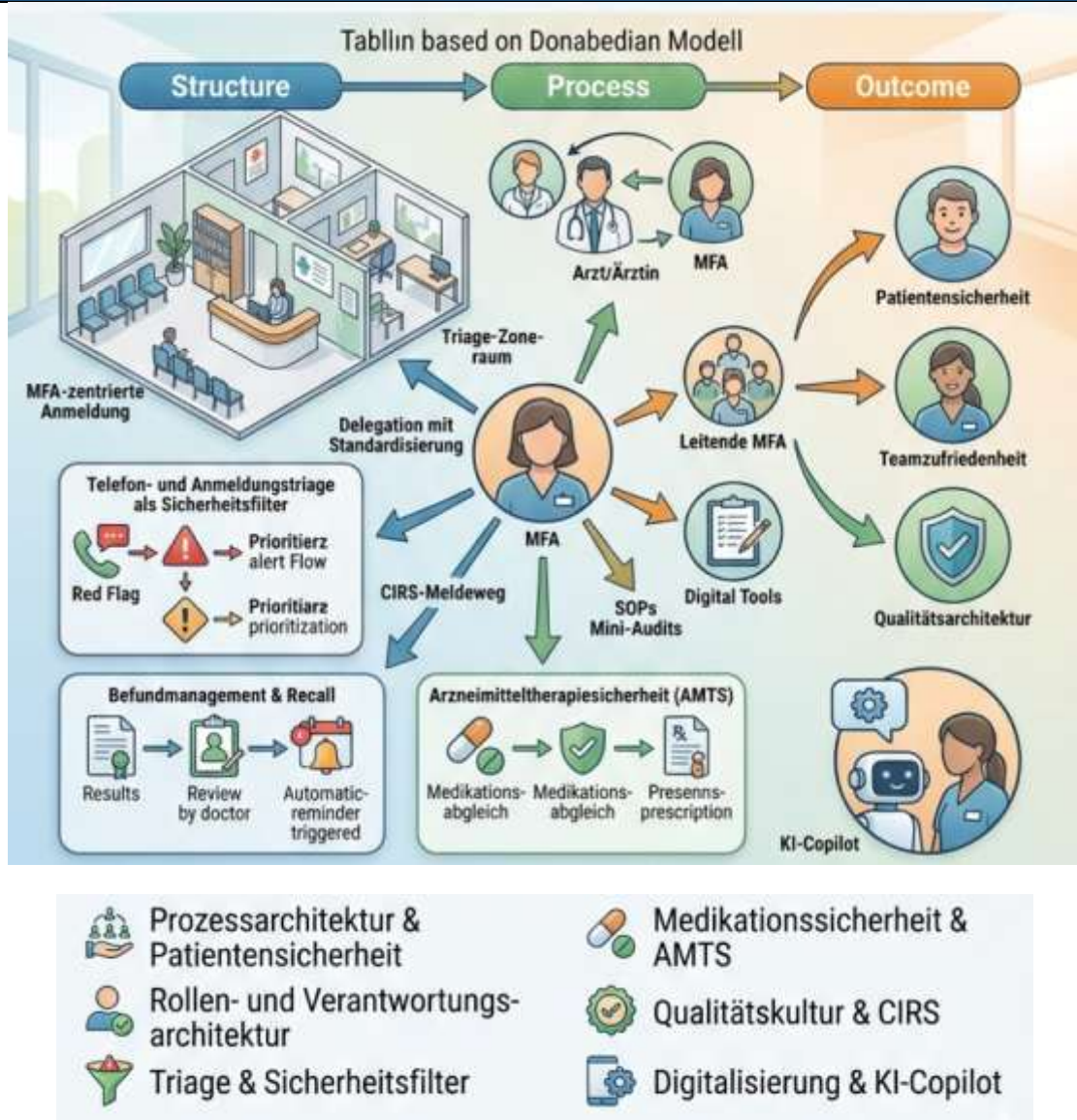


# ClinicalOS – Das klinische Betriebssystem der Hausarztmedizin

## Band 7 Praxisarchitektur & Teamprozesse



MFA-zentrierte Praxisorganisation, Patientensicherheit und Qualitätslogik

## 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.

Stand: Juni 2026

## 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. Trotz sorgfältiger Überarbeitung kann die vollständige Fehlerfreiheit nicht garantiert 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.

Der Autor übernimmt keine Haftung für Schäden, die aus der direkten oder indirekten Nutzung der in diesem Manual enthaltenen Informationen entstehen.

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

## Inhalte

Abschnitt	Inhalte
<b>1. Einführung — Warum Praxisarchitektur Patientensicherheit ist</b>	Donabedian-Modell (Struktur-Prozess-Ergebnis), Praxisarchitektur als Sicherheitsfaktor, PRACTICE-Studie zu Systemfehlern, MFA-Delegation als Qualitätshebel
<b>2. Rollen- und Verantwortungsarchitektur der Hausarztpraxis</b>	Rollenmatrix Arzt/MFA/Praxismanagement, Delegationsrahmen nichtärztlicher Leistungen, Verantwortungsabgrenzung, Vertretungsregelungen, Eskalationswege
<b>3. Konsultationsqualität und Dokumentation</b>	MFA-Vorbereitungsroutine, Konsultationsstruktur, Dokumentationsqualität im PVS, Anamnese-Standardisierung, Qualitätsindikatoren der Konsultation
<b>4. Befundmanagement und Recall</b>	Befundtyp-Matrix (Zeitfenster, Verantwortung, Eskalation), Recall-System in vier Schritten, kritisches vs. Routinelabor, DOAK/VKA-Monitoring
<b>5. Telefon- und Anmeldungstriage als Sicherheitsfilter</b>	Red-Flag-Liste für Telefon/Anmeldung, Risikogruppen-Triage (Ältere, Kinder, Sprachbarriere), Dringlichkeitsbewertung ohne Sichtkontakt, SmED-Verfahren
<b>6. Medikationssicherheit als Prozess (AMTS-Architektur)</b>	Sechs-Ebenen-AMTS-Architektur (Abgleich, Review, Sicherheitsprüfung, Organfunktion, Monitoring, Reevaluation), Interaktionscheck, eGFR-adaptierte Dosierung
<b>7. DMP, Chroniker-Management und Impfmanagement</b>	DMP-Übersicht (Diabetes, KHK, COPD, Herzinsuffizienz, Depression), EBM-Abrechnungsziffern, vierphasiger Recall-Prozess, Impfpassprüfung
<b>8. Fehlerkultur, CIRS und interne Audits</b>	Fehlertypen und Systemursachen, Near-Miss-Meldungen, G-BA-QM-Richtlinie, CIRS-Implementierung, „Was nicht Wer“-Prinzip
<b>9. Patientenzentrierung und Beschwerdemanagement</b>	Sieben-Schritte-Beschwerdeprozess, Kommunikationsstandards für schwierige Gespräche, Eskalationseinschätzung, CIRS-Einspeisung von Beschwerden
<b>10. Dokumentation, Haftung und Rechtssicherheit</b>	§630f/g/h BGB (Dokumentationspflicht, Einsichtsrecht, Beweislastumkehr), DSGVO Art. 9, §203 StGB Schweigepflicht
<b>11. Abrechnung als Qualitätsprozess</b>	Abrechnung als Qualitätsindikator, vierphasiger Abrechnungsprozess, EBM/GOÄ/DMP/IGeL-Unterschiede, Kodierungskontrolle
<b>12. Teamprozesse Notfälle in der Hausarztpraxis</b>	ABCDE als Teamsprache, Bewusstlosigkeits-Algorithmus, AED-Einsatz, 112-Alarmierungsprinzip, Notfallrollenverteilung
<b>13. Digitale Praxistools und KI-Copilot</b>	TI-Pflichtkomponenten (eRezept, eAU, KIM, ePA), KI-Tool-Kategorien (AI-Scribe, Interaktionsprüfung, Diagnoseunterstützung), Prozessersatz statt Parallellauf
<b>14. Lern- und Verbesserungsarchitektur</b>	Vier Lernschleifen des KVP (Fehler-, Audit-, Beschwerde-, Wissens-Lernen), SOP-System, strukturiertes Onboarding
<b>15. 30-Tage-Implementierungsplan</b>	Pareto-Logik (20/80), Tag-1-Sofortmaßnahmen, Wochenstruktur Tage 1–30, Priorisierung nach Sicherheitseffekt
<b>Anhang A — Bibliographie</b>	Vollständige Quellenangaben [1]–[20], PRACTICE-Studie, G-BA-QM-Richtlinie, STOPP/START v3, KBV-Delegationsrahmen
<b>Anhang B — Tool-Tabelle (20 digitale Werkzeuge)</b>	PVS-Systeme, CIRS-Portale (JfZ, CIRSmedical), Interaktionsdatenbanken (ABDATA/IFA), Telematikinfrastruktur (TI, KIM, ePA), KI-Scribe-Tools

