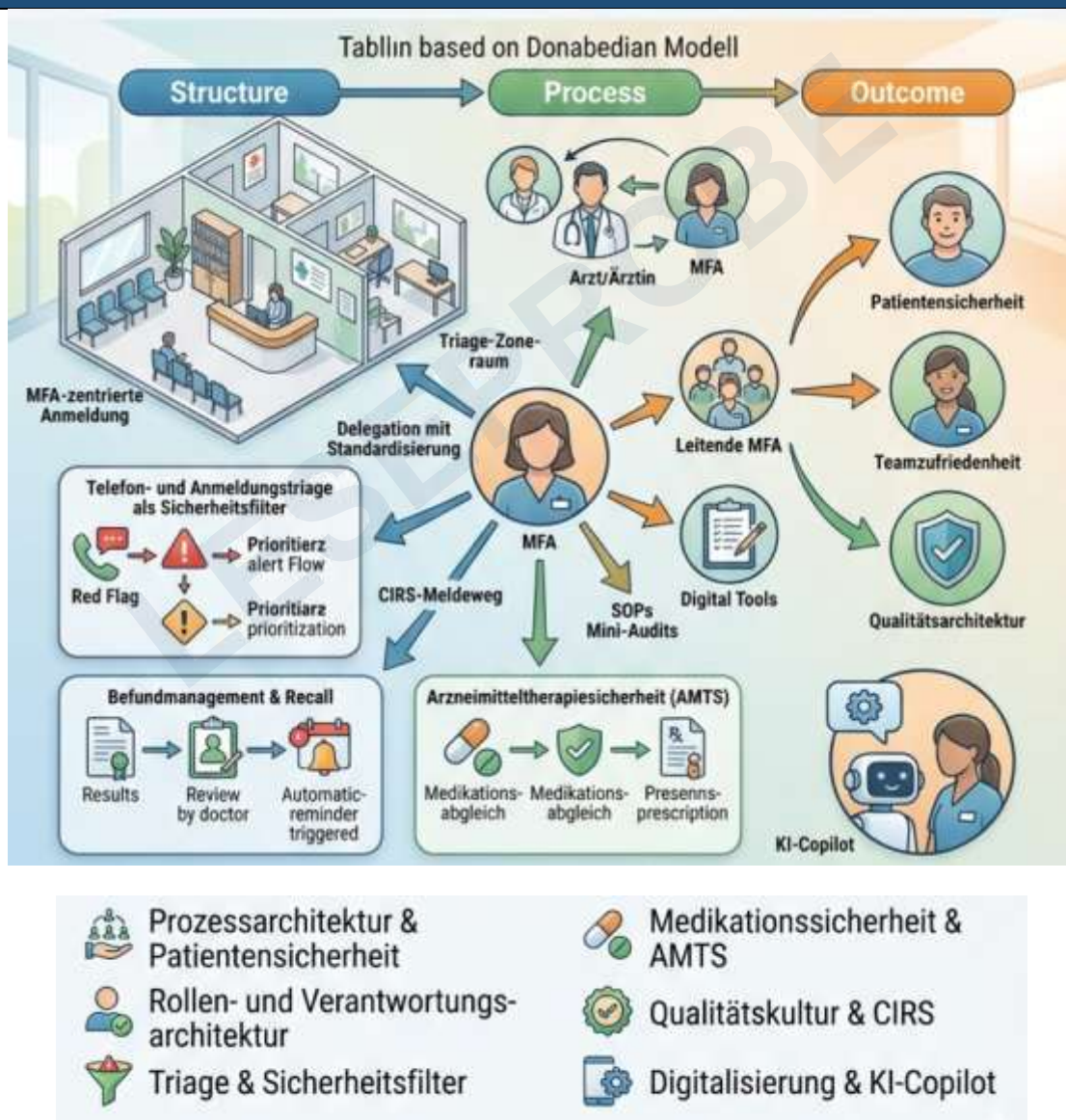


ClinicalOS – Hausarztmedizin strukturiert entscheiden

Band 7

Praxisarchitektur & Teamprozesse



MFA-zentrierte Praxisorganisation, Patientensicherheit und
Qualitätslogik

Über diese Leseprobe

Band 7 · Praxisarchitektur und Teamprozesse

Diese kuratierte Leseprobe umfasst 11 Seiten bei 68 Seiten im Vollband (rund 15 %, einschließlich Hinweis- und Endseite). Die folgenden Kapitel sind vollständig enthalten. Die ursprünglichen Seitenzahlen bleiben erhalten; Sprünge sind beabsichtigt. Diese Übersicht und die PDF-Lesezeichen erschließen die enthaltenen Ausschnitte. Verweise auf weitere Kapitel beziehen sich auf den Vollband.

