieden und zu lösen.

<sup>7</sup> E. Kübler Ross, Interview mit Sterbenden, 5. Aufl., Verlag Kreuz, Freiburg, 2013

Das Durchlaufen dieser Phasen ist ein dynamischer Prozess und kann individuell sehr unterschiedlich verlaufen. Wichtig für die Betreuenden ist, dass sie versuchen, sich bewusst zu machen, an welchem Punkt der Verarbeitung sich der Betroffene befindet und welche Bedürfnisse (Trost, Gespräche, Zuwendung etc.) sich daraus ergeben. Auch enge Bezugspersonen können viele der oben aufgeführten Emotionen selbst erleben und ebenfalls oben genannte Phasen durchlaufen. Die Betreuung Sterbender muss daher auch die Bedürfnisse der Angehörigen berücksichtigen und ihren physischen und psychischen Anforderungen gerecht werden.

### Versorgung und Kommunikation mit unheilbar Kranken

Die Bedürfnisse Schwerkranker & Sterbender unterscheiden sich primär nicht von denen gesunder Menschen und lassen sich daher grundsätzlich mit Hilfe der von dem amerikanischen Sozialpsychologen A. Maslow konstruierten hierarchischen Bedürfnispyramide kategorisieren. Durch die durch Krankheit und den Sterbeprozess veränderten Lebensumstände rücken jedoch ganz andere Bedürfnisse in den Vordergrund und verlangen nach Problemlösungen, mit denen Gesunde so nicht konfrontiert sind. Die folgenden nach der Bedürfnispyramide kategorisierten Beispiele sollen davon einen Eindruck vermitteln:

#### **Physiologische Bedürfnisse**

- Schutz vor körperlichen u. seelischen Leiden (Schmerzen, Atemnot, Angst, Depression...)
- Möglichst geringer körperlicher Verfall (Immobilität, dementielle Entwicklung...)
- Problemlose Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme
- Kontrolle der Ausscheidungsprozesse
- Schlaf/Ruhe
- Sicherstellung der Körperhygiene

#### **Sicherheitsbedürfnisse**

- Gute pflegerische Versorgung bis zum Lebensende
- Verfügbarkeit von Hilfsmitteln #
- Finanzielle Absicherung

#### **Soziale Bedürfnisse**

- Familiäre Bindungen
- Integration in Freundeskreis und Gesellschaft
- Knüpfen neuer Bindungen oder Beziehungen

#### **Individualbedürfnisse**

- Wahrung von Würde und Respekt
- Gefühl, gebraucht zu werden und nicht zur Last zu fallen
- Rücksichtnahme auf Intimität und Schamgefühl
- Achtung von Religiosität

#### **Bedürfnis nach Selbstverwirklichung**

- Umsetzung eigener Ideen (Gestaltung des Zimmers ...)
- Beibehalten von Ritualen, Pflege persönlicher Gegenstände (Schmuck, Kosmetik ...)
- Mitbestimmung über den Tod hinaus (Testament aufsetzen, Beerdigung planen ...)

Die oben genannten Bedürfnisse befriedigen zu können, stellt für alle Beteiligten eine große Herausforderung dar. Um eine optimale Versorgung sicherzustellen, müssen verschiedenste Ressourcen bemüht werden.

Die Betreuung unheilbar Kranker stellt Ärzt\*innen nicht nur medizinisch vor große Herausforderungen, sondern erfordert auch zwischenmenschliche Qualitäten und gute Kommunikationsfähigkeiten. Beachtet man im Umgang mit Patient\*innen und Angehörigen einige wesentlichen Aspekte, kann die sehr anspruchsvolle Arbeit der Sterbebegleitung zu einer erfüllenden und intensiven hausärztlichen Tätigkeit werden.

- **Vertrauen schaffen und darauf aufbauen**

Die richtige Mischung aus Empathie und Fachkompetenz ist das wichtigste Fundament für eine Beziehung zu den Patient\*innen, die auch in schweren Zeiten Bestand haben und den Betroffenen Sicherheit geben und Ängste nehmen soll.

- **Sich Zeit nehmen**

Palliativversorgung ist deutlich zeitaufwändiger als andere Gebiete der Patientenversorgung, z. B. da Hausbesuche notwendig und die Untersuchungen durchzunehmenden körperlichen Abbau erschwert werden. Und auch, weil das Führen von Gesprächen und Zuhören essentiell wichtig sind, um den Betroffenen ein authentisches Interesse für ihr Befinden, ihre Probleme und Ängste zu vermitteln.

- **Selbstbestimmung fördern**

Ziel sollte sein, die Selbstständigkeit der Patient\*innen möglichst lange aufrecht zu erhalten. Dazu gehört die aktive Einbindung in Entscheidungsprozesse und das Respektieren der Wünsche.

- **Abwehrmechanismen respektieren**

Einerseits gehört es zur ärztlichen Pflicht, die Betroffenen umfassend und gleichzeitig behutsam über Krankheitsverlauf und Prognose aufzuklären. Andererseits sollte jegliche Reaktion (auch Verdrängung, Aggressionen und andere Formen der Abwehr) respektiert werden und den Patient\*innen sollte im Rahmen seiner psychischen Möglichkeiten Schritt für Schritt den therapeutischen Fortgang selbst bestimmen können.

- **Schlechte Prognosen ansprechen, Wünsche erfragen**

Die Patient\*innen empfinden eine klare Kommunikation über „schwierige Themen“ wie Sterben und Tod oft als erleichternd und entlastend, zumal sie sich selbst in den meisten Fällen ohnehin ständig darüber Gedanken machen. Werden die Wünsche der Patient\*innen frühzeitig besprochen, kann dies unter Umständen manche Entscheidung im Verlauf erleichtern. Auch Themen wie Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht sollten angesprochen werden.

- **Emotionale Schwierigkeiten und Suizid ansprechen**

Besonders in der ersten Zeit nach der Diagnosestellung befinden sich Patient\*innen häufig in einem emotionalen Ausnahmezustand. Um diesen primär zu erkennen und Interventionsmöglichkeiten zu ergründen, muss die behandelnde Hausarztpraxis diese Themen ansprechen.

- **Sachliche Informationen bereithalten**

Da Ängste häufig durch Unwissenheit genährt werden, sollten Ärzt\*innen stets versuchen, der zu behandelnden Person alle diagnostischen und auch therapeutischen Vorgänge gut verständlich zu erklären. Nur so wird eine Mitbestimmung überhaupt ermöglicht.

## Versorgungsstrukturen für Palliativpatient\*innen

Um die Palliativpatienten\*innen im Krankheitsverlauf adäquat begleiten zu können, ist professionelle medizinische und pflegerische Hilfe oft unerlässlich. Hierbei spielt die interprofessionelle Zusammenarbeit eine besonders wichtige Rolle. Das Wissen verschiedener Spezialist\*innen (aus Physio- und Ergotherapie, Logopädie, Pflegewissenschaft, Medizin...) sollte in das Pflege- und Behandlungskonzept der Palliativpatient\*innen einfließen. In Deutschland haben sich folgende Strukturen entwickelt, die für die Betreuung unheilbar Kranker bemüht werden können:

### **Allgemeine ambulante palliative Versorgung (AAPV)**

Hinter diesem Begriff verbirgt sich die erste Stufe der palliativen Betreuung, die gleichzeitig die wichtigste Versorgungsebene darstellt. Ein Großteil der Palliativpatient\*innen kann ambulant ausreichend versorgt werden. Erklärtes Ziel ist es „die Lebensqualität und die Selbstbestimmung von unheilbar erkrankten Personen so weit wie möglich zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer gewohnten Umgebung [...] zu ermöglichen“<sup>8</sup>. Die Betreuung wird vorrangig durch Spezialist\*innen der Primärversorgung geleistet. Dazu gehören niedergelassenen Haus- und Fachärzt\*innen (z. B. aus Pädiatrie) und ambulante Pflegedienste. Alle am Behandlungskonzept Beteiligten müssen durch spezielle Schulungen für diese Aufgabe qualifiziert sein. Grundvoraussetzung für Ärzt\*innen ist eine 40-stündige Basisweiterbildung Palliativmedizin, für Pflegefachkräfte ein 160-stündiger Kurs „Palliative Care“. Darüber hinaus sind sie zu regelmäßiger Weiterbildung verpflichtet. Je nach Bedarf der betroffenen Personen und der Angehörigen können noch weitere Akteure in die Betreuung involviert werden. So kann ein ambulanter Hospizdienst auf psychosozialer Ebene unterstützend wirken und auch die Zusammenarbeit mit regionalen Kooperationspartnern wie Apotheken, Sanitätshäusern, Selbsthilfegruppen oder kirchlichen Seelsorger\*innen ist eine Bereicherung.

### **Spezielle ambulante palliative Versorgung (SAPV)**

Bei besonders komplexen Verläufen, sehr pflegeintensiven Erkrankungen oder in besonderen Krisensituationen, kann der Einsatz eines spezialisierten Palliativteams (Palliative Care Team) notwendig werden und im Idealfall einer stationären Einweisung vorbeugen. Zu solchen Teams gehören speziell ausgebildete Palliativärzt\*innen und -pfleger\*innen, die im Rahmen einer ausschließlich auf dieses Gebiet ausgerichteten Struktur arbeiten. Sie stehen in enger Kooperation mit den Primärversorger\*innen und stellen ein umfassendes, individuelles Unterstützungsmanagement auf, das sich u. a. durch Multiprofessionalität und 24-stündige Erreichbarkeit an sieben Tagen in der Woche auszeichnet. Für die Betreuung schwerstkranker Kinder und Jugendlicher gibt es eine spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung. Die SAPV muss ärztlich angefordert werden.

### **Hospizbewegung**

Hauptziel der Hospizbewegung (von lat.: hospitium = Herberge) ist neben der Verbesserung der Bedingungen für Sterbende und deren Angehörige auch die Integration von Tod und Sterben ins alltägliche

<sup>8</sup> „Arbeitspapier zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung“, Gemeinsame Arbeitsgruppe APV des DHPV und der DGP, Stand 2013, [https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/20130422\\_Arbeitspapier\\_DGP\\_DHPV.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/20130422_Arbeitspapier_DGP_DHPV.pdf)

Leben durch eine intensive Sterbebegleitung. Zu den von der Bewegung initiierten Einrichtungen gehören der ambulante Hospizdienst sowie stationäre Hospize.

### **Ambulanter Hospizdienst**

In den letzten Jahrzehnten entwickelte sich diese Form der Unterstützung oft aus Bürger\*inneninitiativen, Wohlfahrtsverbänden oder kirchlichen Gruppierungen heraus. Charakteristisch ist der Dienst ehrenamtlicher Mitarbeiter\*innen, die vielfältige Aufgaben der psychosozialen Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen übernehmen, angefangen von Gesprächen über die Begleitung bei Spaziergängen bis hin zu kleinen Handreichungen im Haushalt. Häufig sind sie auch über den Tod hinaus für die Hinterbliebenen eine wichtige Unterstützung in der Trauerarbeit. In Deutschland gibt es derzeit rund 1500 ambulante Hospizdienste.

### **Stationäre Hospize**

1986 wurde in Deutschland die erste dieser stationären Pflegeeinrichtungen eröffnet, deren Ziel es ist, Sterbenden in angenehmem, familiärem Umfeld rund um die Uhr ganzheitliche Pflege und medizinische Versorgung zukommen zu lassen. Stationäre Hospize sind baulich, organisatorisch und wirtschaftlich eigenständige Einrichtungen mit separatem Personal und Konzept. Sie verfügen mindestens über acht und in der Regel höchstens über 16 Betten. Stationäre Kinderhospize sind speziell auf die Bedürfnisse sterbender Kinder ausgerichtet. Die Versorgung wird durch haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Hospizes in Zusammenarbeit mit palliativmedizinisch erfahrenen (Haus)Ärzt\*innen gewährleistet. Deutschlandweit gibt es mittlerweile über 230 derartige Einrichtungen.<sup>9</sup>

### **Palliativstationen**

Eine andere Möglichkeit der stationären Versorgung unheilbar Kranker sind Palliativstationen, die in immer mehr Krankenhäusern als eigenständige Abteilungen eingerichtet sind. Sie unterscheiden sich von anderen Stationen u. a. durch eine wohnlichere Gestaltung und einen höheren Personalschlüssel. Darüber hinaus haben die Beschäftigten eine besondere Ausbildung in der Palliative Care absolviert. Durch die dauerhafte Präsenz von Ärzt\*innen und Pflegepersonal gelingt so die Linderung von krankheitsbedingten Beschwerden häufig besser als zu Hause. Ziel des durch die Kostenträger begrenzten Aufenthaltes ist die Entlassung zurück in das häusliche Umfeld.