# Inhaltsverzeichnis

---

<b>VORWORT</b> .....	<b>6</b>
<b>Kapitel 1.</b> Einführung — Warum Praxisarchitektur Patientensicherheit ist.....	<b>7</b>
<b>Kapitel 2.</b> Rollen- und Verantwortungsarchitektur der Hausarztpraxis.....	<b>10</b>
<b>Kapitel 3.</b> Konsultationsqualität und Dokumentation .....	<b>14</b>
<b>Kapitel 4.</b> Befundmanagement und Recall .....	<b>17</b>
<b>Kapitel 5.</b> Telefon- und Anmeldungstriage als Sicherheitsfilter .....	<b>21</b>
<b>Kapitel 6.</b> Medikationssicherheit als Prozess (AMTS-Architektur).....	<b>25</b>
<b>Kapitel 7.</b> DMP, Chroniker-Management und Impfmanagement .....	<b>29</b>
<b>Kapitel 8.</b> Fehlerkultur, CIRS und interne Audits.....	<b>33</b>
<b>Kapitel 9.</b> Patientenzentrierung und Beschwerdemanagement.....	<b>37</b>
<b>Kapitel 10</b> Dokumentation, Haftung und Rechtssicherheit .....	<b>40</b>
<b>Kapitel 11.</b> Abrechnung als Qualitätsprozess.....	<b>43</b>
<b>Kapitel 12.</b> Teamprozesse Notfälle in der Hausarztpraxis.....	<b>46</b>
<b>Kapitel 13.</b> Digitale Praxistools und KI-Copilot .....	<b>57</b>
<b>Kapitel 14.</b> Lern- und Verbesserungsarchitektur .....	<b>60</b>
<b>Kapitel 15.</b> 30-Tage-Implementierungsplan.....	<b>63</b>
<b>Anhang A — Bibliographie</b> .....	<b>67</b>
<b>Anhang B — Tool-Tabelle (20 digitale Werkzeuge)</b> .....	<b>68</b>

# VORWORT

Band 7 ist Teil von ClinicalOS – Das klinische Betriebssystem der Hausarztmedizin, einer mittlerweile elfteiligen Wissensbasis, die hausärztliches Entscheiden, Diagnostizieren, Behandeln, Kommunizieren und Organisieren systematisch und tabellenbasiert abbildet. Während Band 1 die grundlegende Entscheidungsarchitektur und Band 4 das klinische Patientenmanagement bereitstellen, widmet sich Band 7 einer Ebene, die in beiden nur am Rande berührt wird: der Praxis als System — den Rollen, Prozessen und Sicherheitsnetzen, die dafür sorgen, dass richtige klinische Entscheidungen auch tatsächlich sicher umgesetzt werden.

Patientensicherheit entscheidet sich in der Hausarztpraxis selten am Behandlungstisch allein. Sie entscheidet sich an der Anmeldung, am Telefon, im Recall-System, in der Übergabe zwischen MFA und Arzt, in der Dokumentation und in der Frage, ob ein Fehler gemeldet oder verschwiegen wird. Genau diese unsichtbare Infrastruktur ist das Thema von Band 7.

Das Problem ist dabei nicht mangelndes Fachwissen. Das eigentliche Problem ist, dass Praxisorganisation oft implizit bleibt: Vieles „läuft eben so“, ohne dass Rollen, Eskalationswege oder Vertretungsregeln je schriftlich festgelegt wurden — bis ein Befund verloren geht, eine Triage-Entscheidung falsch ausfällt oder eine Dokumentationslücke zum Haftungsrisiko wird.

Band 7 des ClinicalOS beantwortet deshalb eine andere Frage als die klinischen Manuale der Reihe. Er fragt nicht primär: Welche Diagnose, welche Therapie ist richtig? Er fragt: „Ist die Praxis so organisiert, dass die richtige klinische Entscheidung auch sicher beim Patienten ankommt — und ist nachvollziehbar, wer wann was tut?“

Damit ist dieser Band kein Verwaltungshandbuch im klassischen Sinn. Praxisarchitektur bedeutet nicht zusätzliche Bürokratie, sondern Risikoreduktion durch klare Rollen, definierte Schwellenwerte und ein Team, das weiß, wann es handeln und wann es eskalieren muss.

Die Hausarztpraxis trägt für diese Arbeit besondere Verantwortung. Hier laufen Telefontriage, Befundrückmeldung, Medikationssicherheit, Chroniker-Recall, Abrechnung und Notfallmanagement im selben kleinen Team zusammen — meist ohne die Rückfallebenen einer Klinik. Deshalb steht in diesem Band nicht die Einzelmaßnahme im Zentrum, sondern das Zusammenspiel von MFA-Rollen, Sicherheitsfiltern und Fehlerkultur als Gesamtsystem.

## Fünf Leitideen dieses Bands

1. Patientensicherheit ist ein Organisationsergebnis, kein individuelles Verdienst — sie entsteht durch Prozess, nicht durch Anstrengung allein.
2. Jede Triage-, Recall- und Übergabe-Entscheidung braucht eine schriftliche Regel, nicht nur Erfahrung.
3. Ein Fehlermeldesystem ist kein Schuldinstrument, sondern die wertvollste Lernquelle der Praxis.
4. Dokumentation ist Selbstschutz und Patientenschutz zugleich — nicht dokumentiert heißt im Streitfall nicht erfolgt.
5. Gute Praxisorganisation zeigt sich nicht an Vollständigkeit, sondern an Umsetzbarkeit am Montagmorgen.

6.

**Wie dieser Band benutzt werden soll**

Die Kapitel 1–15 bilden das Hauptmanual: Rollenarchitektur, Sicherheitsfilter (Triage, Recall, AMTS), Fehlerkultur, Rechtssicherheit und der 30-Tage-Implementierungsplan. Anhang A (Bibliographie) und Anhang B (Tool-Tabelle) liefern die Quellen- und Werkzeugbasis zur Umsetzung — kein Ersatz für die Kapitel, sondern Nachschlagewerk dazu.