- **Kapitel 1: Praxisarchitektur und Patientensicherheit**
- **Kapitel 3: Konsultationsqualität und Dokumentation**

Die Hinweise zu Nutzung und Verantwortung aus dem Original gelten auch für diese Leseprobe.

Urheberrecht Impressum

Dr. med. Götz Huber

Das klinische Betriebssystem der Hausarztmedizin

Band 7: Praxisarchitektur & Teamprozesse

© 2026 Dr. med. Götz Huber. Alle Rechte vorbehalten.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Autors unzulässig und strafbar.

Hinweis: Die in diesem Buch enthaltenen Informationen wurden sorgfältig recherchiert und geprüft. Da sich KI-Werkzeuge und regulatorische Rahmenbedingungen schnell ändern, können einzelne Angaben zum Zeitpunkt der Lektüre bereits überholt sein. Aktuelle Ergänzungen finden Sie unter <https://clinicalos.de/>. Die Nennung von Produkten und Herstellern erfolgt ohne Gewähr und stellt keine Kauf- oder Anwendungsempfehlung dar.

Hinweis zu Inhalt, Nutzung und Verantwortlichkeit

Die ClinicalOS-Manualserie entstand mit dem Ziel, praktisch tätigen Hausärztinnen und Hausärzten, Fortbildungsassistenten Allgemeinmedizin, medizinischen Fachangestellten und Medizinstudierenden, ein strukturiertes, praxisnahes Lern- und Referenzwerk bereitzustellen. Die Inhalte wurden auf Basis aktueller medizinischer Fachliteratur, leitlinienbasierter Quellen und hausärztlicher Praxiserfahrung erarbeitet.

Bei der Erstellung wurden digitale Werkzeuge einschließlich KI-gestützter Textgenerierung eingesetzt. Sämtliche Inhalte wurden anschließend durch den Autor auf fachliche Korrektheit, inhaltliche Konsistenz und mögliche Fehler geprüft. Eine Gewähr für die Richtigkeit, Aktualität oder Vollständigkeit der bereitgestellten Informationen kann nicht übernommen werden; trotz sorgfältiger Überarbeitung kann die vollständige Fehlerfreiheit nicht ausgeschlossen werden — weder hinsichtlich inhaltlicher Ungenauigkeiten noch hinsichtlich zwischenzeitlich aktualisierter Leitlinien oder Dosierungsempfehlungen.

Die Inhalte dieses Manuals ersetzen keine individuelle medizinische Beurteilung und sind nicht als verbindliche Behandlungsempfehlung zu verstehen. Jede Anwendung der hier dargestellten Informationen liegt in der alleinigen Verantwortung der Leserin oder des Lesers. Diagnostische und therapeutische Entscheidungen müssen stets am individuellen Patienten, unter Berücksichtigung der vollständigen klinischen Situation und auf Basis der jeweils gültigen Leitlinien getroffen werden.

Für Ärztinnen und Ärzte gilt uneingeschränkt die **ärztliche Letztverantwortung**: Jede Übernahme von Inhalten aus diesem Manual — ob als Textbaustein, SOP oder Therapieempfehlung — setzt die eigenverantwortliche fachliche Prüfung durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt voraus. KI-gestützte oder digital erstellte Inhalte können und dürfen das ärztliche Urteil nicht ersetzen.

Haftungsansprüche, welche sich auf Schäden materieller oder immaterieller Art beziehen, die durch die direkte oder indirekte Nutzung der in diesem Manual enthaltenen Informationen entstehen — auch wenn diese lücken- oder fehlerhaft sind —, sind grundsätzlich ausgeschlossen.