## [Palliativmedizinische hausärztliche Tätigkeit](#)

Die Hauptaufgabe der Allgemeinmediziner\*innen in der Betreuung von Palliativpatient\*innen ist die symptomatische Therapie von Begleiterscheinungen der zugrundeliegenden Erkrankung, die die Lebensqualität einschränken. Eine 2002 erschienene Studie<sup>10</sup> identifizierte die häufigsten Symptome, über die Patient\*innen bei Aufnahme auf eine Palliativstation klagten (Tab. 1). Diese sollten sich weitestgehend mit denen decken, die auch Anlass für hausärztliche Konsultationen sind.

<sup>9</sup> Informationen vom Deutschen Hospiz- und Palliativverband e.V., [http://www.dhpv.de/themen\\_hospize.html](http://www.dhpv.de/themen_hospize.html)

<sup>10</sup> L. Radbruch et. al, What is palliative care in Germany? Results from a representative survey. J Pain Symptom Management 23: 471–83

Symptom	Häufigkeit	Symptom	Häufigkeit
Schwäche	76,5%	Schlafstörungen	11,4%
Schmerzen	64,6%	Husten	11%
Appetitlosigkeit	49,6%	Aszites	8,9%
Übelkeit	36,8%	Dysphagie	8,7%
Kachexie	32,9%	Urologische Symptomatik (Harnverhalt, HWI...)	7,5%
Dyspnoe	29,4%	Meteorismus/ Dyspepsie	6,2 %
Obstipation	24,2%	Fieber	5,2%
Neurologische Symptome (Krampfanfälle...)	15%	Diarrhö	5,2%

Tab. 1: Häufigkeit von Beschwerden in der Palliativmedizin (In 93,7 % der Fälle wurden mehrere Symptome genannt)

Nicht erfasst wurden psychische Probleme, vornehmlich Ängste und depressive Zustände, die allerdings ebenfalls sehr häufig in Palliativsituationen auftreten.

## Symptomlinderung

### Schmerztherapie

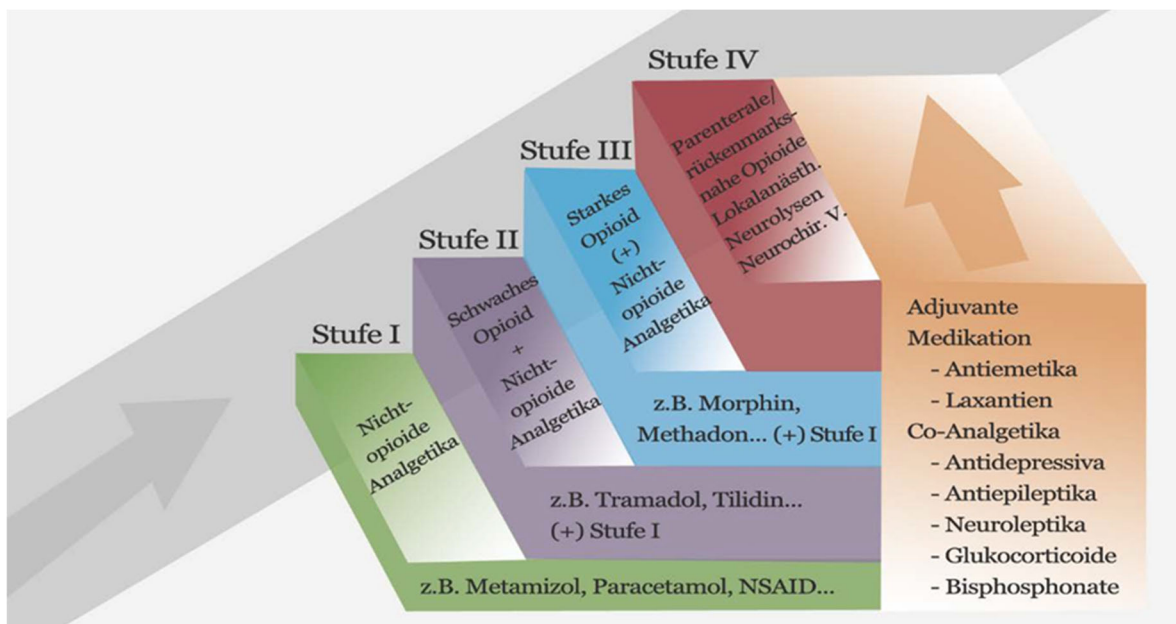


Abb. 3: WHO-Stufenschema in der Schmerztherapie

Um eine adäquate Schmerztherapie durchführen zu können, sollte man sich von folgenden Therapiegrundsätzen leiten lassen (nach Kochen, „Allgemein- und Familienmedizin“):<sup>11</sup>

1. Wahl der Medikamente gemäß WHO-Stufenschema (siehe oben Abb. 3)
2. Wahl eines geeigneten Applikationswegs (oral, sublingual, subkutan etc.)
3. festes Zeitschema vorgeben (Berücksichtigung von Halbwertszeit und Wirkeintritt)
4. Wahl einer adäquaten Dosierung
5. Bereitstellung von zusätzlicher Bedarfsmedikation (kurz-wirksame Präparate, rund 1/6 der Gesamtopioiddosis)
6. prophylaktisch eventuellen Nebenwirkungen der Therapie vorbeugen (Einsatz von oben aufgeführter adjuvanter Medikation)
7. bedarfsgerechte Aufklärung von Patient\*innen und Angehörigen (Wirkung und Nebenwirkung)

Bei fachgerechter medikamentöser Therapie besteht keine Gefahr für die Entwicklung einer psychischen Abhängigkeit, auch die Gefahr der Atemdepression ist bei schmerzadaptierter Therapie in Relation zum Benefit der Medikation zu setzen und kann oft vernachlässigt werden.

### Gastrointestinale Symptomatik

Häufig auftretende Symptome im palliativen Verlauf sind Übelkeit und/oder Erbrechen. Zu den vielfältigen Ursachen gehören u.a. erhöhter Hirndruck, Obstipation, Schmerzen, oder Hyperkalziämien. Daher sollte es primäres Therapieziel sein, die Ursachen zu beseitigen. Häufig finden Laxantien (Macrogol, Natriumpicosulfat, Glycerol oder Klistiere) in der Palliativmedizin Anwendung. Vertreter der folgenden Medikamentengruppen kommen oft zur Linderung von Übelkeit zur Anwendung:

Pronikentika (z.B. MCP, Domperidon)

- Antihistaminika (z.B. Dimenhydrinat)
- Neuroleptika (z.B. Haloperidol)
- Steroide
- 5-HT<sub>3</sub>-Antagonisten (z.B. Ondansetron)
- Benzodiazepine (z.B. Lorazepam, Oxazepam, Cannabinoide (Dronabinol))

### Respiratorische Symptomatik

Das häufigste Problem dieser Kategorie ist die Dyspnoe, zumal diese Probleme auch für die Angehörigen sehr belastend und beängstigend sein können. Das bedeutendste Mittel zur Therapie der Dyspnoe in der Palliativmedizin ist **Morphin**, welches zur Dämpfung des Atemzentrums führt und den Patient\*innen zu einem ruhigeren Atemrhythmus und effektiverem Atmen verhilft.

<sup>11</sup> Nach A. Simmenroth-Nayda et. al.: in Kochen (Hrsg.) Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 4. Auflage 2012



Es gibt im Sterbeprozess noch eine Vielzahl anderer Beschwerden, die eine wohlüberlegte Therapie notwendig machen. So kann der Einsatz von Kortikosteroiden zur Appetitanregung als auch zur Stimmungsaufhellung und zum Abschwellen von Ödemen erwogen werden. In der Terminalphase wiederum können Benzodiazepine wichtig werden, mit deren Hilfe das Bewusstseinsniveau reduziert werden kann, um den Kranken allzu starke Ängste und Unruhe zu ersparen.

### Ethische und juristische Fragen in der Palliativversorgung

Bedingt durch den demografischen Wandel, die zunehmende Verbreitung palliativmedizinischer Strukturen und die erhöhte Präsenz des Themas in der Öffentlichkeit, rücken auch ethische Fragestellungen zu diesem Thema zunehmend in den Vordergrund. Hierzu sollten Ärzt\*innen informiert sein und Auskunft geben können.



#### 1. Patientenverfügung >I< und Vorsorgevollmacht >I<

Diese Dokumente ermöglichen die Bekundung eigener Wünsche in Bezug auf medizinische Behandlung bzw. die Betreuung für den Fall des Verlusts der eigenen Geschäftsfähigkeit. Die Angaben in der Patientenverfügung sind für die behandelnden Ärzt\*innen bindend, sollte die beschriebene Situation eintreten.

#### 2. Mögliche Therapieeinschränkungen

Im Verlauf progressiver Erkrankungen treten immer wieder Fragen dazu auf, in welchem Ausmaß die zu behandelnde Person weitere Diagnostik und Therapie in Anspruch nehmen will., Es sollte möglichst frühzeitig mit den Patient\*innen und ihren Angehörigen darüber gesprochen und erklärt werden, dass zu jedem Zeitpunkt die Option bestehe, eine Therapie abubrechen, zu begrenzen oder auf sie zu verzichten.

#### 3. Sterbehilfe

Dieses Thema hat in den letzten Jahren eine starke mediale Aufmerksamkeit erfahren und wurde auf vielen Ebenen kontrovers diskutiert. An dieser Stelle kann diese Debatte nicht abschließend geführt werden, es können aber einige Begrifflichkeiten klargestellt werden. Generell unterscheidet man drei Formen der Sterbehilfe: die aktive und die passive Form sowie der assistierte Suizid.

Die **aktive Sterbehilfe** beschreibt die gezielte Herbeiführung des Todes auf Grund eines tatsächlichen oder mutmaßlichen Wunsches einer Person. Meist wird sie durch überdosierte Medikamentengaben realisiert. Ein solches Vorgehen ist in Deutschland verboten.

Die **passive Sterbehilfe** beschreibt das Zulassen eines begonnenen Sterbeprozesses durch Verzicht, Abbrechen oder Reduzieren lebensverlängernder Behandlungsmaßnahmen wie beispielsweise Beatmung oder künstlicher Ernährung.

Von **assistiertem Suizid** spricht man, wenn einer Person durch Handreichungen (meist durch das Anreichen von Medikamenten, nicht aber durch Verabreichen) die Selbsttötung ermöglicht wird.

Raum für Ihre Notizen

---

**Nachdem Sie dieses Kapitel durchgearbeitet haben,  
sollten Sie in der Lage sein, folgende Fragen zu beantworten:**

- Welche Grundbedürfnisse der Betroffenen sollten Sie als Arzt\*Ärztin bei der Betreuung unheilbar Kranker berücksichtigen?
- Können Sie die Bedeutung einer palliativen Erkrankung für Patient\*innen und Angehörige erläutern?
- Können Sie die Strukturen interprofessioneller Zusammenarbeit bei der Betreuung unheilbar Kranker und Sterbender beschreiben?
- Was erachten Sie als die wichtigsten Aspekte in der ärztlichen Kommunikation mit unheilbar kranken Menschen?
- Sind Sie mit ethischen und rechtlichen Aspekten in der Palliativversorgung vertraut?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

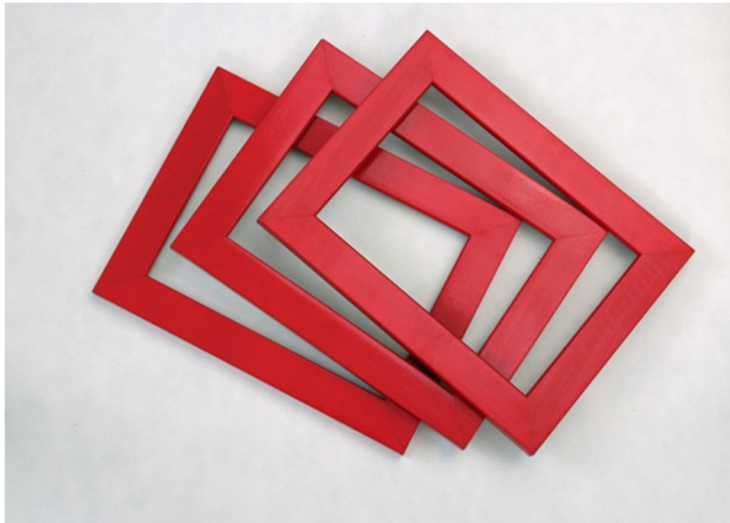
---

---

---

---

## Rahmenbedingungen der vertragsärztlichen Versorgung



### Inhalt

Die hausärztlichen Tätigkeiten als Teil der vertragsärztlichen Versorgung und ihre Bedeutung im deutschen Gesundheitswesen.