*Jedes Kapitel ist so aufgebaut, dass es am Montagmorgen im Praxisalltag direkt nutzbar ist.*

# 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, Bildung, 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
<b>Strukturqualität</b>	Ressourcen, Rollen, Ausstattung, Prozessarchitektur	Wer ist zuständig? Welche Tools gibt es?
<b>Prozessqualität</b>	Wie werden Abläufe ausgeführt, dokumentiert, kontrolliert?	Welche SOP? Welche Übergaberegeln? Welcher Recall?
<b>Ergebnisqualität</b>	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.

## Kapitel 2. Rollen- und Verantwortungsarchitektur der Hausarztpraxis

### 2.1 Einführung — Warum Rollenarchitektur ein Sicherheitsfaktor ist

Die Hausarztpraxis ist kein loser Zusammenschluss einzelner Tätigkeiten, sondern ein arbeitsteiliges System. Klinische Qualität hängt nicht nur davon ab, was medizinisch entschieden wird, sondern auch davon, wer in welchem Moment welche Aufgabe übernimmt, dokumentiert, kontrolliert und eskaliert.

In vielen Praxen sind Abläufe historisch gewachsen. Zuständigkeiten entstehen informell: „Frau X macht immer das Labor“, „Herr Y ruft kritische Befunde zurück“. Solche Routinen funktionieren, so lange das eingespielte Team stabil bleibt. Sie versagen bei Krankheit, Urlaub, Personalwechsel oder Vertretung.

Rollenarchitektur bedeutet, aus informellen Gewohnheiten ein explizites System zu machen. Für jeden sicherheitsrelevanten Kernprozess wird festgelegt: wer entscheidet, wer vorbereitet, wer durchführt, wer kontrolliert und wann zwingend eskaliert wird.

#### CLINICAL PEARL — Rolle statt Person

*Wenn ein Prozess keiner Rolle eindeutig zugeordnet ist, liegt er im Blindspot. Gute Praxen arbeiten nicht mit stillschweigenden Gewohnheiten, sondern mit sichtbaren Verantwortlichkeiten.*

### 2.2 Theoretischer Rahmen — Rollenarchitektur im Donabedian-Modell

Rollenarchitektur liegt an der Schnittstelle der drei Donabedian-Ebenen: Sie gehört formal zur Strukturqualität, entfaltet ihre klinische Relevanz aber über die Prozessqualität — strukturierte Übergaben, definierte Eskalation, kontrollierte Delegation. [3]

Qualitätsdimension	Bedeutung für Rollenarchitektur	Praktische Frage
<b>Strukturqualität</b>	Definiert Rollen, Zuständigkeiten, Delegationsgrenzen und Eskalationswege	Wer ist offiziell verantwortlich?
<b>Prozessqualität</b>	Übersetzt Rollen in wiederholbare Abläufe mit Dokumentation und Kontrolle	Wer macht was wann und wie?
<b>Ergebnisqualität</b>	Zeigt, ob die Rollenlogik klinisch wirksam ist (z. B. Recall-Quoten, Fehlerreduktion)	Führt die Rollenarchitektur zu weniger Lücken?

## 2.3 Grundprinzipien — Fünf Regeln guter Rollenarchitektur

- Jeder Kernprozess hat eine Primärverantwortung — nicht „das Team“.
- Delegation braucht Protokoll und Grenze. Diagnosestellung und Therapieentscheidung bleiben ärztlich.
- Kontrolle ist nicht automatisch identisch mit Durchführung — definierte Review-Ebene für Befunde und Verordnungen.
- Eskalation muss vorab geregelt sein: bei Symptom X, Befund Y, Unsicherheit Z sofort Arztkontakt.
- Rollen gelten auch bei Teilzeit, Vertretung und Ausfall — Robustheit ist Systemmerkmal.

## 2.4 Kernrollen der Hausarztpraxis

Rolle	Primäre Funktion	Typische Aufgaben	Nicht delegierbarer Kern
<b>Arzt/Ärztin</b>	Klinische Letztentscheidung	Diagnose, Indikation, Therapie, Eskalation, Review kritischer Befunde	Diagnose, Therapie, Verordnung, Überweisungsentscheidung
<b>Leitende MFA / Praxismanagerin</b>	Prozesssteuerung und Teamkoordination	Tagessteuerung, Terminlogik, Recall-Überwachung, Schulungskoordination, QM	Keine eigenständige medizinische Indikationsentscheidung
<b>MFA</b>	Standardisierte Durchführung und Vorbereitung	Blutdruck, Blutabnahme, Triage nach Protokoll, Impfvorbereitung, Recall-Kontakt	Keine eigenständige Diagnosestellung oder Arzneiverordnung
<b>VERAH / NäPA</b>	Delegierte Versorgungsaufgaben	Hausbesuchsvorbereitung, Monitoring, Chronikerbegleitung	Keine ärztliche Letztentscheidung
<b>Vertretungsarzt</b>	Klinische Kontinuität unter Fremdstruktur	Übernahme der Entscheidungsrolle, lokal definierte Prozesse nutzen	Muss Praxisprozesse aktiv kennen
<b>Teilzeitkraft / Springer</b>	Funktionssicherheit im Randbetrieb	Standardisierte Routineprozesse nach Kurzkarte und SOP	Kein improvisiertes Ownership ohne Einweisung

## 2.5 Rollenmatrix — Wer entscheidet, wer führt aus, wer kontrolliert?

Kernprozess	Arzt/Ärztin	Leitende MFA	MFA	Eskalationspunkt
<b>Befund-Recall</b>	Entscheidet bei auffälligem Befund, reviewt kritische Ergebnisse	Überwacht Fristen und Pending-Liste	Verfolgt Routinebefunde nach Protokoll	Kein Befund im Zeitfenster oder kritischer Befund → sofort Arzt
<b>Telefon-/Anmeldungstriage</b>	Übernimmt Notfall- oder Unsicherheitsfälle	Definiert Triage-Regeln und Schulung	Führt Ersteinschätzung nach Protokoll durch	Red Flag, Instabilität, Unklarheit → sofort eskalieren

Kernprozess	Arzt/Ärztin	Leitende MFA	MFA	Eskalationspunkt
<b>Chronikerplanung</b>	Legt medizinischen Jahresplan fest	Organisiert Recall und Kennzahlen	Terminiert, bereitet Kontrollen vor	Abweichende Werte oder Ausfall von Kontrollen → Arzt
<b>Medikationsabgleich / AMTS</b>	Prüft und entscheidet Änderungen	Sichert Prozess und Standards	Erhebt aktuelle Medikation, dokumentiert Vorarbeit	Interaktion, Unklarheit oder Non-Adhärenz → Arzt
<b>CIRS / Fehlermanagement</b>	Unterstützt Analyse und Systemänderung	Moderiert Meldung, Nachverfolgung, Audit	Meldet Ereignisse und Near Misses aktiv	Größere Ereignisse im Team reviewen
<b>Notfallmanagement</b>	Führt medizinische Intervention	Sichert Notfallablauf und Training	Beginnt Sofortmaßnahmen nach Protokoll	Jede Instabilität → sofort Arzt/112