Dosierungsangaben gelten für Erwachsene ohne relevante Niereninsuffizienz. Bei älteren Patienten, Polypharmazie und in der Schwangerschaft sind individuelle Anpassungen erforderlich. Aktuelle Leitlinien (DEGAM, AWMF, DGK) sind vorrangig zu beachten.

Hinweis zu den Übersetzungen

ClinicalOS ist ein ursprünglich deutschsprachig entwickeltes Werk. Die vorliegende deutsche Ausgabe ist die inhaltliche Ursprungs- und Referenzfassung. Auf ihrer Grundlage wurden vollständige Übersetzungen ins Englische, Französische und Spanische erstellt, welche die konzeptionelle Struktur, die Entscheidungsarchitektur und den medizinischen Kerninhalt der deutschen Fassung übernehmen.

Soweit sinnvoll und möglich, enthalten die internationalen Ausgaben zusätzliche Hinweise auf Leitlinien, klinische Praxis und regulatorische Besonderheiten der jeweiligen Sprachräume. Sie stellen jedoch **keine vollständige länderspezifische Anpassung sämtlicher medizinischer und regulatorischer Inhalte** dar. Für die klinische Anwendung sind stets die im jeweiligen Land aktuell geltenden Leitlinien, Arzneimittelinformationen und gesetzlichen Regelungen maßgeblich.

Kapitel 1. Einführung — Warum Praxisarchitektur Patientensicherheit ist

1.1 Einführung — Das stille Qualitätsproblem der Hausarztmedizin

Hausarztmedizin ist hochkomplexe Medizin unter Ressourcenknappheit. Eine Praxis mit drei Ärztinnen und sechs MFAs versorgt täglich 80–120 Patientenkontakte, koordiniert Labore, Bildgebung, Überweisungen, Rezepte, DMP-Dokumentation, eAU, eRezept, CIRS und Abrechnung — parallel, interdependent, zeitkritisch.

Die PRACTiCe-Studie (2012) zeigte: 1 von 8 Patienten in Hausarztpraxen ist von Verschreibungsfehlern betroffen, 1 von 20 Verordnungen enthält einen Fehler. [1] Das sind keine Einzelfälle — das ist systemisches Versagen in Praxen ohne explizite Prozessarchitektur.

Manual 7 schließt die Lücke zwischen klinischem Wissen (Manualbände 1–6) und operativer Praxisrealität. Nicht als Bürokratie-Handbuch, sondern als Betriebssystem: funktional, MFA-zentriert, implementierbar.

CLINICAL PEARL — Prozesse schützen Patienten — nicht Absichten

Ein guter Arzt in einem schlechten Prozess wird mehr Fehler machen als ein durchschnittlicher Arzt in einem guten System. Das zeigt die Patientensicherheitsforschung seit 25 Jahren. [3] Manual 7 antwortet mit Systemdesign statt Appellen.

1.2 Theoretischer Rahmen — Das Donabedian-Modell als Leitlogik

Alle Kapitel von Manual 7 folgen dem Donabedian-Modell: Strukturqualität (Ressourcen, Rollen, Ausstattung) → Prozessqualität (Abläufe, SOPs, Übergaben) → Ergebnisqualität (Patientensicherheit, Behandlungsqualität, Teamzufriedenheit). [3]

Qualitätsdimension	Definition	Typische Fragen in Manual 7
Strukturqualität	Ressourcen, Rollen, Ausstattung, Prozessarchitektur	Wer ist zuständig? Welche Tools gibt es?
Prozessqualität	Wie werden Abläufe ausgeführt, dokumentiert, kontrolliert?	Welche SOP? Welche Übergaberegeln? Welcher Recall?
Ergebnisqualität	Klinische Outcomes, Sicherheit, Effizienz, Zufriedenheit	Wurden Befunde rückgekoppelt? Wurde Fehler verhindert?