#### **Besonders betrachten werden wir...**

- die Grundstrukturen und die Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens
- das Prinzip und die wichtigsten Akteure der ärztlichen Selbstverwaltung
- die finanziellen Grundlagen und Arbeitsmodelle hausärztlicher Praxen
- Grundzüge des Formularwesens
- die Konflikte zwischen ökonomischer Kalkulation und medizinisch wünschenswerter Versorgung

Das deutsche Gesundheitswesen ist ein sehr komplexes Konstrukt und besteht aus zahlreichen Akteuren mit unterschiedlichen Aufgabenfeldern sowie zahlreichen Interaktionen und Interessen.

Aufgrund der großen gesellschaftlichen Bedeutung der Gesundheitsversorgung sind damit verbundene Themen immer wieder Gegenstand öffentlicher Diskussionen und politischer Verhandlungen. Nicht selten führen dabei Entscheidungen zu Unmut und Unverständnis da die zugrundeliegenden Zusammenhänge nicht bekannt sind.

Alle praktizierenden Ärzt\*innen sind als Leistungserbringer automatisch Teil des Gesundheitssystems und sollten daher die wichtigsten Grundpfeiler und Funktionsweisen ebenso kennen, wie die ökonomischen Grundlagen und die damit verbundenen Diskussionen und Konflikte.

Um hier wichtige Grundsteine zu legen, befasst sich der folgende Artikel mit Aspekten, die für die hausärztliche Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung relevant sind.

## Ärztliche Selbstverwaltung

Die individuelle ärztliche Arbeit ist sehr detaillierten Vorschriften unterworfen, die jedoch nur teilweise durch den Gesetzgeber vorgegeben werden. Vielmehr beschränkt sich der Staat auf die Festlegung von Rahmenvorschriften und delegiert die Konkretisierung und Ausgestaltung an sogenannte korporatistische Verbände, Gruppen also, deren Mitglieder aufgrund ihrer gleichen beruflich hochspezialisierten Tätigkeit ihr Schaffen in Selbstverwaltung reglementieren dürfen. In der Regel sind dies Körperschaften oder Anstalten des öffentlichen Rechts, deren Mitglieder ihnen kraft Gesetzes angehören.

Die auf Ebene der Leistungsbringer (niedergelassene Ärzt\*innen, Krankenhäuser) geschaffenen Verbände treten mit denen der Leistungsfinanzierer (Krankenkassen und Versicherungen) in Verhandlung, um in gemeinsamen Verträgen zum Beispiel Vergütungen, Maßnahmen der Qualitätssicherung oder Leistungsumfänge abzustimmen. Diese fest institutionalisierten Verhandlungsabläufe werden als „gemeinsame Selbstverwaltung“ bezeichnet, die ein Grundcharakteristikum des deutschen Gesundheitswesens ist und sich somit deutlich von staatlichen Gesundheitssystemen mit nationalem Gesundheitsdienst (z. B. Großbritannien) unterscheidet.

Folgende Verbände wurden geschaffen, um die ärztliche Selbstverwaltung zu ermöglichen:

### **1. Ärztekammern und Ärztetag**

Da per Grundgesetz weite Bereiche des deutschen Gesundheitswesens der Länderebene zugeordnet werden, wurden bundesweit 17 Landesärztekammern gegründet (das Land Nordrhein-Westfalen hat zwei eigenständige Kammern).

Sie sind die Träger der berufsständischen Selbstversorgung und sind als Körperschaften des öffentlichen Rechts für die meisten beruflichen Belange der Ärzteschaft verantwortlich. Alle Ärzt\*innen sind Pflichtmitglieder der Kammer und unterstützen mit einer per Beitragsordnung festgelegten jährlichen Zahlung deren Arbeit.



Die rechtliche Grundlage der Ärztekammern bildet das Heilberufe-Kammergesetz, das jeweilige Landesministerium hat die Rechtsaufsicht inne, die Fachaufsicht übt die Kammer selber aus.

Die Aufgaben der Landesärztekammern sind sehr vielfältig. Dazu zählen hauptsächlich:

- Entwicklung von Satzungen (Satzung der Ärztekammer, Berufsordnung, Weiterbildungsordnung)
- Abnahme von Prüfungen (beispielsweise Facharztprüfungen)
- Überwachung der Berufsausübung und Vertretung der Berufsinteressen der Ärzt\*innen
- Förderung der ärztlichen Fortbildung und Qualitätssicherungsmaßnahmen
- Zusammenstellen von Ethikkommissionen
- Vertretung der Berufsinteressen der Ärzt\*innen
- Unterstützung des öffentlichen Gesundheitsdienstes und fachliche Mitwirkung bei der Gesetzgebung
- Vermittlung bei Streitigkeiten unter Ärzt\*innen sowie zwischen Ärzt\*innen und Patient\*innen, Einrichtung von Gutachter- und Schlichtungsstellen
- Organisation der Ausbildung und Prüfung der Medizinischen Fachangestellten
- Herausgabe eines offiziellen Mitteilungsorgans („Deutsches Ärzteblatt“)

Die Bundesärztekammer ist die Spitzenorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung und ist organisiert als Arbeitsgemeinschaft der einzelnen Landesärztekammern. Sie selbst ist keine Körperschaft des öffentlichen Rechts, sondern gilt als nicht rechtsfähiger Verein.



Der **Deutsche Ärztetag** ist die Hauptversammlung der Bundesärztekammer, sozusagen das »Parlament der Ärzteschaft«, und findet einmal jährlich an wechselnden Orten statt. Die 17 Landesärztekammern entsenden dorthin insgesamt 250 Delegierte. Zu den Aufgaben des Deutschen Ärztetages gehört es, länderübergreifende Regelungen zum Berufsrecht (z.B. die Muster-Berufsordnung und die Muster-Weiterbildungsordnung) zu erarbeiten und zu verabschieden sowie die Positionen der Ärzteschaft zu aktuellen gesundheits- und sozialpolitischen Diskussionen der Gesellschaft zu artikulieren und sie der Öffentlichkeit zu vermitteln.

## 2. Kassenärztliche Vereinigung (KV)

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) sind Körperschaften des öffentlichen Rechts. Bundesweit gibt es wie auch bei den Landesärztekammern 17 regional agierende, eigenständige Institutionen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ist als Spitzenorganisation das oberste Beschlussgremium, deren Rechtsaufsicht dem Bundesgesundheitsministerium obliegt.

Mitglieder der KVen sind automatisch alle Ärzt\*innen und psychologischen Psychotherapeuten, die zur ambulanten Versorgung von gesetzlich Versicherten berechtigt sind. Die Aufgaben der KVen lassen sich in drei Kategorien einteilen:

- **Sicherstellungsauftrag** – Eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten muss gewährleistet werden, wobei eine Unter- ebenso wie eine Überversorgung der Bevölkerung vermieden werden soll. Diesem Zweck dient die an die Bedarfsplanung angelehnte Zulassungsverordnung, die die Niederlassungsmöglichkeiten kontingentiert. Darüber hinaus wird durch die KV ein ambulanter Notdienst organisiert.
- **Gewährleistungsauftrag** – Die KV muss im Rahmen der sozialen Sicherung die ordnungsgemäße Durchführung der kassenärztlichen Tätigkeit gewährleisten. Dazu gehört insbesondere die Honorarverteilung auf der Grundlage der mit den Krankenkassenverbänden abgeschlossenen Verträge. Die Abrechnung des einzelnen Arztes gegenüber der KV erfolgt auf der Grundlage eines Leistungsverzeichnisses (s. u.).
- **Vertragshoheit** – Die KV ist für den Abschluss von Verträgen mit den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen zur Gestaltung der kassenärztlichen Versorgung zuständig. In diesen Verträgen werden die Rechte und Pflichten der Vertragsärzte festgelegt. Neben der Regelung von Honorarfragen werden in solchen Verträgen auch inhaltliche Anforderungen an die vertragsärztliche Tätigkeit definiert.

### 3. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzt\*innen, Zahnärzt\*innen, Psychotherapeut\*innen, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland und ist vom Gesetzgeber beauftragt, in vielen Bereichen über den Leistungsanspruch der etwa 70 Millionen in Deutschland gesetzlich krankenversicherten Menschen rechtsverbindlich zu entscheiden. Er setzt sich aus 13 stimmberechtigten Mitgliedern zusammen, deren Amtszeit sechs Jahre beträgt:

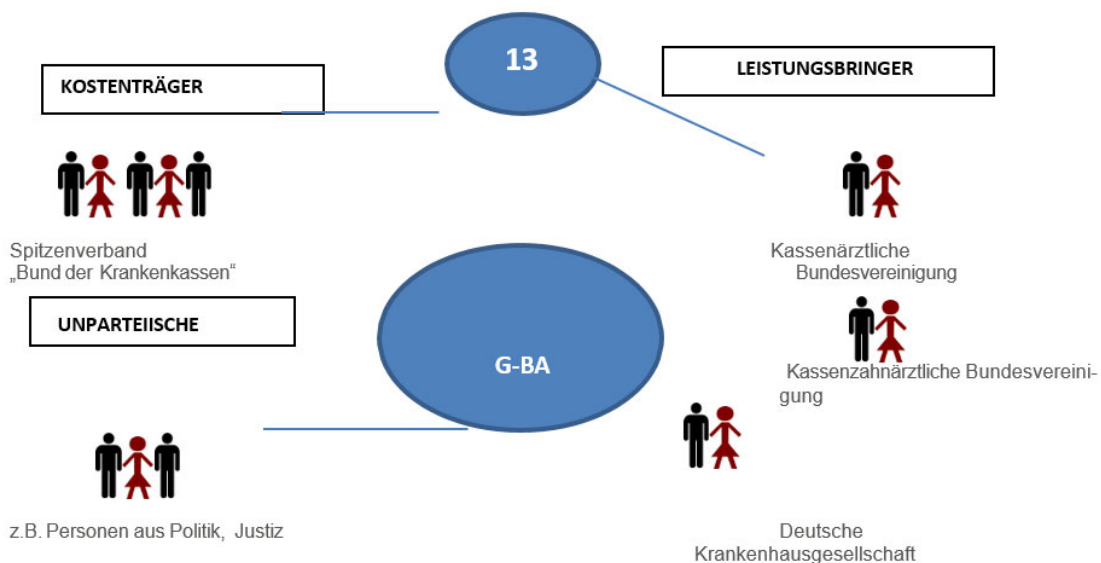


Abb. 1: Zusammensetzung des Gemeinsamen Bundesausschusses

Darüber hinaus nehmen bis zu fünf allgemeine Patientenvertreter\*innen an Plenums- und Ausschusssitzungen beratend teil, haben ein Antragsrecht und das Recht, vor Abstimmungen ihr Votum einzubringen, sind jedoch nicht stimmberechtigt.

Aufgabe des G-BA ist es, Entscheidungen zu Fragen der gesundheitlichen Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung zu treffen; zusätzlich ist er mit Qualitätssicherung und Qualitätsmanagementaufgaben betraut. So kann er beschließen, diagnostische oder therapeutische Leistungen in die gesetzliche Krankenversicherung aufzunehmen oder sie auszuschließen. Weiter beschließt er Richtlinien für Leistungsbringer in den Bereichen ärztliche und zahnärztliche Behandlung, Früherkennung, Bedarfsplanung, häusliche Krankenpflege und Arzneimittel.