## 2.6 Delegation — Delegierbar vs. ärztlich

Aufgabe	Delegierbar?	Voraussetzung	Ärztliche Restverantwortung
<b>Blutdruckmessung und Dokumentation</b>	Ja, vollständig	Schulung, Messprotokoll, Dokumentationsstandard	Bewertung und Konsequenz
<b>Routine-Blutabnahme nach Schema</b>	Ja, vollständig	Abnahmeprotokoll, Materialstandard, Befundweg geklärt	Review auffälliger Werte
<b>Impfvorbereitung / Impfung nach Anordnung</b>	Ja, nach Anordnung	Impfprotokoll, Notfallbereitschaft, Dokumentationsroutine	Indikationsentscheidung
<b>Telefonische Ersteinschätzung</b>	Ja, nach Protokoll	Triage-Schema, Red-Flag-Liste, Eskalationsregel	Übernahme unsicherer oder instabiler Fälle
<b>Medikamentenabgleich</b>	Ja, vorbereitend	Strukturierte Liste, Dokumentationsvorlage	Verordnung und Änderung
<b>Diagnosestellung</b>	Nein	—	Voll ärztlich
<b>Medikamentenverordnung</b>	Nein	—	Voll ärztlich

## 2.7 Übergaben — Der kritische Punkt zwischen Rollen

Die meisten Fehler entstehen nicht innerhalb einer isolierten Einzelhandlung, sondern an Übergängen: Anmeldung zur Sprechstunde, MFA zum Arzt, Arzt zur Nachverfolgung, Praxis zur Radiologie, Tagesdienst zum Vertretungsteam.

Jede Übergabe sichert fünf Informationen: Wer übergibt? An wen? Worum geht es? Welche Dringlichkeit? Welche nächste Aktion?

Beispiel Übergabeformel: „Frau M., 68 Jahre, akute Atemnot seit 20 Minuten, blass, spricht nur in kurzen Sätzen, Red Flag, bitte sofort übernehmen.“

## 2.8 Teilzeit, Vertretung und Ausfall — Der Stresstest des Systems

Jeder Kernprozess sollte in zwei Formaten vorliegen: als vollständige SOP für Einarbeitung und Regelbetrieb — und als 90-Sekunden-Kurzkarte für Schichtstart, Vertretung oder Ausfallbetrieb. Die SOP erklärt das System, die Kurzkarte macht es unter Zeitdruck benutzbar.

## 2.9 Mini-Audit — Ist die Rollenarchitektur Ihrer Praxis tragfähig?

Prüffrage	Ja / Nein	Warnsignal bei „Nein“
Hat jeder Kernprozess eine klar benannte Primärrolle?		Zuständigkeiten bleiben implizit und personengebunden.
Sind Delegationsgrenzen schriftlich oder im SOP-System erfasst?		Unsichere Grauzonen, variable Praxis je nach Teammitglied.
Gibt es definierte Eskalationskriterien für MFA bei Unsicherheit?		Red Flags oder kritische Befunde werden potenziell verzögert.
Funktionieren Kernprozesse auch bei Urlaub, Krankheit oder Vertretung?		Praxis ist zu stark an Einzelpersonen gebunden.
Gibt es für Übergaben eine kurze standardisierte Sprachregelung?		Informationsverlust an Schnittstellen.
Werden Rollen und Prozesse bei Onboarding aktiv geschult?		Neue Mitarbeitende lernen durch Zufall statt System.

### QUICK REFERENCE

- Jeder Kernprozess braucht eine Primärrolle.
- Delegation ist nur sicher mit Standardisierung, Schulung, Grenze und Eskalation.
- Übergaben sind Hochrisikopunkte — kurz, klar und trainiert.
- Teilzeit, Vertretung und Ausfall sind der reale Stresstest jeder Rollenarchitektur.
- Rollen gelten für Funktionen, nicht für Namen.

## 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
<b>S — Subjektiv</b>	Beschwerden, Dauer, Charakter, Verlauf (aus Patientenperspektive)	Anlass dokumentieren; Red Flags vormarkieren
<b>O — Objektiv</b>	Vitalzeichen, körperlicher Untersuchungsbefund, Laborwerte, EKG	Vitaldaten erheben und ins PVS eintragen
<b>A — Assessment</b>	Ärztliche Einschätzung: Diagnose, Differenzialdiagnosen, Risikobewertung	Nur Arzt; MFA flaggt Auffälligkeiten
<b>P — Plan</b>	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
<b>Akute Infektion</b>	"Wenn Fieber >39°C, Atemnot oder kein Besserungstrend nach 48 h → sofort melden"	Dokumentation im PVS-Freitextfeld prüfen
<b>Neues Medikament</b>	"Bei Hautveränderungen, Schwellungen, Schwindel sofort stoppen und anrufen"	Telefonnummer auf Rezepttasche notieren
<b>Laborbefund ausstehend</b>	"Ergebnis kommt in 2 Tagen — wir rufen Sie an, wenn auffällig"	Recall-Aufgabe im PVS anlegen
<b>Verlaufskontrolle</b>	"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
<b>1. Patienteneinwilligung</b>	MFA	"Unser System schreibt das Gespräch für die Akte mit. Alles wird vom Arzt geprüft. Einverstanden?"
<b>2. Aufnahme</b>	KI-System	Konsultation wird transkribiert und strukturiert
<b>3. Ärztliche Prüfung</b>	Arzt (Pflicht)	Jedes KI-Protokoll vor Finalisierung durchlesen und freigeben
<b>4. Finalisierung</b>	Arzt	Nur nach ärztlicher Freigabe in PVS speichern
<b>5. Fallback</b>	MFA + Arzt	Bei Ausfall: manuelle Dokumentation; Backup-Vorlage am Arbeitsplatz

### 3.6 MFA-Modul — Formulierungsbeispiele

Situation	Formulierung
<b>Vitalzeichen dokumentieren</b>	"Frau M., ich messe kurz Blutdruck und Puls — das gehört zu Ihrer heutigen Untersuchung dazu."
<b>KI-Scribe ansprechen</b>	"Unser Dokumentationssystem schreibt das Gespräch für die Akte mit. Der Arzt prüft alles. Sind Sie einverstanden?"
<b>Recall nach Konsultation</b>	"Die Ärztin empfiehlt eine Kontrolle in 4 Wochen. Soll ich direkt einen Termin eintragen?"
<b>Laborbefund ausstehend</b>	"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
<b>Safety-Net nicht dokumentiert</b>	Patient kommt verschlechtert zurück — kein Nachweis der Aufklärung	Kein Pflichtfeld	Safety-Net als Pflichtfeld im PVS-Template
<b>Vitaldaten fehlen</b>	RR nicht erhoben, obwohl Hypertonie-Patient	Kein MFA-Vorbereitungsstandard	5-Schritte-Vorbereitung als feste MFA-Routine
<b>KI-Output nicht geprüft</b>	Falscher Befund im Protokoll finalisiert	Kein Freigabe-Protokoll	Obligate ärztliche Prüfung vor Finalisierung
<b>Rückruf nicht angelegt</b>	Laborbefund bleibt liegen	Kein Recall-Standard	Recall bei jedem ausstehenden Ergebnis als MFA-Pflicht
<b>Retrospektive Dokumentation</b>	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"
<b>Erhebt die MFA Vitaldaten vor jeder Konsultation systematisch?</b>		Objektive Daten fehlen für ärztliche Einschätzung.
<b>Ist Safety-Netting als Pflichtfeld in der Dokumentation verankert?</b>		Häufigste Haftungslücke in deutschen Arzthaftungsfällen.
<b>Werden KI-Scribe-Protokolle vor Finalisierung ärztlich geprüft?</b>		KI-Output ist Entwurf, kein Dokument.
<b>Gibt es eine definierte MFA-Vorbereitung (5 Schritte)?</b>		Informationen fehlen beim Arzt zum falschen Zeitpunkt.
<b>Werden offene Befunde vor der Konsultation markiert?</b>		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]

## Kapitel 4. Befundmanagement und Recall

### 4.1 Einführung — Warum verlorene Befunde kein Einzelfall sind

Ein angeordneter Befund, der nicht rückgekoppelt wird, ist kein administratives Versäumnis — er ist ein Sicherheitsrisiko. Die PRACtICe-Studie identifizierte fehlende Monitoring-Rückkopplung als eine der häufigsten Fehlerquellen in Hausarztpraxen: Verordnungen werden gemacht, aber Kontrollen nicht geplant, nicht verfolgt oder nicht bewertet. [1]

Das Ziel ist ein System, in dem kein Befund verloren geht — weil nicht Aufmerksamkeit, sondern Prozessstruktur ihn auffängt.