1.3 Warum MFAs die operative Kernperson sind

In der deutschen Hausarztpraxis ist die MFA die operative Schaltstelle der meisten Patientenkontakte: Erstkontakt, Triage, Terminsteuerung, Recall, Dokumentationsvorbereitung, Befundbearbeitung, Abrechnungsvorbereitung, Notfallreaktion, Schnittstellenmanagement. [16]

Manual 7 entwirft deshalb jedes Kapitel mit einem expliziten MFA-Modul: Was die MFA vorbereitet, entscheidet, eskaliert — und was nicht. Das ist keine Aufwertung ohne Grundlage, sondern Realitätsabbildung.

Berufsgruppe	Primäre Rolle in Manual 7	Kernprozesse
Arzt / Ärztin	Klinische Letztentscheidung, Eskalationsübernahme	Diagnose, Therapie, Verordnung, Review kritischer Befunde
Leitende MFA / Praxismanagerin	Prozesssteuerung, Teamkoordination, QM	CIRS, Audit, Schulung, Tagessteuerung, Recall-Überwachung
MFA	Standardisierte Durchführung und Vorbereitung	Triage, Recall, Befundbearbeitung, Dokumentation, Abrechnung
VERAH / NäPA	Delegierte Versorgungsaufgaben	Chroniker-Monitoring, Hausbesuche, strukturierte Rückmeldungen
Weiterbildungsassistent	Klinisch-ärztliche Aufgaben unter Supervision	Konsultationen, CIRS-Lernen, Protokolllernen
Vertretung / Teilzeit	Funktionssicherheit unter Fremdstruktur	SOPs und Kurzkarten, kein improvisiertes Ownership

1.4 Zehn Grundprinzipien von Manual 7

- 1. Jeder Kernprozess hat eine Primärrolle — nicht „das Team“.
- 2. Delegation ist nur sicher mit Standardisierung, Schulung, Grenze und Eskalation.
- 3. Near Misses sind wertvoller als vollendete Fehler — CIRS-Meldekultur ab Tag 1.
- 4. Kein Recall ohne benannte Verantwortlichkeit und Zeitfenster.
- 5. Red Flags unterbrechen den Betrieb — das ist protokolliert, kein Ermessen.
- 6. Jede Befundbewertung wird dokumentiert — auch „unauffällig“ (§630h BGB [14]).
- 7. SOPs in zwei Formaten: vollständig für Einarbeitung, als 90-Sekunden-Kurzkarte für Vertretung.
- 8. AMTS beginnt beim Medikationsabgleich — nicht beim Rezept.
- 9. Audit ohne Konsequenz ist wertlos: jedes Audit endet mit 1 konkreten Maßnahme.
- 10. G-BA QM-RL 2024: Fehlermanagement, CIRS und AMTS sind Pflicht — kein Kür-Programm. [6]

1.5 Mini-Audit — Wo steht Ihre Praxis heute?

Prüffrage	Ja / Nein	Warnsignal bei „Nein“
Gibt es für jeden Kernprozess eine benannte Primärrolle?		Zuständigkeiten sind implizit und personenabhängig.
Funktioniert das System auch bei Urlaub, Krankheit, Vertretung?		Praxis hängt zu stark an Einzelpersonen.
Gibt es einen definierten CIRS-Meldeweg?		G-BA QM-RL 2024 macht das zur Pflicht. [6]
Wird bei jeder Befundanordnung ein Recall angelegt?		Systematische Lücken im Befundrücklauf.
Gibt es eine Red-Flag-Liste für Triage an Anmeldung und Telefon?		20 % Fehleinschätzungsrate ist dokumentiert. [8]
Gibt es einen strukturierten Medikationsabgleich beim Check-in?		Interaktionsrisiken bleiben unsichtbar.
Wird mindestens 1 Mini-Audit/Quartal durchgeführt?		Systematische Blindflecken bleiben unentdeckt.

QUICK REFERENCE

- Manual 7 ist kein QM-Ordner — es ist das operative Betriebssystem der Praxis.
- Patientensicherheit entsteht durch Prozessdesign, nicht durch Aufmerksamkeit allein.
- MFAs sind die operative Kernperson — jedes Kapitel enthält ein explizites MFA-Modul.
- G-BA QM-RL 2024: CIRS, AMTS und Fehlermanagement sind keine Kür mehr. [6]
- 10 Grundprinzipien: Rolle — Delegation — Near Miss — Recall — Red Flag — Dokumentation — SOP — AMTS — Audit — Pflicht.