#### 4. Hausärzteverband DEUTSCHER HAUSÄRZTEVERBAND

Der Hausärzteverband e. V. ist eine auf Landes- und Bundesebene organisierte berufsständische Interessenvertretung aller Ärzt\*innen, die an der hausärztlichen oder hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen. Mit über 30.000 Mitgliedern ist es der größte Berufsverband niedergelassener Ärzt\*innen Europas. Seine Aufgaben sind:

- die Beratung seiner Mitglieder und ihre Vertretung gegenüber öffentlich-rechtlichen Körperschaften, Kostenträgern, Politik und Öffentlichkeit
- die Förderung besonderer berufspolitischer und wirtschaftlicher Interessen der Hausarzt\*innen, auch innerhalb der Gesamtärzteschaft
- die Förderung von Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Forschung und Lehre in der hausärztlichen Medizin

#### 5. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin & Familienmedizin (DEGAM)

Die DEGAM ist die medizinische Fachgesellschaft der Allgemeinmedizin.

Dabei handelt es sich, wie auch bei den Fachgesellschaften anderer Disziplinen, um einen Zusammenschluss von wissenschaftlich aktiven oder interessierten Ärzt\*innen. In diesem Rahmen werden Kongresse und andere Fortbildungen organisiert, eine eigene Zeitschrift („ZfA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin“) publiziert und in Arbeitsgruppen themenbezogen fachlich gearbeitet.

Die DEGAM wurde 1966 gegründet, verzeichnet mittlerweile mehr als 6000 Mitglieder und hat maßgeblich dazu beigetragen, die Allgemeinmedizin im Curriculum des Medizinstudiums fest zu verankern und sie als eigenständige Fachdisziplin zu etablieren.

Darüber hinaus werden wissenschaftlich fundierte und zugleich praxiserprobte Leitlinien # entwickelt, die die Versorgungsqualität und Effizienz der hausärztlichen Versorgung stetig verbessern.

### Besonderheiten und Finanzierung der vertragsärztlichen Arbeit

In Deutschland findet sich in der ambulanten ärztlichen Versorgung ein Nebeneinander von Hausärzt\*innen und Fachspezialist\*innen, die in wirtschaftlich eigenständigen Praxen arbeiten und sich durch Honorarzahungen der gesetzlichen Krankenkassen, direkte Zahlungen von privaten Versicherungen oder Selbstzahlern finanzieren. In Einzelfällen werden Leistungen von anderen Institutionen getragen, wie z.B. von der Unfall- oder Pflegeversicherung oder Sozialhilfeträgern.

Generelle Voraussetzung für die Aufnahme selbstständiger ärztlicher Tätigkeit ist lediglich die



Approbation. Die Teilnahme an der sogenannten vertragsärztlichen Versorgung ist jedoch Fachärzten vorbehalten, die eine Zulassung der kassenärztlichen Vereinigung bekommen haben (Vertragsärzt\*innen).

Nur wenn diese Voraussetzung erfüllt ist, wird die ärztliche Arbeit mit Geldern aus der gesetzlichen Krankenkasse vergütet. Die KV- Zulassung ist an ein bestimmtes geografisches Gebiet gebunden.

### Gesetzliche Krankenversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist ebenso wie die Renten-, Arbeitslosen-, Unfall- und Pflegeversicherung Bestandteil des deutschen Sozialversicherungssystems (geregelt im Sozialgesetzbuch 5 = SGB V). Grundpfeiler dieses Systems ist das Solidaritätsprinzip. Nach diesem sind alle Bürger\*innen nicht allein für ihre Absicherung verantwortlich, vielmehr ist sie Teil einer definierten Solidargemeinschaft, die sie im Rahmen ihrer finanziellen Möglichkeiten in Form von Beiträgen unterstützt – Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand spielen bei der Beitragsbemessung keine Rolle („Leistungsprinzip“). Im Gegenzug können Versicherte die Hilfe und Unterstützung in Anspruch nehmen, deren Umfang sich ausschließlich nach der individuellen Bedürftigkeit richtet, so dass alle unabhängig von der Höhe der Einzahlungen den gleichen Anspruch haben („Bedarfsprinzip“).



Die Krankenversicherung ist grundsätzlich eine verpflichtende Versicherung für alle Personen in Deutschland, die nicht als versicherungsfrei eingestuft werden und die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben. Zu diesem Personenkreis gehören Arbeitnehmer\*innen, ihre Familienmitglieder und Rentner.

Die Krankenkassenbeiträge liegen derzeit bei rund 15 % des Bruttoeinkommens, wobei sie circa zur Hälfte vom Arbeitnehmer selbst und zur Hälfte vom Arbeitgeber bezahlt werden.

Nicht erwerbstätige Familienangehörige werden in der Regel beitragsfrei mitversichert (Studierende bis zum 25. Lebensjahr). Bei Rentner\*innen übernimmt die Rentenversicherung den Arbeitnehmeranteil.

Die von Arbeitnehmer\*innen und Arbeitgeber\*innen gezahlten Beitragsgelder werden zusammen mit Zuschüssen aus Bundesmitteln dem Gesundheitsfond überwiesen, der vom Bundesversicherungsamt verwaltet wird. Von dort wird den gesetzlichen Krankenkassen jeweils derjenige Anteil zugewiesen, den sie nach statistisch zu erwartender Morbidität ihrer Versicherten benötigen. Von den Kammern werden Finanzmittel über die Kassenärztliche Vereinigung der Länder weiter an die Leistungserbringer, also Ärzt\*innen und Krankenhäuser, vergeben. Die Höhe der Vergütungen richtet sich nach den abgeschlossenen Honorarverträgen. Die KV rechnet die erbrachten Leistungen quartalsweise mit den Vertragsärzt\*innen ab.

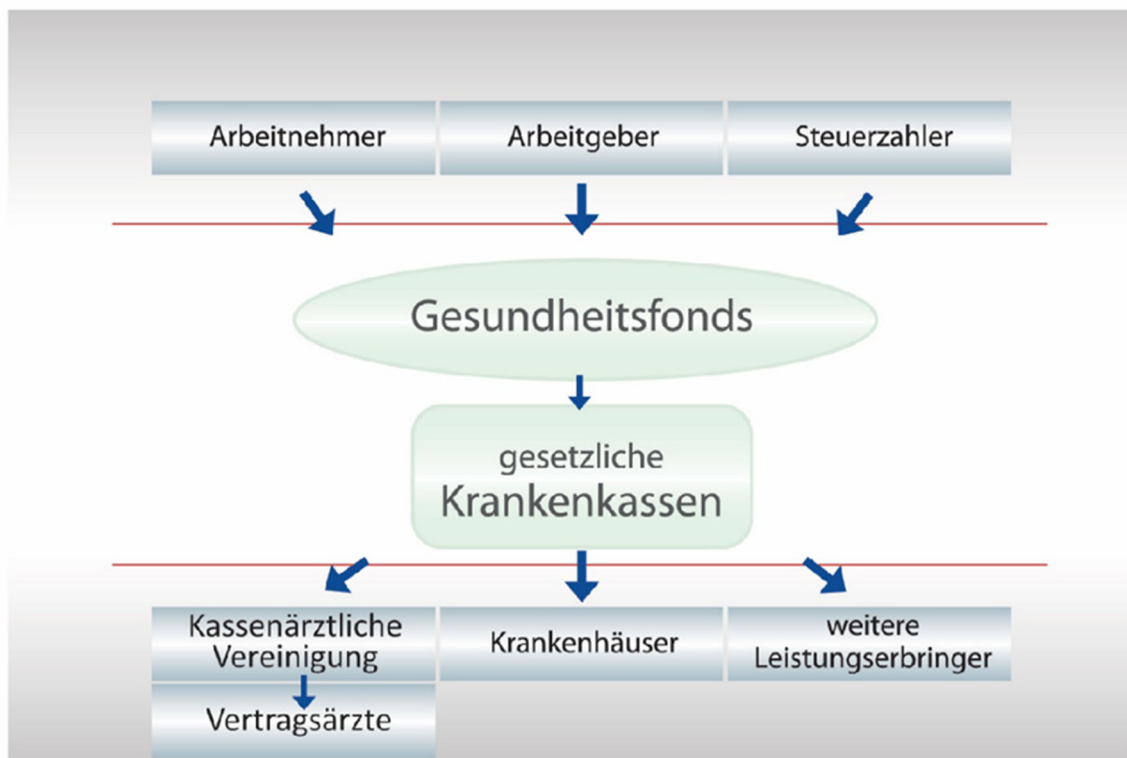


Abb. 1: Struktur des Gesundheitsfonds

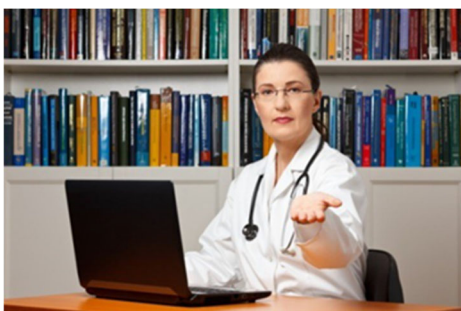
## Private Krankenversicherung

In Deutschland gibt es die Möglichkeit, sowohl ergänzend als auch anstelle der gesetzlichen Krankenversicherung Leistungen einer privaten Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen. Dabei handelt es sich um privatwirtschaftliche Unternehmen, die Versicherungen anbieten. In Deutschland nehmen rund 11 % der Bevölkerung (etwa 8,8 Millionen Bürger\*innen) diese Möglichkeit der Vollversicherung wahr, weitaus mehr haben Zusatzversicherungen nur für bestimmte gesundheitliche Probleme (z. B. zahnärztliche Behandlungen) oder Betreuungsvorteile (z. B. Wahlleistungen bei Klinikaufenthalt) abgeschlossen.

Für eine private Krankenvollversicherung kommen Personen in Betracht, die nicht gesetzlich pflichtversichert sind. Dazu gehören Richter\*innen, Beamt\*innen, Selbständige und Freiberufler\*innen, Personen mit einem Einkommen über der Jahresentgeltgrenze (2020: 62.550 Euro brutto), aber auch Personen ohne eigenes Einkommen oder unterhalb der Geringfügigkeitsgrenze (2020: 450 Euro monatlich).

Im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenkasse ist für die Beitragsbemessung das individuelle Risiko des Versicherten ausschlaggebend, also beispielsweise der Gesundheitszustand bei Vertragsabschluss, Alter und Beruf. Private Versicherungsanbieter können (anders als die GKV) den Vertragsabschluss verweigern, wenn eine Person ein zu hohes Gesundheitsrisiko aufweist. Ein weiterer Unterschied zur GKV ist die individuelle Bandbreite der zur Verfügung stehenden Leistungen für die privat Versicherten. Sie wird vom individuell gewählten Tarif bestimmt, wobei Basis- und Standardtarife per Gesetz den Höchstbeitrag der GKV nicht übersteigen dürfen. Die ambulante ärztliche Leistung wird per Rechnung direkt mit den Patient\*innen abgerechnet und müssen von diesen beglichen werden. Rechnungen für Behandlungskosten und Medikamente können dann bei der Versicherung geltend gemacht werden.

## Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)



Viele ambulant tätige Ärzt\*innen bieten Leistungen an, für die die gesetzliche Krankenkasse nicht leistungspflichtig ist, da sie laut Gemeinsamem Bundesausschuss über das vom Gesetzgeber definierte Maß an ausreichender, zweckmäßiger und wirtschaftlicher Patientenversorgung hinausgehen. Zu diesen Leistungen gehören einerseits durchaus sinnvolle Leistungen wie besondere Beratungen, Reiseberatungen oder gutachterliche Bescheinigungen wie z. B. Tauchtauglichkeitsbescheinigung. Andererseits auch Behandlungen, für deren Nutzen es keine ausreichenden Belege gibt (z. B. Glaukomvorsorgeuntersuchung), oder solche, die nicht durch den Leistungskatalog der GKV abgedeckt sind (z. B. kosmetische Behandlungen).

Die Leistungen werden von Ärzt\*innen gegen Selbstzahlung erbracht, die Abrechnung richtet sich nach der Gebührenordnung für Ärzt\*innen (GOÄ). Manche Krankenkassen übernehmen oder bezuschussen IGeL-Leistungen wie Reiseimpfungen oder bieten diese im Rahmen von Zusatzversicherungen an.

### Hausärzte in der vertragsärztlichen Versorgung

Von politischer Seite werden Strategien entwickelt, um dem drohenden Hausärztemangel entgegenzuwirken. Die weitreichendste Strategie in diese Richtung war die Implementierung der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV), die 2004 in das SGB V aufgenommen wurde. Grundprinzip ist hierbei, den Hausarzt als erste Anlaufstelle und Lotsen im Gesundheitssystem zu stärken.