#### CLINICAL PEARL — Recall kostet Sekunden, rettet Diagnosen

*Das Anlegen eines Recall-Eintrags dauert 20 Sekunden. Eine unentdeckte Befundveränderung kann Monate diagnostischer Verzögerung bedeuten. Das Verhältnis ist asymmetrisch genug, um jeden Befund-Recall ohne Ausnahme zu rechtfertigen.*

### 4.2 Befundtyp-Matrix — Zeitfenster, Rollen und Eskalation

Befundtyp	Zeitfenster	Primärverantwortung	Eskalation bei	Dokumentation
<b>Kritisches Labor</b> (Krea, K <sup>+</sup> , Na <sup>+</sup> , INR kritisch)	Sofort / heute	Arzt/Ärztin	Immer direkt zum Arzt	PVS-Kurznotiz + Rückruf
<b>Routinelabor</b> (HbA1c, Lipide, Schilddrüse)	1–3 Tage	MFA nach Protokoll	Außerhalb Referenzbereich → Arzt	PVS-Eintrag
<b>Bildgebung</b> (CT, MRT, Röntgen)	2–5 Tage	MFA-Koordination, Arzt bewertet	Immer Arzt-Bewertung	Befund archivieren + Recall
<b>Überweisungsbericht</b> (Facharzt)	5–10 Tage	MFA-Eingang prüfen, Arzt bewertet	Nicht eingegangen → Nachfrage MFA	Eingang + Arzt-Visum
<b>DMP-Kontrolle</b>	Quartals-/Halbjahresintervall	MFA-Recall, Arzt-Entscheidung	Kontakt ausgeblieben → Recall	DMP-Dokumentation
<b>Monitoring DOAK/VKA</b>	Substanzabhängig (4–12 Wochen)	MFA terminiert, Arzt bewertet	Außer Bereich → sofort Arzt	PVS-Recall mit Datum

## 4.3 Das Befundmanagement-System in vier Schritten

### Schritt 1: Befund anordnen + Recall sofort anlegen

Bei jeder Befundanordnung — Labor, Bildgebung, Überweisung — wird gleichzeitig der Recall-Eintrag angelegt. Das ist nicht optional, sondern Pflichtbestandteil der Anordnung.

- Datum der Anordnung
- Befundtyp
- Zeitfenster (wann spätestens Befund erwartet)
- Verantwortliche Person / Rolle
- Was ist zu tun, wenn Befund ausbleibt?

### Schritt 2: Befundeingang prüfen — Ampel-System

Farbe	Bedeutung	Aktion MFA
● Kritisch	Wert außerhalb kritischer Grenze	Arzt sofort informieren
○ Auffällig	Außerhalb Referenzbereich, nicht kritisch	Arzt in nächster Stunde
○ Unauffällig	Alle Werte im Bereich	Arzt-Vorlage zur Kenntnisnahme

### Schritt 3: Befund nicht eingegangen — Nachverfolgung

Befundtyp	Nachverfolgungsweg	Zeitraum
Labor intern	PVS-Pending-Liste prüfen, nachfordern	Tag des Ablaufs
Radiologiebericht	Anfrage bei Radiologie	+2 Werktage
Facharztbericht	Telefonische Nachfrage beim Facharzt	+5 Werktage
Patient nicht zum Termin	Rückruf durch MFA	Am Tag des Fehlens

### Schritt 4: Befund bewerten + Dokumentation abschließen

Jede Befundbewertung durch die Ärztin / den Arzt wird im PVS dokumentiert — auch „unauffällig, keine weiteren Maßnahmen“. Der Recall-Eintrag wird als erledigt markiert. Bei Handlungsbedarf: nächsten Schritt dokumentieren und ggf. neuen Recall anlegen. (§630h BGB [14])

## 4.4 Chroniker-Jahresplan — Systematische Verlaufsplanung

Erkrankung	Pflichtkontrollen	Recall-Intervall	MFA-Vorbereitung	Arzt-Entscheidung
<b>Diabetes Typ 2</b>	HbA1c (2×/Jahr), RR, Gewicht, Fuß, Ophthalmologie	Quartalsweise	Labor vorbestellen, DMP-Bogen	Bewertung, Therapieanpassung
<b>Arterielle Hypertonie</b>	RR-Kontrolle, Nierenfunktion, EKG (1×/Jahr)	Quartalsweise	RR-Messung, Laboranforderung	Zielwert, Medikation
<b>Herzinsuffizienz</b>	Gewicht, Symptome, eGFR, Elektrolyte, NT-proBNP	Quartalsweise	Gewicht messen, Lab anfordern	Diuretika, ACE-Hemmer
<b>COPD</b>	Spirometrie (1×/Jahr), Exazerbationsdokumentation	Halbjährlich	Spirometrie-Termin	Therapiestufe
<b>CKD (eGFR 30–60)</b>	eGFR, Kalium, Hb, Phosphat	Quartalsweise	Labor anfordern	Medikationsanpassung
<b>Antikoagulation VKA</b>	INR	Je nach Stabilität (4–12 Wochen)	INR-Termin	Dosisanpassung
<b>Antikoagulation DOAK</b>	Nierenfunktion, Leberwerte	Halbjährlich	Labor anfordern	Weiterführen/Anpassen
<b>Schilddrüse (L-Thyroxin)</b>	TSH	6–12 Monate	Labor anfordern	Dosisanpassung

## 4.5 MFA-Modul — Konkrete Aufgaben und Formulierungsbeispiele

### Was die MFA vorbereitet:

- Recall beim Anordnen sofort im PVS anlegen
- Tägliche Überprüfung offener Recalls
- Eingehende Befunde sichten, vorsortieren und mit Ampel-Schema kennzeichnen
- Nicht eingegangene Befunde nachverfolgen (Telefon, Fax, PVS)
- Chroniker-Recall systematisch verwalten und Terminkoordination
- Patienten kontaktieren bei fehlendem Kontrolltermin

### Formulierungsbeispiele:

Situation	Formulierung
<b>Kritischer Wert entdeckt</b>	„Dr. [Name], ich habe den Kaliumwert von Frau X — der liegt bei 6,1 — das ist außerhalb des kritischen Bereichs. Können Sie kurz schauen?“
<b>Patient nicht erreicht für Recall</b>	„Ich habe Herrn Y dreimal angerufen, er ist nicht erreichbar. Was soll ich tun?“
<b>Überweisungsbericht fehlt (&gt;7 Tage)</b>	„Der Bericht von Prof. Z zu Frau M ist noch nicht eingegangen. Soll ich nachfragen?“