LESEPROBE

Kapitel 3. Konsultationsqualität und Dokumentation

3.1 Einführung

Die Konsultation ist der Kern des ärztlichen Handelns — und der Ort, an dem die meisten Fehler entstehen oder verhindert werden. Eine strukturierte Konsultation mit vollständiger Dokumentation ist kein bürokratischer Aufwand, sondern aktive Patientensicherheit. Für MFAs ist die Vorbereitung der Konsultation eine operative Kernaufgabe: Akte prüfen, Vitaldaten erheben, offene Befunde markieren, Rückkehr-Status klären.

CLINICAL PEARL — Vorbereitung ist halbe Diagnose

Eine MFA, die in 5 Minuten Akte, Medikation, offene Befunde und Recall-Status gecheckt hat, gibt dem Arzt den entscheidenden Informationsvorsprung. Das ist keine Serviceleistung — das ist klinische Patientensicherheit.

3.2 SOAP-Schema — Das strukturierte Konsultationsformat

Das SOAP-Schema (Subjektiv / Objektiv / Assessment / Plan) ist der internationale Dokumentationsstandard für Konsultationen. Es gewährleistet Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit.

SOAP-Element	Inhalt	MFA-Beitrag
S — Subjektiv	Beschwerden, Dauer, Charakter, Verlauf (aus Patientenperspektive)	Anlass dokumentieren; Red Flags vormarkieren
O — Objektiv	Vitalzeichen, körperlicher Untersuchungsbefund, Laborwerte, EKG	Vitaldaten erheben und ins PVS eintragen
A — Assessment	Ärztliche Einschätzung: Diagnose, Differenzialdiagnosen, Risikobewertung	Nur Arzt; MFA flaggt Auffälligkeiten
P — Plan	Therapie, Rezept, Überweisung, Recall, Safety-Netting	Recall-Datum setzen; Rezept vorbereiten

3.3 MFA-Vorbereitung — 5 Schritte vor der Konsultation

Schritt	Aufgabe	Zeit
1	Akte öffnen: letzter Kontakt, aktuelle Medikation, Dauerdiagnosen checken	60 Sek.
2	Offene Befunde prüfen: liegt Ergebnis vor? Wurde es dem Patienten kommuniziert?	30 Sek.
3	Recall-Status: war das geplant oder ungeplant? DMP-fällig?	30 Sek.
4	Vitaldaten erheben und ins PVS eintragen (RR, Puls, Gewicht, ggf. SpO2)	2–3 Min.
5	Anlass für heutigen Besuch kurz im PVS vorerfassen (MFA-Feld)	30 Sek.

3.4 Safety-Netting — Was der Patient bei Verschlechterung tun soll

Safety-Netting ist die ärztliche Aufklärung über Warnsignale nach der Konsultation. Es ist Pflichtbestandteil der Dokumentation und häufigste Lücke bei Haftungsfällen (vgl. Kap. 10).

Situation	Safety-Net-Inhalt	MFA-Rolle
Akute Infektion	"Wenn Fieber >39°C, Atemnot oder kein Besserungstrend nach 48 h → sofort melden"	Dokumentation im PVS-Freitextfeld prüfen
Neues Medikament	"Bei Hautveränderungen, Schwellungen, Schwindel sofort stoppen und anrufen"	Telefonnummer auf Rezepttasche notieren
Laborbefund ausstehend	"Ergebnis kommt in 2 Tagen — wir rufen Sie an, wenn auffällig"	Recall-Aufgabe im PVS anlegen
Verlaufskontrolle	"In 4 Wochen bitte Termin holen — ich trage das im System ein"	Recall-Datum setzen

3.5 KI-Scribe — Prozessregeln für automatisierte Dokumentation

AI-Scribes (Navida, Abridge, Nuance DAX) erstellen automatisch Konsultationsprotokolle. Sie entlasten — aber erfordern klare Prozessregeln.