Seit 2007 sind die Krankenkassen dazu verpflichtet, ihren Mitgliedern das HZV-Programm anzubieten. Die Vorteile der Versicherten sind z. B. reduzierte Zuzahlungen in den Apotheken, niedrigere Krankenkassenbeiträge oder zusätzliche Vorsorgeleistungen. Zudem bieten die an der HZV teilnehmenden Praxen zusätzliche Früh- und Abendterminsprechstunden für Berufstätige an. Die Hausärzte wiederum erhalten höhere Honorare, als im KV-System. Die Bezüge für HZV-Patient\*innen werden nicht über die KV verteilt, sondern von den Krankenkassen direkt an eine hausärztliche Managementgesellschaft abgeführt.



### Berufsbild im Wandel und zukünftige Herausforderungen

Derzeit vollzieht sich ein Strukturwandel in der Allgemeinmedizin. Bisher waren männliche Praxisinhaber deutlich in der Überzahl. Innerhalb der letzten Jahre ist der Anteil der weiblichen Medizinerinnen stetig angestiegen; somit auch der Anteil der Frauen, die Fachärztin für Allgemeinmedizin werden. Zudem wächst in unserer Gesellschaft zunehmend der Wunsch nach einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben. Dies führt zur Verbreitung von Teilzeitkonzepten und einer höheren Nachfrage nach Anstellungsverhältnissen in der Allgemeinmedizin.

Allerdings ist der Nachwuchs an Allgemeinmediziner\*innen insgesamt noch immer zu gering (nur circa 11 % aller fachärztlichen Abschlüsse in den vergangenen Jahren) und wird die absehbaren Pensionsabgänge nicht kompensieren können, wodurch vor allem in ländlichen Regionen Deutschlands ein Mangel an Hausarzt\*innen droht oder teilweise schon besteht. Schon heute gibt es organisatorische Zusammenschlüsse für den hausärztlichen Notdienst und eine Aufhebung der Residenzpflicht #, welche geregelte Arbeitszeiten und ein Pendeln zur Praxis auf dem Land ermöglichen und damit den Bedürfnissen der modernen Familie Rechnung tragen.

Aller Voraussicht nach wird es in Bezug auf die „Praxis-Landschaft“ im kommenden Jahrzehnt vermehrt zu Zusammenschlüssen wie Gemeinschaftspraxen oder anderen Kooperationsformen kommen. Es wird voraussichtlich leichter werden hausärztliche Tätigkeit mit akademischer Lehr- und Forschungstätigkeit zu kombinieren, da entsprechende Förderungen der Hochschulen beabsichtigt sind oder teilweise schon bestehen. Darüber hinaus wird auch die interprofessionelle Zusammenarbeit und Vernetzung mit anderen Leistungserbringern im Gesundheitssektor (z.B. Pflegedienste, Physio- und Ergotherapeuten) an Bedeutung gewinnen, ebenso wie das Delegieren bestimmter Tätigkeiten an speziell geschultes Fachpersonal (z.B. VERAH #).

Eine der größten Herausforderungen an das Gesundheitssystem ist jedoch die demographische Entwicklung, die zu einem weiteren Anstieg an chronischen Erkrankungen und Multimorbidität führen wird. Es ist erklärtes Ziel der allgemeinmedizinischen Versorgung, dass die hauptsächliche Versorgung dieser Patient\*innen in Hausarztpraxen sichergestellt werden kann.

### „Unternehmen hausärztliche Praxis“

Mit Beginn der ärztlichen Tätigkeit in einer ambulanten Praxis sollte sich Ärzt\*innen in Weiterbildung bzw. Allgemeinmediziner\*innen mit den Grundzügen des Praxismanagements vertraut machen.

### Kooperationsformen und Arbeitsmodelle

Das Führen einer eigenen Praxis verlangt neben ärztlicher Kompetenz auch die Bereitschaft zu betriebswirtschaftlichem Handeln und der Akzeptanz bürokratischer Verpflichtungen. So sind Ärzt\*innen auch Arbeitgeber\*innen und Unternehmer\*innen. Dies ist einerseits mit deutlich höherem Aufwand verbunden und geht andererseits meist auch mit einem höheren Einkommen einher. Während man in einer Einzelpraxis allein das Risiko trägt, haben sich in den letzten Jahren zunehmend Kooperationsformen durchgesetzt, die sowohl beruflich einen besseren Austausch ermöglichen als auch die Risiken und Verpflichtungen auf mehrere Akteure verteilen. Die gängigsten Modelle sind:

- **Berufsausübungsgemeinschaft (= Gemeinschaftspraxis)**

wirtschaftlicher und organisatorischer Zusammenschluss von zwei oder mehr Ärzt\*innen. Die Beteiligten führen eine gemeinsame Patientenkartei, rechnen über eine gemeinsame Abrechnungsnummer ab, erhalten ein gemeinsames Honorar und haften gemeinsam.

- **Praxisgemeinschaft**

Kooperationsform zweier oder mehrerer Ärzt\*innen mit gemeinsamer Nutzung von Praxisräumen und -einrichtung sowie der gemeinsamen Beschäftigung von nichtärztlichem Personal. Die rechtliche und wirtschaftliche Verantwortung sowie die Patientenkartei sind jedoch strikt getrennt.

- **Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)**

größere praxisähnliche Einrichtung, in der beliebig viele Vertrags- und/oder angestellte Ärzt\*innen aus unterschiedlichen Fachrichtungen tätig sind. Gesellschafter eines MVZ sind in der Regel die dort arbeitenden Ärzt\*innen unter der Leitung einer\*ines Ärzt\*in. Für die Patient\*innen hat ein medizinisches Versorgungszentrum Ähnlichkeiten mit einer Gemeinschaftspraxis mit dem Unterschied, dass kein direkter Behandlungsvertrag mit den behandelnden Ärzt\*innen, sondern mit dem MVZ entsteht.

### Abrechnung ärztlicher Leistung

Grundlage für die Abrechnung von ärztlichen Leistungen für gesetzlich versicherte Patienten\*innen ist der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), der laut SGB V den abrechnungsfähigen Leistungen einen Punktwert zuordnet, der u. a. den erforderlichen Zeitaufwand von Ärzt\*innen widerspiegeln sollte.

Beispiel: Hausbesuch, Ziffer: 01410, 212 Punkte / Belastungs-EKG, Ziffer: 03321, 200 Punkte. Jedem Punkt entspricht ein Centwert (Stand 2016: 10,3 Cent), der durch die KBV als Orientierungspunktwert jährlich neu festgelegt wird. Leistungen außerhalb der Vertragsärztlichen Versorgung werden nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet. Da Ärzt\*innen in Deutschland keine selbst kalkulierten Honorare verlangen dürfen, müssen sie sich an die in diesem zifferngestaffelten Verzeichnis ausgewiesenen Preisvorgaben halten. Dabei können sie aber den einfachen Gebührensatz mit einem vom Aufwand abhängigen Steigerungssatz bis 2,3-fach (mit besonderer Begründung bis 3,5-fach) versehen.

Beispiel:

- Ziffer 1: Beratung (Einfacher Satz 4,66 Euro, 2,3-facher Satz 10,72 Euro)
- Ziffer 5: symptombezogene Untersuchung (Einfacher Satz 4,66 Euro, 2,3-facher Satz 10,72 Euro)

### **Formularwesen**

Zur übersichtlicheren und effektiveren Kommunikation zwischen den unterschiedlichen Akteuren im Gesundheitswesen und den Krankenkassen wurden bundesweit einheitliche Vordrucke entwickelt, die von Vertragsärzt\*innen genutzt werden müssen. Sie werden durch die KV oder eine andere dazu autorisierte Stelle zur Verfügung gestellt. Die Ärzt\*innen sind dazu verpflichtet, die Dokumente sorgfältig und leserlich auszufüllen. Erst mit Praxisstempel und persönlicher Unterschrift erlangen sie Gültigkeit. Die Gültigkeit der einzelnen Dokumente ist begrenzt, bei Rezepten beträgt sie beispielsweise drei Monate. Die Durchschläge müssen zehn Jahre aufbewahrt werden. Die folgenden Formulare werden im vertragsärztlichen Alltag häufig genutzt:

Krankenkasse bzw. Kostenträger **Freigabe 25.01.2011**

### Überweisungsschein

06 Quartal  
Geschlecht

Kurativ  Präventiv  Behandl. gemäß § 116b SGB V  bei belegärztl. Behandlung

Unfall Unfallsfolgen Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

geb. am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Überweisung an

Ausführung von Auftragsleistungen  Konsiliaruntersuchung  Mit-Weiterbehandlung AU bis

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztsiegel / Unterschrift des Arztes

Muster 6 (4.2011)

Abb. 3:  
Überweisungsschein

Abb. 4: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

### Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung 1

Erstbescheinigung  
 Folgebescheinigung

Arbeitsunfall, Arbeitsunfallsfolgen, Berufskrankheit  dem Durchgangsarzt zugewiesen

arbeitsunfähig seit

voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit

festgestellt am

**Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse**

Vertragsarztsiegel / Unterschrift des Arztes

**AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)**

ICD-10 - Code ICD-10 - Code ICD-10 - Code

ICD-10 - Code ICD-10 - Code ICD-10 - Code

sonstiger Unfall, Unfallsfolgen  Versorgungsleiden (z.B. BVG)

Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation  stufenweise Wiedereingliederung

Sonstige

**Im Krankengeldfall**  ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall  Endbescheinigung

Muster 1a (1.2010)

<b>Krankenkasse bzw. Kostenträger</b>			<b>Notfall-/Vertretungsschein</b>			<b>19</b>																																																																																																																								
Name, Vorname des Versicherten			<input type="checkbox"/> ärztlicher Notfalldienst		<input type="checkbox"/> Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung	<input type="checkbox"/> Notfall																																																																																																																								
geb. am			<input type="checkbox"/> Unfall		<input type="checkbox"/> Quartal																																																																																																																									
			<input type="checkbox"/> Unfallfolgen		Geschlecht <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																																									
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	<b>Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen</b>																																																																																																																											
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																																																																																																																												
<b>Befunde/Therapie</b>			Arbeitsfähigkeit bescheinigt bis		<b>Teil b erhält weiterbehandelnder Arzt:</b>																																																																																																																									
bitte auf Teil b eintragen!			<input type="checkbox"/>																																																																																																																											
<div style="background-color: black; width: 100%; height: 50px;"></div>																																																																																																																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Tag</th><th>Mon.</th><th>Tag</th><th>Mon.</th><th>Tag</th><th>Mon.</th><th>Tag</th><th>Mon.</th><th>Tag</th><th>Mon.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>							Tag	Mon.	Tag	Mon.	Tag	Mon.	Tag	Mon.	Tag	Mon.																																																																																																														
Tag	Mon.	Tag	Mon.	Tag	Mon.	Tag	Mon.	Tag	Mon.																																																																																																																					
ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.			<b>Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen</b>																																																																																																																											
Datum		Unterschrift des Versicherten				Vertragsarztstempel																																																																																																																								
<small>Muster 19a (7.2008)</small>																																																																																																																														

Abb. 5: Notfall/Vertretungsschein

<b>Krankenkasse bzw. Kostenträger</b>			<b>Verordnung von Krankenhausbehandlung</b>			<b>2</b>
Name, Vorname des Versicherten			<input type="checkbox"/> Belegarztbehandlung			<input type="checkbox"/> Notfall
geb. am			<input type="checkbox"/> Unfall		<input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (BVG)	
			<input type="checkbox"/> Unfallfolgen			
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	<b>Nächst erreichbare, geeignete Krankenhäuser</b>			
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum				
<b>Diagnose</b>						
			<b>Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</b>			
<b>Bitte die Rückseite beachten!</b>						<small>Muster 2a (10.2014)</small>

Abb. 6: Krankenhauseinweisung

### Konflikte zwischen ökonomischem und ärztlichem Handeln

Begrenzte finanzielle Ressourcen, die stetig ansteigenden Behandlungszahlen und Ausgaben für Gesundheitsleistungen gegenüberstehen, sind seit Jahren Gegenstand zum Teil erhitzt und emotional geführter Debatten. Im Mittelpunkt steht dabei auch die Ärzteschaft, die befürchtet, ihrer eigentlichen Aufgabe, dem Behandeln und Betreuen ihrer Patient\*innen, unter dem wachsenden Kostendruck und neben allen betriebswirtschaftlichen und bürokratischen Verpflichtungen nicht mehr gerecht werden zu können. Andererseits sind auch Ärzt\*innen im Visier der Kritiker und müssen ihre verhältnismäßig hohen Löhne und kostenintensive Therapien und Diagnostik rechtfertigen. Leicht wird sich diese Diskrepanz nicht auflösen lassen, auch zukünftig werden immer neue Generationen vor Entscheidungen gestellt werden, die ein Abwägen von ethischen und ökonomischen Aspekten trotz Widerstreben notwendig machen. Und es wird Interessenkonflikte zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen geben, die sich nur schwerlich in einem Kompromiss zusammenführen lassen.