## 4.6 Mini-Audit — Ist das Befundmanagement Ihrer Praxis sicher?

Prüfrage	Ja / Nein	Warnsignal bei „Nein“
Wird bei jeder Befundanordnung gleichzeitig ein Recall angelegt?		Systematische Lücken im Rücklauf.
Werden offene Recalls täglich oder mindestens 2×/Woche geprüft?		Befunde bleiben unentdeckt.
Gibt es ein Ampel-Schema für kritische/auffällige/unauffällige Werte?		MFA-Einschätzung ohne klare Grenzen.
Ist die Nachverfolgung bei ausgebliebenem Befund geregelt?		Befunde verlieren sich ohne Nachfrage.
Gibt es einen Chroniker-Jahresplan für die häufigsten Erkrankungen?		Chronikerbetreuung reaktiv statt proaktiv.
Ist die MFA für Befundampel und Recall geschult?		Prozesswissen steckt nur beim Arzt.
Wird jede Befundbewertung dokumentiert — auch „unauffällig“?		Haftungsrisiko bei fehlender Dokumentation (§630h BGB). [14]

### QUICK REFERENCE

- Recall anlegen ist kein Extra — es ist Pflichtbestandteil jeder Befundanordnung.
- Ampel-Schema: kritisch = sofort Arzt, auffällig = Arzt in 1 Stunde, unauffällig = Vorlage.
- Chroniker-Jahresplan macht Verlaufsbetreuung planbar statt reaktiv.
- Nicht eingegangener Befund nach Fristablauf → MFA verfolgt nach, informiert Arzt nach 2 Fehlversuchen.
- Jede Befundbewertung wird dokumentiert — auch „unauffällig“. (§630h BGB [14])

## Kapitel 5. Telefon- und Anmeldungstriage als Sicherheitsfilter

### 5.1 Einführung — Warum Triage eine klinische Tätigkeit ist

Die Telefontriage ist der unsichtbarste und zugleich risikoreichste Prozess in der Hausarztpraxis. Sie findet an der Anmeldung statt, unter Zeitdruck, oft bei gleichzeitigem Patientenandrang, ohne Sichtkontakt, ohne körperliche Untersuchung und häufig ohne ausreichende Schulung.

Eine Studie zu Qualitätslücken in deutschen Arztpraxen zeigte: 20 % der befragten Ärztinnen, Ärzte und MFAs berichten mindestens monatlich Fehleinschätzungen bei der Telefontriage. [8] Das ist kein Einzelfall — das ist Systemversagen.

#### CLINICAL PEARL — Triage ist Diagnose ohne Befund

*Die MFA an der Anmeldung macht keine Diagnose — sie bewertet Dringlichkeit. Das klingt einfacher, ist es aber nicht: Dringlichkeitsbewertung ohne Untersuchung erfordert strukturierte Regeln, klare Red-Flag-Listen und eine definierte Eskalationsroute. Ohne diese Struktur ist Triage Raten.*

### 5.2 Risikogruppen — Wer besonders sorgfältig triagiert werden muss

Risikogruppe	Warum erhöhtes Risiko	Konsequenz für die Triage
Ältere Patienten (>70 J.)	Atypische Symptompräsentation, erhöhtes Komplikationsrisiko	Niedrigere Schwelle für Arzt-Kontakt
Patienten mit bekannten Herzerkrankungen	Brustschmerz/Atemnot: hohe Vortest-Wahrscheinlichkeit für ACS, Dekompensation	Red Flag aktiv abfragen
Diabetiker	Hypoglykämie kann als Verwirrtheit/Schläfrigkeit präsentieren	Bewusstsein, Blutzucker, Orientierung abfragen
Kinder unter 2 Jahren	Schnelle Verschlechterung möglich, Eltern oft unsicher	Immer zeitnah persönliche Vorstellung
Patienten mit sprachlicher Barriere	Symptombeschreibung unvollständig, Missverständnisse	Im Zweifel Termin, nicht Warteanweisung
Unbekannte Anrufer	Keine Vorgeschichte verfügbar, Einschätzung schwieriger	Großzügigere Terminvergabe
Patienten, die „sich entschuldigen“	Tendenziell Unter-reporting von Schwere	Aktiv nachfragen, nicht beruhigen

## 5.3 Die Red-Flag-Liste für Telefon und Anmeldung

Folgende Symptome sind absolute Eskalationssignale. Bei ihrem Auftreten darf die MFA keine Terminvergabe vornehmen — sie muss sofort eskalieren:

Red Flag	Beispielformulierung	Aktion
<b>Brustschmerz / Engegefühl</b>	„Druck auf der Brust“, „wie ein Stein“, Ausstrahlung in Arm/Kiefer	Arzt sofort oder 112
<b>Akute Atemnot</b>	„Ich kann kaum sprechen“, Satz kann nicht beendet werden	Arzt sofort oder 112
<b>Plötzliche Sprach-/Sehstörung</b>	„Ich kann plötzlich nicht mehr richtig sprechen/sehen“	112 sofort
<b>Halbseitenlähmung / Taubheit</b>	„Mein Arm ist taub“ — plötzlich	112 sofort
<b>Bewusstlosigkeit / Sturz</b>	Patient liegt auf dem Boden, reagiert nicht	112 sofort
<b>Starke Blutung</b>	Nicht stillbar, Menge nicht einschätzbar	Arzt sofort oder 112
<b>Schwerer allergischer Schub</b>	Bekannte Allergie + Atemnot/Schwellung	Arzt sofort / Epipen-Check / 112
<b>Akute Verwirrtheit / Delir</b>	„Er erkennt mich nicht mehr“ — neu, plötzlich	Arzt sofort
<b>Hyper-/Hypoglykämie-Zeichen</b>	Bewusstseinsstörung, bekannter Diabetes	Arzt sofort oder 112
<b>Starke Kopfschmerzen — plötzlich</b>	„Schlimmste Kopfschmerzen meines Lebens“ — Schlaganfall-KS	112 sofort (SAB ausschließen)
<b>Kinder: hohes Fieber + Steifigkeit</b>	Fieber + Nackensteifigkeit + Lichtscheu	112 sofort (Meningitis-Verdacht)
<b>Suizidalität / akute psychiatrische Krise</b>	Äußerung von Selbstgefährdung	Arzt sofort, nicht allein lassen

## 5.4 Das Triage-Protokoll — Vier Phasen

Phase	Inhalt	Zeit	Dokumentation
<b>1: Identifikation</b>	Name, Geburtsdatum, PVS-Abruf, aktuelles Anliegen, Beschwerdedauer	30 Sek.	Stichwort im PVS
<b>2: Red-Flag-Check</b>	Aktiv nach Eskalationssignalen fragen — auch bei harmlos klingendem Anliegen	15 Sek.	Bei Eskalation: sofort Arzt
<b>3: Dringlichkeitsbewertung</b>	Notfall / Dringend / Zeitnah / Elektiv / Administrativ	30 Sek.	Kategorie im PVS
<b>4: Abschluss + Safety-Net</b>	„Falls Symptome schlimmer werden — sofort anrufen oder 112.“	15 Sek.	Datum, Uhrzeit, Entscheidung