Schritt	Verantwortung	Standard
1. Patienteneinwilligung	MFA	"Unser System schreibt das Gespräch für die Akte mit. Alles wird vom Arzt geprüft. Einverstanden?"
2. Aufnahme	KI-System	Konsultation wird transkribiert und strukturiert
3. Ärztliche Prüfung	Arzt (Pflicht)	Jedes KI-Protokoll vor Finalisierung durchlesen und freigeben
4. Finalisierung	Arzt	Nur nach ärztlicher Freigabe in PVS speichern
5. Fallback	MFA + Arzt	Bei Ausfall: manuelle Dokumentation; Backup-Vorlage am Arbeitsplatz

3.6 MFA-Modul — Formulierungsbeispiele

Situation	Formulierung
Vitalzeichen dokumentieren	"Frau M., ich messe kurz Blutdruck und Puls — das gehört zu Ihrer heutigen Untersuchung dazu."
KI-Scribe ansprechen	"Unser Dokumentationssystem schreibt das Gespräch für die Akte mit. Der Arzt prüft alles. Sind Sie einverstanden?"
Recall nach Konsultation	"Die Ärztin empfiehlt eine Kontrolle in 4 Wochen. Soll ich direkt einen Termin eintragen?"
Laborbefund ausstehend	"Ihr Blutbild ist noch nicht da. Ich lege einen Rückruf an — wir melden uns, sobald das Ergebnis vorliegt."

3.7 Fehlerbibliothek — Konsultation und Dokumentation

Fehlertyp	Typisches Beispiel	Ursache	Gegenmaßnahme
Safety-Net nicht dokumentiert	Patient kommt verschlechtert zurück — kein Nachweis der Aufklärung	Kein Pflichtfeld	Safety-Net als Pflichtfeld im PVS-Template
Vitaldaten fehlen	RR nicht erhoben, obwohl Hypertonie-Patient	Kein MFA-Vorbereitungsstandard	5-Schritte-Vorbereitung als feste MFA-Routine
KI-Output nicht geprüft	Falscher Befund im Protokoll finalisiert	Kein Freigabe-Protokoll	Obligate ärztliche Prüfung vor Finalisierung
Rückruf nicht angelegt	Laborbefund bleibt liegen	Kein Recall-Standard	Recall bei jedem ausstehenden Ergebnis als MFA-Pflicht
Retrospektive Dokumentation	Eintrag 2 Tage später ohne Zeitstempel	Zeitdruck	Dokumentation am Tag der Konsultation; PVS-Zeitstempel

3.8 Mini-Audit — Konsultationsqualität

Prüfrage	Ja / Nein	Warnsignal bei "Nein"
Erhebt die MFA Vitaldaten vor jeder Konsultation systematisch?		Objektive Daten fehlen für ärztliche Einschätzung.
Ist Safety-Netting als Pflichtfeld in der Dokumentation verankert?		Häufigste Haftungslücke in deutschen Arzthaftungsfällen.
Werden KI-Scribe-Protokolle vor Finalisierung ärztlich geprüft?		KI-Output ist Entwurf, kein Dokument.
Gibt es eine definierte MFA-Vorbereitung (5 Schritte)?		Informationen fehlen beim Arzt zum falschen Zeitpunkt.
Werden offene Befunde vor der Konsultation markiert?		Nachverfolgungslücken im Befundmanagement.

QUICK REFERENCE

- SOAP: Subjektiv → Objektiv → Assessment → Plan — jedes Element dokumentieren.
- MFA-Vorbereitung 5 Schritte: Akte, Befunde, Recall, Vitaldaten, Anlass — in 5 Minuten.
- Safety-Netting: immer dokumentieren — was tut der Patient, wenn es schlechter wird?
- KI-Scribe: Patienteneinwilligung holen, ärztliche Prüfung Pflicht vor Finalisierung.
- §630h BGB: Nicht dokumentiert = nicht durchgeführt — Beweislast liegt bei der Praxis. [14]

ClinicalOS vollständig entdecken

Band 7 · Praxisarchitektur und Teamprozesse

Weitere Informationen zur vollständigen Ausgabe und zur ClinicalOS-Reihe finden Sie auf:

clinicalos.de

Die Hinweise zu Nutzung und Verantwortung aus dem Original gelten auch für diese Leseprobe.