Umso wichtiger ist es schon für angehende Ärzt\*innen, ihr Handeln (und das ihrer Lehrer\*innen!) auch hinsichtlich seiner ökonomischen Dimension zu hinterfragen – nicht jede Diagnostik, die bezahlt wird, ist notwendig und nicht jede IGeL-Leistung hat, abgesehen von einer volleren Praxiskasse, auch wirklich einen erkennbaren medizinischen Nutzen. Andererseits sollte man auch frühzeitig selbst entscheiden und immer wieder reflektieren, zu welchen Zugeständnissen in der fachlichen Arbeit man sich durch vermeintlichen Kostendruck zwingen lässt.

### Aspekte des deutschen Gesundheitswesens

Neben den im vorliegenden Heft abgedruckten Kapiteln zu den Rahmenbedingungen hausärztlicher Tätigkeit möchten wir auf die Videoreihe „Aspekte des deutschen Gesundheitswesens“ hinweisen. Die Videos sind unter „Theoretische Skills“ auf der TrainAMed Homepage <https://www.trainamed.uni-freiburg.de/> hinterlegt.

Ziel ist, in kurzen (max 15 min) Einheiten einige Besonderheiten des deutschen Gesundheitswesens darzustellen. Wir haben uns um einen Blick von außen bemüht.

Der Autor und Sprecher war langjähriger Hausarzt in einer ländlichen Gemeinschaftspraxis und ist seit 1992 Lehrbeauftragter am IfA.

Wir haben im Rahmen des Projektes „Südbaden Life“ sechs Videos zu folgenden Themen produziert:

#### Der öffentliche Gesundheitsdienst

In diesem Video wird zunächst die Arbeitsteilung zwischen dem öffentlichen Gesundheitsdienst, den Krankenhäusern und den niedergelassenen Kolleg\*innen umrissen. Anschließend werden exempla-



risch die Aufgaben der Bundes-, Landes- und kommunalen Gesundheitsämter geschildert und abschließend die vielfältigen Aufgaben einer Amtsärztin beschrieben, um eine Vorstellung von der praktischen ärztlichen Tätigkeit zu vermitteln.

### Krankenhaushierarchien

Der hierarchische Aufbau in deutschen Krankenhäusern ähnelt sich. Das Video soll dabei helfen, die ärztlichen Rollen und Verantwortlichkeiten in einer Klinik schnell zu überblicken, um sich in einem Krankenhaus zurechtzufinden. In diesem Video beschreiben wir neben der Zusammensetzung eines Krankenhausdirektoriums die verschiedenen Hierarchiestufen des ärztlichen Dienstes von den Chefärzt\*innen bis zu den Famulant\*innen und umreißen deren Aufgaben.

### Geldquellen hausärztlicher Praxen

Die Geldquellen einer Praxis sind zahlreich und für Außenstehende kaum zu verstehen. Wie kommt eine hausärztliche Praxis an ihr Geld bei Kassen- / Privatpatient\*innen, Arbeitsunfallopfern oder Gutachten-aufträgen? Diese vier Säulen werden jeweils getrennt vorgestellt.

### Körperschaften I und II

Nach dem medizinischen Staatsexamen bzw. der Anerkennung eines ausländischen Abschlusses spielen in Deutschland einige Institutionen verschiedene, wichtige Rollen. Auf dem Weg zur Fachärztin\* zum Facharzt in der eigenen Praxis oder im Angestelltenverhältnis müssen entsprechende administrative Schritte unternommen werden, die zu kennen sich lohnt.

In dem Video werden die ärztlichen Körperschaften, wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Berufsverbände mit ihren jeweiligen Aufgaben exemplarisch am Weg in die hausärztliche Praxis beschrieben.

### GKV und PKV

Die beiden Versicherungssysteme werden sich in diesem Video gegenübergestellt. Wer muss bzw. darf sich wo versichern? Wie steht es um die Abrechnungssysteme? Welche Vorteile bietet welche Versicherungsart? Diese Fragen werden kurz und bündig aus einer Perspektive von außen erörtert und zielen ab auf ein grundsätzliches Verständnis dieser Besonderheit unseres Versorgungssystems.



## Patientensicherheit und Fehlermanagement



### Inhalt

Der Umgang mit Fehlern im ärztlichen Alltag und Strategien zur Verbesserung der Patientensicherheit.

#### **Besonders betrachten werden wir...**

- Definition von verschiedenen Fehlerarten in der Medizin
- Größenordnung von Fehlern
- Bedeutung von Fehlern aus der Patientenperspektive
- Anforderungen an den ärztlichen Umgang mit Fehlern
- Fehlervermeidungsstrategien

Auch im 21. Jahrhundert ist die Gesundheitsversorgung nicht so sicher, wie sie es sein könnte laut der Definition des „Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin“ (ÄZQ) ist Patientensicherheit das Produkt aller Maßnahmen in Klinik und Praxis, die darauf ausgerichtet sind, Patient\*innen vor vermeidbaren Schäden im Zusammenhang mit der Heilbehandlung zu bewahren. Sie ist ein Grundpfeiler der Qualität im Gesundheitswesen<sup>12</sup>. Es ist wichtig herauszustellen, dass Sicherheit durch die fehlerfreie Interaktion zwischen Systemkomponenten entsteht und nicht auf einer Person, einem Apparat oder einer Abteilung allein beruhen.

---

<sup>12</sup> Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Glossar Patientensicherheit – Definitionen und Begriffsbestimmungen, Berlin, 2005

So konnte im Rahmen einer 2002 durchgeführten internationalen Studie „Primary Care International Study of Medical Errors“ (PCISME) zu Fehlern in der Allgemeinmedizin belegt werden, dass Prozessfehler (80,9%) deutlich häufiger als Kenntnisfehler bzw. Fertigungsfehler (19,1%) auftreten. Die Verbesserung der Sicherheit hängt somit im Wesentlichen von der Kenntnis der einzelnen Systemkomponenten und deren Zusammenwirken ab. Ein „medizinischer Fehler“ ist definiert als jede geplante Vorgehensweise, die nicht plangemäß ausgeführt wurde („Ausführungs- oder Fertigungsfehler“) oder das Anwenden einer Vorgehensweise, die zum Erreichen eines Ziels ungeeignet ist („Planungs- oder Prozessfehler“).

### Häufigkeit auftretender Fehler

Eine australische Studie<sup>13</sup> wertete Fehlermeldungen von 86 Allgemeinmediziner\*innen aus, die diese über einen Zeitraum von 12 Monaten anonym gemeldet hatten. Dabei zeigte sich eine Berichtsrate von circa zwei Ereignissen pro 1000 behandelten Patient\*innen pro Jahr. Eine Studie aus den USA<sup>14</sup>, die das Auftreten von Nebenwirkungen von Medikamenten untersuchte, kam zu ähnlichen Ergebnissen: bei 25 % aller 661 beteiligten Patient\*innen traten Nebenwirkungen auf, von denen 11% vermeidbar gewesen wären.

Welche Bedeutung Behandlungsfehler auch in Deutschland haben, lässt sich an den Statistiken der Bundesärztekammer zu Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen ablesen<sup>15</sup>. Die folgenden Zahlen beziehen sich auf das Jahr 2014 und zeigen die nach Überprüfung als Behandlungsfehler identifizierten Ereignisse und die häufigsten Fehlerbereiche: Abb. 1

Ambulanter Bereich		Stationärer Bereich	
<b>Behandlungsfehler</b>	<b>661</b>		<b>1634</b>
Ambulanter Bereich		Stationärer Bereich	
Bildgebende Verfahren	182	Operative Therapie	566
Anamnese/Untersuchung	104	Bildgebende Verfahren	287
Operative Therapie	77	Postoperative Therapie	181
Labor	76	Indikationsstellung	136
Indikationsstellung	58	Anamnese/Untersuchung	112
Pharmakologische Therapie	45	Labor	83
Konservative Therapie	30	Pharmakologische Therapie	70

Abb.1: Häufigste zur Anzeige gebrachte Fehlerarten (modifiziert nach Bundesärztekammer, 2015)

<sup>13</sup> A. Meredith, A. B. Makeham et al., „The Threats to Australian Patient Safety (TAPS) Study: Incidence of Reported Errors in General Practice,“ The Medical Journal of Australia 185, no. 2 (July 17, 2006): 95–98.

<sup>14</sup> T. K. Gandhi et al., „Adverse Drug Events in Ambulatory Care,“ New England Journal of Medicine 348, no. 16 (April 17, 2003): 1556–64, doi:10.1056/NEJMs020703.

<sup>15</sup> Statistische Erhebungen der Gutachterkommissionen u. Schlichtungsstellen für das Statistikjahr 2014, Bundesärztekammer, Berlin, 2015

## Ursachen von kritischen Ereignissen und Patientenschäden

Bei der Analyse von Fehlerursachen müssen zahlreiche Faktoren betrachtet werden, die ursächlich an der Entstehung von Fehlern beteiligt sein können:

- **Patientenfaktoren:** Gesundheitszustand, soziale, körperliche, kognitive und/oder psychische Voraussetzungen, Beziehung zwischen Patient\*innen und Praxis/Klinik, Sprache, Ausdrucksfähigkeit, Persönlichkeit
- **Faktoren der Tätigkeit:** Gestaltung des Prozesses/Ablaufs, Hürden bei der Abarbeitung von Protokollen und Einhalten von Standards
- **Individuelle Faktoren der Gesundheitsfachpersonen:** Wissen, Fähigkeiten, Ausbildung, Stress, Gesundheit, Motivation
- **Teamfaktoren:** verbale, nonverbale und schriftliche Kommunikation, Teamstruktur, Supervision, Hilfesuchen
- **Arbeitsbedingungen:** Personalschlüssel, Qualifikation des Personals, Arbeitsbelastung, Vorhandensein und Wartung von Ausrüstung und Geräten, Arbeitsklima
- **Organisations- und Managementfaktoren:** Ressourcen, Praxisstruktur, Vorhanden sein und Umgang mit Regeln/Vorschriften, Sicherheitskultur und Prioritäten
- **Kontext der Institution:** wirtschaftliche Situation, Vorgaben durch Haftpflichtversicherungen und Gesetzgeber (Qualitätsmanagement)
- **Sicherheitsbarrieren:** vorhanden, zuverlässig und bekannt?

Auch wenn zunehmend ein Umdenken zu beobachten ist, orientiert man sich im deutschen Gesundheitswesen häufig noch an der traditionellen, personenzentrierten Fehleraufarbeitung. Hierbei steht die Person im Fokus, der der Fehler unterlaufen ist. Es kommt zu individuellen Schuldzuweisungen, Ermahnungen oder sogar Bestrafungen. Dabei wird außer Acht gelassen, dass die Fehler Einzelner oft nur symptomatisch sind für Sicherheitslücken und Unzulänglichkeiten im Arbeitsprozess und es nur eine Frage der Zeit ist, bis anderen Mitarbeiter\*innen ein ähnlicher Fehler unterläuft. Durch das Bestrafen Einzelner wird also die Patientensicherheit nicht verbessert, eher kommt es zu Misstimmung, Frustration und sogar Ängsten im Team.

*Zusammenfassend ist es also nicht wichtig  
WER den Fehler gemacht hat, sondern  
WAS ihn verursacht hat.*

## Wie kann man Fehlern vorbeugen? Sicherheitskultur etablieren

Die Sicherheitskultur ist ein wichtiger Teilbereich der Organisationskultur und prägt innerhalb eines Arbeitsbereichs den Umgang miteinander. Im Gesundheitswesen subsumieren sich darunter alle relevanten Aspekte der Patientensicherheit. Abb. 2 zeigt die wichtigsten Komponenten der Sicherheitskultur, wobei es wichtig ist, sich vor Augen zu führen, dass es nicht um individuelles Verhalten geht, sondern um die Organisation als Ganzes:



Abb. 2: Komponenten einer Sicherheitskultur

Die Entwicklung einer angemessenen Sicherheitskultur muss als dynamischer Prozess gestaltet werden, der immer wieder an aktuelle Gegebenheiten angepasst wird und aktuelle Probleme berücksichtigt. Oberstes Ziel sollte es sein, eine Atmosphäre zu schaffen, die allen Beteiligten die Möglichkeit gibt, Kritik offen darzulegen und objektive Rückmeldungen zur eigenen Arbeit und produzierten Fehlern zu erhalten.