Kategorie	Definition	Terminziel	Beispiel
<b>Notfall</b>	Red Flag vorhanden oder Patient instabil	Sofort / 112	Brustschmerz, Atemnot, Schlaganfallzeichen
<b>Dringend</b>	Akute Beschwerden, keine Red Flag, aber zeitkritisch	Heute, innerhalb 2 h	Fieber >39°C + Schüttelfrost
<b>Zeitnah</b>	Klares Anliegen ohne Alarmsignal	24–48 h	Erkältungssymptome ohne Alarmzeichen
<b>Elektiv</b>	Verlaufsbesuch, Kontrolltermin, Rezept	Innerhalb 1 Woche	Blutdruckkontrolle, Rezeptanforderung
<b>Administrativ</b>	Kein medizinisches Anliegen	Zu Öffnungszeiten	Attestanforderung, Terminfrage

## 5.5 MFA-Modul — Formulierungsbeispiele und Grenzen

Situation	Geeignete Formulierung
<b>Terminnachfrage trotz Red Flag</b>	„Ich gebe das direkt an die Ärztin weiter — bitte bleiben Sie in der Leitung.“
<b>Unsicherheit über Dringlichkeit</b>	„Ich möchte das kurz mit der Ärztin besprechen, damit wir Ihnen den richtigen Termin geben.“
<b>Safety-Net am Gesprächsende</b>	„Falls die Beschwerden stärker werden oder neue Symptome dazukommen, rufen Sie sofort wieder an oder rufen Sie den Notruf 112.“
<b>Patient möchte späteren Termin trotz Dringlichkeit</b>	„Ich verstehe das, aber bei diesen Beschwerden ist es wichtig, dass Sie heute kommen. Ich reserviere Ihnen jetzt einen Platz.“

Was die MFA nicht entscheidet: Diagnosestellung, Medikamentengabe am Telefon, Entlassung aus telefonischer Beurteilung bei aktivem Red Flag, Einschätzung ob ein Symptom „wirklich ernst“ ist — im Zweifel immer eskalieren.

## 5.6 Mini-Audit — Ist die Triage-Architektur Ihrer Praxis tragfähig?

Prüfrage	Ja / Nein	Warnsignal bei „Nein“
Gibt es eine schriftliche Red-Flag-Liste für Telefon und Anmeldung?		20 % Fehleinschätzungsrate ist ohne Liste wahrscheinlich. [8]
Ist die Red-Flag-Liste allen MFAs bekannt und regelmäßig geübt?		Schulung ohne Anwendung ist nicht wirksam.
Gibt es definierte Dringlichkeitskategorien mit klaren Zeitzielen?		Termine werden intuitiv statt systematisch vergeben.
Ist die Eskalationsregel schriftlich klar: Wann MFA → Arzt?		MFAs zögern bei Unsicherheit aus Scheu.
Gibt es eine Safety-Net-Formulierung als Pflichtbestandteil?		Patienten verlassen die Praxis ohne Sicherheitsnetz.
Wird jede Triage-Entscheidung Dringend/Notfall dokumentiert?		Im Haftungsfall nicht rekonstruierbar.
Funktioniert Triage auch wenn zwei MFAs gleichzeitig abwesend sind?		System ist zu personenabhängig.

### QUICK REFERENCE

- 20 % der Triage-Einschätzungen sind monatlich fehlerhaft — Struktur ist die Lösung. [8]
- Red Flags sind Eskalationsregeln, keine Empfehlungen — sie unterbrechen den laufenden Betrieb.
- Vier Triage-Kategorien: Notfall (sofort) · Dringend (heute) · Zeitnah (48 h) · Elektiv (Woche+).
- Unsicherheit der MFA ist immer ein Eskalationsgrund — nie in Eigenverantwortung halten.
- Safety-Net am Ende jedes Telefonats: „Wenn es schlimmer wird — sofort anrufen oder 112.“

## Kapitel 6. Medikationssicherheit als Prozess (AMTS-Architektur)

### 6.1 Einführung — Warum AMTS ein Praxisprozess ist

Medikationssicherheit ist in der Hausarztpraxis keine isolierte pharmakologische Spezialaufgabe, sondern ein hochfrequenter Kernprozess. Polypharmazie, Multimorbidität, Organfunktionsstörungen, Selbstmedikation, Sektorübergänge und unvollständige Medikationslisten kumulieren zu einem systemischen Risiko.

AMTS ist deshalb nicht nur ärztliche Entscheidung, sondern Teamarchitektur. Fehler entstehen häufig nicht erst bei der Verordnung, sondern vorher und nachher: bei unvollständigem Medikationsabgleich, übersehenen OTC-Präparaten, fehlender eGFR-Beachtung, nicht nachverfolgten Kontrollen oder unklaren Zuständigkeiten nach Krankenhausentlassung.

#### CLINICAL PEARL — AMTS beginnt nicht beim Rezept

*Die gefährlichsten Medikationsfehler entstehen oft vor der Verordnung oder nach ihr: bei unvollständiger Liste, fehlender Kontrolle oder ausbleibender Reevaluation.*

### 6.2 AMTS-Architektur — Sechs Ebenen

Ebene der AMTS-Architektur	Klinische Leitfrage	Typischer Praxisfehler
<b>Medikationsabgleich</b>	Was nimmt der Patient tatsächlich ein?	Medikamentenplan veraltet, OTC fehlt, Dosis unbekannt
<b>Review</b>	Ist jedes Medikament noch indiziert?	Fortführen aus Gewohnheit ohne klare Indikation
<b>Sicherheitsprüfung</b>	Gibt es Interaktionen, Kontraindikationen, STOPP-Kriterien?	Neue Verordnung ohne Interaktionscheck
<b>Organfunktionsbezug</b>	Passt die Dosis zu eGFR/Leberfunktion/Alter?	Alte Dosis trotz Verschlechterung der Nierenfunktion
<b>Monitoring</b>	Welche Kontrolle ist wann nötig?	Kein Labor-/INR-/eGFR-Recall geplant
<b>Reevaluation</b>	Wann wird Nutzen, Schaden, Adhärenz neu bewertet?	Medikament läuft unbegrenzt weiter ohne Review

## 6.3 Risikogruppen — Wann AMTS immer priorisiert werden muss

Trigger	Warum AMTS-Risiko erhöht ist	Praktische Konsequenz
<b>Alter 75+</b>	Erhöhte Vulnerabilität, Delir-, Sturz- und Interaktionsrisiko	Review aktiv anstoßen
<b>≥ 5 Medikamente</b>	Höhere Wahrscheinlichkeit von Interaktionen und inadäquater Fortführung	STOPP/START-Check erwägen
<b>Sturz/Schläfrigkeit/Verwirrtheit</b>	Häufig Hinweis auf Benzodiazepine, Anticholinergika, Hypotonie oder Übermedikation	Ärztliche Review-Priorität erhöhen
<b>eGFR &lt; 60 oder aktueller Abfall</b>	Dosisanpassungen werden oft vergessen	Nierenrelevante Medikamente gezielt prüfen
<b>Krankenhausentlassung</b>	Medikationslisten sind oft inkonsistent oder unvollständig	Vergleich ambulant vs. Entlassbrief
<b>Neue Antibiotika-/Akutverordnung</b>	Akute Interaktionsgefahr, z. B. mit Digoxin, Statinen, Antikoagulanzen	Sofortiger Interaktionscheck