Um dies zu erreichen ist es notwendig, bestehende Hierarchien zu evaluieren und bestenfalls abzubauen, die organisationsinterne Kommunikation zu optimieren und aktives Lernen aus kritischen Ereignissen zu kultivieren.

Folgende Aspekte können bei der Reformierung von Prozessen hilfreich sein<sup>16</sup>:

- Abläufe vereinfachen und standardisieren, um Fehlerquellen auszuschließen
- Patient\*innen ausreichend aufklären und einbeziehen, da informierte Patient\*innen frühzeitig selbst auf Fehler aufmerksam machen bzw. sie verhindern können
- Software einsetzen, die Erinnerungs-, Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsleistungen unterstützen kann (z.B. Kontrolle von Laborwerten zur Überwachung der Arzneimitteltherapie)

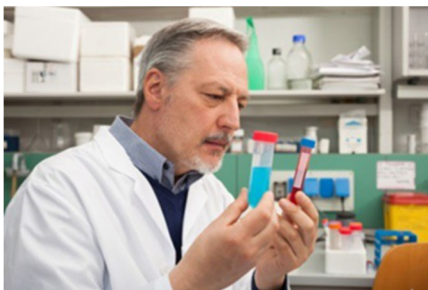
<sup>16</sup> B. Hoffmann, J. Rohe, Patientensicherheit und Fehlermanagement. Dtsch Arztebl Int 2010; 107(6): 92–9

## Lernen aus kritischen Ereignissen

Die alte Weisheit „Aus Fehlern wird man klug“ sollte auch im Gesundheitswesen beherzigt werden, um anhand von aufgetretenen Fehlern oder Sicherheitsrisiken Prozesse und Strukturen so zu analysieren und zu reformieren, dass Abläufe zuverlässiger und sicherer gestaltet werden. Um dieses Ziel zu erreichen, sollte jede Organisationsform (Klinik, Praxis, Apotheke...) systemische Ursachenanalysen, Berichts- und Lernsysteme nutzen. In den letzten Jahrzehnten sind auch in Deutschland mehrere Programme entwickelt worden, deren Ziel die Fehlerdetektion insbesondere in Tätigkeitsfeldern im medizinischen Sektor ist.

Als Konsequenz medizinischer Fehler im ambulanten Bereich wurde 2004 erstmals in Deutschland das Portal **www.jeder-fehler-zaehlt.de** für Hausarztpraxen ins Leben gerufen. In diesem „Fehlerberichts- und Lernsystem“ - unter der Schirmherrschaft des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt - können eigene Berichte erstellt und diejenigen von Kolleg\*innen gelesen und kommentiert werden.

Das in Deutschland am weitesten verbreitete Fehlermeldesystem für den medizinischen Sektor ist **CIRSmedical (Critical Incident Reporting-System)**. Das Portal **CIRSmedical.de** wird seit 2005 vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) betrieben, einer gemeinsamen Einrichtung von Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV).



Alle sicherheitsrelevanten Ereignisse, die in der Medizin auftreten, können von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Gesundheitswesens anonym berichtet werden. Dies können Fehler, Beinahe-Schäden, kritische Ereignisse oder auch unerwünschte Ereignisse sein. Die Berichte dürfen keine Daten enthalten, die Rückschlüsse auf die beteiligten Personen oder Institutionen erlauben. Die Übertragung der Daten erfolgt verschlüsselt ohne Speicherung von personen- oder ortsbezogenen Daten. Nach Prüfung des Eintrags durch Mitarbeiter\*innen des ÄZQ werden die Berichte auf CIRSmedical.de unter "Lernen" veröffentlicht und zur Kommentierung durch alle Nutzer der Webseite freigegeben.

Die Übertragung der Daten erfolgt verschlüsselt ohne Speicherung von personen- oder ortsbezogenen Daten. Nach Prüfung des Eintrags durch Mitarbeiter\*innen des ÄZQ werden die Berichte auf CIRSmedical.de unter "Lernen" veröffentlicht und zur Kommentierung durch alle Nutzer der Webseite freigegeben.

## Continuous medical education (CME)

Ärzt\*innen, die ihren Beruf ausüben, sind verpflichtet, sich „in dem Umfang beruflich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zu ihrer Berufsausübung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist“ (§ 4 Berufsordnung). In diesem Sinne beschloss der Deutsche Ärztetag 1999 die bundesweite Einführung eines einheitlichen Fortbildungsnachweises, dessen Erbringung mittlerweile als ärztliche Verpflichtung im Bundesgesetz festgeschrieben ist.

Neben Kongressen und ähnlichen großformatigen Fortbildungsveranstaltungen sind sog. Qualitätszirkel, bei denen sich Vertragsärzt\*innen in kleinen Gruppen auf lokaler Ebene zu Fortbildungen treffen, ein weit verbreitetes Format, um sog. CME-Punkte zu erwerben und evidenzbasiertes medizinisches Wissen zu verbreiten. Allein in Baden-Württemberg sind laut Landes-KV rund 900 Qualitätszirkel aktiv.

### Qualitätsmanagement (QM)

2006 trat eine Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) in Kraft, nach der bis spätestens 2011 von jeder vertragsärztlichen Praxis ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen war. Dies bedeutet konkret, dass Arbeits- und Behandlungsabläufe genau festgelegt und regelmäßig intern überprüft werden.

Die Grundelemente eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements sind	Um diese Bereiche abdecken zu können, wurden verschiedene Instrumente entwickelt:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientenorientierung</li> <li>• Patientensicherheit</li> <li>• Mitarbeiterorientierung</li> <li>• Mitarbeitersicherheit</li> <li>• Prozessorientierung</li> <li>• Kommunikation und Kooperation</li> <li>• Informationssicherheit</li> <li>• Datenschutz</li> <li>• Verantwortung</li> <li>• Führung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Festlegung von konkreten Qualitätszielen</li> <li>• Umsetzungsmaßnahmen</li> <li>• systematische Überprüfung der Zielerreichung</li> <li>• Teambesprechungen</li> <li>• Prozess- und Ablaufbeschreibungen</li> <li>• Durchführungsanleitungen</li> <li>• Checklisten</li> <li>• Patient*innen- und Mitarbeiterbefragungen</li> <li>• Notfallmanagement</li> <li>• Dokumentation der Behandlungsverläufe und Beratung</li> </ul>

*„Jeder Fehler erscheint unglaublich dumm,  
wenn andere ihn begehen“*

(G. C. Lichtenberg)



## Umgang mit Fehlern

### *Die Bedeutung der „richtigen“ Kommunikation*

Die Konsequenzen, die aus Fehlern in der Krankenversorgung entstehen, können sehr vielfältig sein. Im besten Fall sind entstandene Schäden passager bzw. beeinträchtigen die Betroffenen nicht langfristig in ihrer Lebensqualität.

Es gibt jedoch auch immer wieder Ereignisse, die schwerwiegende Folgen nach sich ziehen. Neben den unmittelbaren physischen Folgen



haben derartige Vorfälle auch auf anderen Ebenen weitreichende Folgen. Während Ärzt\*innen beispielsweise häufig den Umgang mit der Schuldfrage als sehr schwierig empfinden, erleben Patient\*innen Angst, Trauer, Wut oder andere Gefühle als belastend.

Werden die besonderen psychischen Belastungen des Geschädigten nicht berücksichtigt, kann sich dieser schnell betrogen oder lächerlich gemacht fühlen. Es gilt in Schlichtungs- und Aufarbeitungsprozessen diesem Umstand Rechnung zu tragen.

Eine 1994 in Großbritannien durchgeführte Studie<sup>17</sup>, die in England Rechtsbeistand gesucht hatten, konnte zeigen, dass der Leidensdruck der Betroffenen umso höher war, je unzureichender die Erklärungen durch die behandelnden Ärzt\*innen erlebt wurden. Wichtiger als der Wunsch nach materiellem Schadensersatz war den Befragten, dass aus dem Vorfall gelernt und die Verantwortlichkeit geklärt wurde und anderen nicht das Gleiche passieren sollte.

Eine Erhebung der norddeutschen Schlichtungsstelle aus dem Jahr 2009 zeigt, dass Patient\*innen bei einem Behandlungsfehlervorwurf erhebliche Kommunikationsprobleme mit Ärzt\*innen erlebten, wobei am häufigsten eine unzureichende Informationsvermittlung und Mängel in der Gesprächsführung beklagt wurden. Aus diesen Erkenntnissen lassen sich einige Kommunikationsempfehlungen ableiten:

- Patient\*innen wollen so zeitnah wie möglich nach Eintreten bzw. Feststellung eines unerwünschten Ereignisses informiert werden. Unnötige Verzögerungen können Misstrauen wecken und weitere Gespräche erschweren. Ist er\*sie nicht gesprächsfähig, sollte - sofern er\*sie damit einverstanden ist - mit Angehörigen gesprochen werden.

<sup>17</sup> C. Vincent, M. Young, and A. Phillips, "Why Do People Sue Doctors? A Study of Patients and Relatives Taking Legal Action," *Lancet* (London, England) 343, no. 8913 (June 25, 1994): 1609–13.

- Es stärkt das Vertrauen des Patient\*innen und seiner Angehörigen, wenn man aktiv – spätestens aber auf Nachfrage – externe Institutionen benennt, die bei der Aufklärung eines Medizinschadens bzw. eines Behandlungsfehlervorwurfs einbezogen werden können.
- Bei klaren Fehlern mit (möglicher) Schadensfolge oder wenn Patient\*innen Schadensersatz geltend machen wollen, sollte man ihnen mitteilen, dass der Vorfall der Haftpflichtversicherung gemeldet wurde bzw. ihnen die Kontaktdaten des Versicherers nennen.<sup>18</sup>

An dieser Stelle eine kurze Anmerkung zur Rechtslage: Es ist noch immer die falsche Meinung verbreitet, dass Ärzt\*innen einen Behandlungsfehler gegenüber Patient\*innen nicht einräumen dürfen, wenn diese nicht den Schutz durch die Haftpflichtversicherung verlieren wollen. Eine solche Auffassung ist falsch und würde das im Falle eines Behandlungsfehlers ohnehin schon belastete Vertrauensverhältnis zwischen beiden Parteien weiter verschlechtern.

Ärzt\*innen dürfen immer über Tatsachen aufklären, also darüber:

- was geschehen ist und
- wie es geschehen konnte (sofern dazu sichere Aussagen gemacht werden können).
- sie dürfen und sollten Bedauern und Mitgefühl ausdrücken und
- sich ggf. entschuldigen

Nicht ausgesprochen werden sollte hingegen ein sog. Anerkenntnis. Dabei handelt es sich um ein Versprechen des Versicherungsnehmers (Praxis, Krankenhaus) gegenüber den Patient\*innen, für einen Fehler auch finanziell einstehen zu wollen. Im Gegensatz zur früheren Rechtslage führt ein Anerkenntnis allerdings nicht mehr automatisch zum Verlust des Versicherungsschutzes, kann aber dazu führen, dass Anerkennende selbst – und nicht die Versicherung – einzustehen hat.

Es wird deshalb empfohlen, ein Anerkenntnis, also eine Haftungsübernahme, erst nach einer Abstimmung mit der Versicherung auszusprechen.

### Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern

Trotz Sicherheitskonzepten und Vorsichtsmaß nahmen kommt es in der Gesundheitsversorgung immer wieder zu Fehlern, was nicht selten zu juristischen Klagen führt. Um in diesen Fällen zwischen den Beteiligten vermitteln zu können, wurden seit 1975 bei allen Landesärztekammern Gutachterkommissionen bzw. Schlichtungsstellen eingerichtet.

Während eine Gutachterkommission nur die Frage behandelt, ob eine ärztliche Behandlung durch eines der Mitglieder der betreffenden Landesärztekammer zu einem Gesundheitsschaden geführt hat, sollen Schlichtungsstellen auch zu der weitergehenden Frage Stellung nehmen, ob der Schadensersatzanspruch begründet ist. Letzteres bedingt oft komplexe juristische Bewertungen.

<sup>18</sup> Aktionsbündnis Patientensicherheit, „Reden ist Gold – Kommunikation nach einem Zwischenfall“, Bonn, 2011

Schlichtungsstellen wie auch die meisten Gutachterkommissionen dürfen in geeigneten Fällen versuchen, eine endgültige Regelung zwischen den Parteien und – hinter den Ärzt\*innen stehend – dessen Versicherung zu vermitteln.



Die Verfahrensordnungen der Gutachterkommissionen bzw. Schlichtungsstellen der einzelnen Landesärztekammern sind unterschiedlich ausgestaltet. Etwa die Hälfte aller Kammern hat sich für eine Schlichtungsstelle entschieden, bei den übrigen Landesärztekammern sind Gutachterkommissionen eingerichtet.

sionen eingerichtet.

Das Ziel beider Gremien ist, die außergerichtliche Einigung zu erleichtern. Sie sind weisungsunabhängig. Weder Ärzt\*innen noch Patient\*innen sind an die erstatteten Gutachten bzw. getroffenen Entscheidungen gebunden. Der ordentliche Rechtsweg steht ihnen frei. Das Verfahren vor den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen ist für die Beteiligten kostenlos, sie haben lediglich ihre eigenen Kosten, insbesondere also ihres etwaig eingeschalteten Verfahrensbevollmächtigten zu tragen.

Durch die Besetzung dieser Gremien sowohl mit Ärzt\*innen als auch mit Jurist\*innen sind Sachverstand und Objektivität gewährleistet.

Die Verfahrensdauer vor den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen ist unterschiedlich lang, in der Regel beträgt sie durchschnittlich etwa 10 bis 12 Monate. Dies ergibt sich zum Teil aus den Schwierigkeiten des zu beurteilenden Sachverhaltes oder durch längere Wartezeiten auf ärztliche Stellungnahmen, Berichte oder Sachverständigengutachten.<sup>19</sup>

<sup>19</sup> <sup>19</sup> Patienteninformationen, Internetseite der Bundesärztkammer, <http://www.bundesaerztekammer.de/patienten/gutachterkommissionen-schlichtungsstellen/>





## Lernziele für die Praxiszeit

Liebe Studierende,

die 10 Tage in den Lehrpraxen gehen erfahrungsgemäß schneller vorbei als gedacht. Diese Checkliste soll Ihnen dabei helfen, möglichst viel aus dieser Zeit mitzunehmen.

Eine Selbsteinschätzung zum Praktikumsbeginn dient als Bestandsaufnahme: Wo stehen Sie in den einzelnen Bereichen, wo haben Sie schon Routine, was würden Sie gern noch üben? Unter „Muss“ eingeordnete Tätigkeiten sollten in Ihrer Praxis möglich und demnach auch durchgeführt werden. Die Rubriken „Soll“ und „Kann“ sollten mitberücksichtigt werden, es wird jedoch nicht alles in jeder Praxis in vollem Umfang umsetzbar sein.

Gerne können Sie die Checkliste auch nutzen um mit Ihren Lehrärzt\*innen Einsatzbereiche zu planen und Schwerpunkte zu setzen. Zum Ende des Blockpraktikums können Sie dann erneut einen Blick auf die Liste werfen: Fehlt Ihnen noch etwas, das Sie gerne sehen würden?

Wir begrüßen Ihre Eigeninitiative und ermutigen Sie, in Absprache mit Ihren Lehrärzt\*innen aktiv zu werden. Ebenfalls möchten wir Sie besonders bestärken, auch den medizinischen Fachangestellten über die Schulter zu schauen.

Viel Spaß in der Allgemeinmedizin! ☺

[Punkteschema: 0 = keine Kenntnisse, 1 = weiß es (schon mal gelesen oder gehört, z.B. in Vorlesung), 2 = weiß, wie es geht (bereits praktische Erfahrung gemacht/gesammelt), 3 = kann zeigen wie es geht (im praktischen Umgang geübt), 4 = bin darin schon geübt (im theoretischen und praktischen Umgang sicher)]

1. Tätigkeit/ Kompetenz während des Blockpraktikums (Muss/Soll/Kann)  <i>Alle Tätigkeiten finden unter Supervision der Lehrärztin/des Lehrarztes statt.</i>	2. Einschätzung meiner Fähigkeit zu der Tätigkeit/Kompetenz		
	Vor dem Praktikum (1-4)	Eigene Schwer- punkte	Nach dem Praktikum (1-4)
<b>Muss</b>			
Täglich eigenständige Anamnese und symptombezogene Untersuchung mit anschließender Vorstellung, z.B. nach SOAP Schema durchführen			
Regelmäßige Fallbesprechungen			
Konsultation eines chronisch Kranken in der Sprechstunde miterleben			
DMP Untersuchung und Dokumentation realisieren			
Sprechstunde mit einem akut Erkrankten durchführen mit anschließender Vorstellung (z.B. Grippaler Infekt)			
Vollständige körperliche Untersuchung im Rahmen einer Check-Up Untersuchung od. Jugendarbeitsschutz-Untersuchung anhand des Befundbogens aus dem Kurs Ganzkörperstatus (Team EKM) ausführen			
Das kardiovaskuläre Risiko mit Risiko-Score bestimmen (z. B. arriba)			
Patient*in zu Lebensstil beraten (Rauchen, Bewegung, Gewicht) (siehe auch tala-med Cardio App, <a href="http://www.tala-med.de">www.tala-med.de</a> )			
Laborbefund: Indikation stellen, Ausfüllen d. Laboranforderung, Interpretation der Ergebnisse			
Impfstatus überprüfen			
Medikamentenplan (bei Polypharmazie/ z.B. nach Krankenhausentlassung) einer kritischen Überprüfung unterziehen			

1. Tätigkeit/ Kompetenz während des Blockpraktikums (Muss/Soll/Kann)	2. Einschätzung meiner Fähigkeit zu der Tätigkeit/Kompetenz		
	Vor dem Praktikum (1-4)	Eigene Schwer- punkte	Nach dem Praktikum (1-4)
Otoskopie durchführen			
Blutdruck und Puls messen			
Telefonische Beratung beobachten			
EKG grundlegend befunden (Rhythmus, Lagetyp)			
<b>Soll</b>			
Hausbesuch und Besuch im Pflegeheim (mit Lehrärzt*in) miterleben mit Beurteilung der häuslichen Situation und des Grades der Selbstversorgung			
U-Stix durchführen und beurteilen			
LuFu/ Spirometrie/ PeakFlow Durchführung beobachten und beurteilen			
Ein EKG anlegen und durchführen			
Verbandswechsel/ kleine Wundversorgung/ Kompressionsverband miterleben, ggf. unter Anleitung durchführen			
Die DEGAM-Leitlinie zu einem Beratungsanlass anwenden (z. B. Kurzfassung DEGAM LL Müdigkeit)			
Impfberatung, Impfung durchführen			
Therapieplan aufstellen (Medikation & weitere Maßnahmen)			
Blutzucker mit Selbstkontrollgerät messen			
<b>kann</b>			
Indikation für physiotherapeutische Behandlung stellen			
ABI (Dopplerdruckmessung der Extremitätenarterien) durchführen			
Ergometrie Durchführung beobachten			
Eine Sprechstunde mit einem*er chronisch Kranken durchführen			

1. Tätigkeit/ Kompetenz während des Blockpraktikums (Muss/Soll/Kann)	2. Einschätzung meiner Fähigkeit zu der Tätigkeit/Kompetenz		
	Vor dem Praktikum (1-4)	Eigene Schwer- punkte	Nach dem Praktikum (1-4)
An Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Disziplinen teilnehmen			
Durchführung einer Leichenschau beobachten			
Rezept ausstellen und prüfen lassen			
AU Bescheinigung ausfüllen und prüfen lassen			
Überweisungsformular erstellen und prüfen lassen			
S.c. Injektion unter Aufsicht durchführen			
i.v. Injektion, Infusion unter Aufsicht zubereiten und anlegen			
Digital rektale Untersuchung unter Anleitung durchführen			
Sonographie: Organe unter Anleitung erkennen			
Geriatrisches Basis-Assessment beobachten, ggf. durchführen			
Patient*innenschulung (Diabetes, Inhaler-Gebrauch, Adhärenz-Gespräch bei komplizierter Medi-Einnahme) beobachten			

Der ausführliche Lernzielkatalog findet man unter:



(PDF Dokument auf Homepage).



## Listen wichtiger Erkrankungen in der Allgemeinmedizin

Die folgenden Listen orientieren sich sowohl an Daten des Zentralinstitutes für die kassenärztliche Versorgung (ZI) für die häufigsten abgerechneten ICD-Diagnosen<sup>20</sup> als auch an Daten des Content-Projektes<sup>21</sup> zu den häufigsten Beratungsanlässen in der Allgemeinmedizin und sind von einem Expertengremium baden-württembergischer allgemeinmedizinischer Hochschuldozent\*innen konsentiert worden.

### **Liste der wichtigsten akuten Beratungsanlässe in der Allgemeinmedizin (nicht hierarchisch geordnet):**

- ▶ Rücken- /WS – Beschwerden
- ▶ Schmerzen großer Gelenke (Schulter, Hüfte, Knie)
- ▶ Husten, Rachenbeschwerden, Ohrschmerz
- ▶ Übelkeit, Erbrechen, Durchfall
- ▶ Schwindel
- ▶ Bauchschmerz
- ▶ Kopfschmerz
- ▶ Thoraxschmerz
- ▶ Atemnot
- ▶ Sodbrennen
- ▶ Beschwerden im Zusammenhang mit Wasserlassen
- ▶ Psychischer Ausnahmezustand, Suizidalität

### **Liste der wichtigsten chronischen Erkrankungen in der Allgemeinmedizin (nicht hierarchisch geordnet):**

- ▶ Chronische Rückenschmerzen
- ▶ KHK
- ▶ Herzinsuffizienz
- ▶ Hypertonie
- ▶ Diabetes Typ 2
- ▶ Asthma
- ▶ COPD
- ▶ Säureassoziierte Erkrankungen des oberen Gastrointestinaltraktes
- ▶ Depression
- ▶ Chronische degenerative Gelenkserkrankungen
- ▶ Chronische Schlafstörungen

## GLOSSAR #

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

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

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

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

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

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

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

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

**Compliance:** s. Adhärenz

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Leitlinien** – Systematisch entwickelte Feststellungen, die helfen sollen, sich für angemessenes therapeutisches Vorgehen unter Berücksichtigung spezifischer klinischer Umstände zu entscheiden. Sie sind – anders als Richtlinien – nicht bindend und müssen an den Einzelfall angepasst werden. Teilweise

berücksichtigen sie ökonomische Aspekte des Behandelns. Sie enthalten in der Regel keine Wertung hinsichtlich des erreichbaren Behandlungsergebnisses. Für die Erstellung ist meist ein ausgewähltes Expertengremium zuständig, der endgültigen Publikation (in Deutschland meist über die AWMF) geht ein aufwändiger Redaktions- und Revisionsprozess voran. Die Gültigkeit einer Leitlinie ist auf wenige Jahre beschränkt, dann muss eine Aktualisierung erfolgen.

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

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

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

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

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

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

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

**Prävention** – von Lat. praevenire – zuvorkommen. Synonym wird teilweise auch der Begriff „Prophylaxe“ verwendet. Unter dem Begriff versteht man alle Maßnahmen, die ergriffen werden, um das Eintreten unerwünschter Ereignisse zu verhindern. Im medizinischen Bereich zählen dazu (zahn)ärztliche

Vorsorgeuntersuchungen, aber auch Impfungen, Aufklärungskampagnen (z.B. in der Suchtprävention) oder Schulungen (z.B. für Ernährung, Stressbewältigung, Bewegung).

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

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

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

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

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

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

**Vortestwahrscheinlichkeit** – die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer bestimmten Erkrankung, bevor eine zusätzliche diagnostische Maßnahme, beispielsweise eine Laboruntersuchung, durchgeführt wird, gleichbedeutend mit der Prävalenz. Aus den Werten von Vortestwahrscheinlichkeit, Sensitivität und Spezifität des Untersuchungsverfahrens berechnen sich der positive und negative prädiktive Wert. Liegt die Vortestwahrscheinlichkeit vor einer Untersuchung sehr stark auf einer Seite, ist also die