## 6.4 Medikationsabgleich — Die erste Sicherheitsbarriere

Prüfrage beim Check-in	Hinweis auf ...	MFA-Aktion
<b>Ist der Medikationsplan aktuell?</b>	Veraltete Liste, fehlende Änderungen	Aktualisierung anstoßen, alte Liste markieren
<b>Nimmt der Patient fünf oder mehr Medikamente?</b>	Polypharmazie-Risiko	Review-Hinweis setzen
<b>Gibt es neue Präparate seit Krankenhaus-/Facharztkontakt?</b>	Sektorübergangsfehler	Entlassbrief/Facharztbrief anfordern oder abgleichen
<b>Werden OTC-Mittel, Tropfen, pflanzliche Mittel eingenommen?</b>	Verdeckte Interaktionsrisiken	OTC ergänzen
<b>Bestehen Schwindel, Sturz, Müdigkeit, Verwirrtheit, Hypotonie?</b>	Mögliche Übermedikation oder PIM	Ärztliche Priorisierung erhöhen

## 6.5 Ärztlicher Medikationsreview — Die 8-Punkte-Prozesslogik

- Gibt es für jedes Medikament eine aktuelle Indikation?
- Gibt es ein potenziell unangemessenes Medikament nach STOPP-Kriterien?
- Fehlt bei klarer Indikation ein Medikament nach START-Kriterien?
- Gibt es klinisch relevante Interaktionen?
- Passt die Dosis zu eGFR, Leberfunktion, Alter und Gebrechlichkeit?
- Gibt es UAW-Hinweise wie Schwindel, Sturz, Delir, Obstipation, Bradykardie oder Hypoglykämie?
- Ist Monitoring geplant und terminiert?
- Gibt es für jedes Medikament eine Dauer, ein Ziel und einen Exit-Plan?

## 6.6 Hochrelevante Interaktionen — Standardreaktion

Kombination	Hauptproblem	Standardreaktion
Digoxin + Clarithromycin/Amiodaron	Digoxin-Spiegelanstieg, Bradykardie, Toxizität	Dosis prüfen, Spiegel/EKG planen
Statin + Clarithromycin	Myopathie/Rhabdomyolyse-Risiko	Pausieren oder Alternative wählen
ACE-Hemmer/ARB + Diuretikum + NSAR	Akutes Nierenversagen (Triple Whammy)	Kombination vermeiden, eGFR/Trinkregeln
SSRI + Tramadol	Serotonin-Syndrom-Risiko	Alternative Analgesie erwägen
Warfarin/Antikoagulation + Antibiotika	Blutungsrisiko/INR-Verschiebung	Engmaschige Kontrolle oder Alternative
Lithium + NSAR/Thiazid	Lithium-Toxizität	Spiegelkontrolle, Kombination kritisch prüfen

## 6.7 Deprescribing — Absetzen als aktive Therapieentscheidung

Schritt	Aufgabe MFA	Aufgabe Arzt/Ärztin
Identifikation	Risikotrigger erkennen: Sturz, Schwindel, Benzodiazepin, PPI, OTC-Medikation	Priorisierung des Reviews
Vorbereitung	Aktuelle Liste, letzte Änderung, Patientenwunsch dokumentieren	Indikationsprüfung und Nutzen-Risiko-Abwägung
Entscheidung	—	Absetzen, Dosisreduktion oder Belassen begründen
Umsetzung	Termin-/Recall-Organisation, Informationsblatt mitgeben	Ausschleischschema und Warnzeichen festlegen
Nachverfolgung	Rückruf/Termin koordinieren	Effekt, Entzugssymptome, Rückfall prüfen

## 6.8 Mini-Audit — Ist die AMTS-Architektur Ihrer Praxis tragfähig?

Prüfrage	Ja / Nein	Warnsignal bei „Nein“
Gibt es einen standardisierten Medikationsabgleich beim Check-in?		Liste bleibt zufällig und unvollständig.
Werden OTC-/Bedarfs-/pflanzliche Präparate aktiv erfragt?		Interaktionsrisiken bleiben unsichtbar.
Ist bei Polypharmazie oder Alter 75+ ein strukturierter Review vorgesehen?		Risikopatienten werden nicht priorisiert.
Erfolgt bei jeder Neuverordnung ein klinisch fokussierter Interaktionscheck?		Vermeidbare Akutschäden durch Kombinationsfehler.
Sind eGFR-/Monitoring-Recall-Prozesse klar geregelt?		Dosisfehler und fehlende Verlaufskontrollen.
Gibt es einen definierten Deprescribing-Prozess mit Follow-up?		Absetzen erfolgt unsystematisch oder gar nicht.
Sind MFA-Vorarbeit und ärztliche Letztentscheidung klar getrennt?		Verantwortungsgrenzen werden unscharf.

### QUICK REFERENCE

- AMTS beginnt beim Medikationsabgleich, nicht beim Rezept.
- Review obligat bei 65+ mit Polypharmazie, besonders bei 75+, Sturz, Schwindel, Delir oder Sektorwechsel.
- STOPP und START sind gleichwertig: Schaden vermeiden und Untertherapie erkennen.
- Jede Neuverordnung braucht Interaktionscheck, Organfunktionsbezug und Monitoringplan.
- Deprescribing ist eine aktive Therapieentscheidung mit Follow-up.

# Kapitel 7. DMP, Chroniker-Management und Impfmanagement

## 7.1 Einführung

Chronische Erkrankungen sind das Kerngeschäft der Hausarztmedizin: über 70 % aller Praxiskontakte betreffen Patienten mit mindestens einer Dauerdiagnose. Disease-Management-Programme (DMP) strukturieren dieses Chronikermanagement — mit definierten Intervallen, Pflichtdokumentation und Abrechnungsrelevanz. Impfmanagement ergänzt dieses Spektrum um primärpräventive Prozesse. Beide Felder sind MFA-intensive Aufgabenbereiche: Recall, Dokumentation, Terminkoordination, Impfpassprüfung.

### CLINICAL PEARL — Recall ist Patientensicherheit

*Ein DMP-Patient ohne Quartalskontrolle ist ein Patient ohne Qualitätssicherung. Recall ist kein Verwaltungsakt — es ist das systematische Sicheretz für Hochrisikopatienten. Die MFA, die den Recall organisiert, verhindert Komplikationen.*

## 7.2 Disease-Management-Programme — Überblick 2025

DMP	Abrechnungsziffern (EBM)	Recall-Intervall	MFA-Kernaufgabe
Diabetes mellitus Typ 2	EBM 01720–01722	Quartalskontrolle	HbA1c, RR, Gew. dokumentieren; Fußinspektionsstatus prüfen
Koronare Herzkrankheit (KHK)	EBM 01740–01742	Quartalskontrolle	Medikation prüfen (ASS, Statin, Betablocker); Risikofaktordokumentation
COPD	EBM 01760–01762	Quartalskontrolle	Spirometrie-Recall; Inhalationstechnik-Check; Raucheranamnese
Herzinsuffizienz	EBM 01770–01772	Quartalskontrolle	Gewichtstrend, Ödeme, NYHA-Klasse; Gewichtstagebuch-Check
Rückenschmerz	EBM 01780–01782	Quartalskontrolle	Schmerzskala, Funktionsstatus; Physiotherapie-Recall
Depression	EBM 01785–01787	Quartalskontrolle	PHQ-9-Score, Medikation, Psychotherapie-Status; Krisensicherheitscheck

## 7.3 DMP-Recall-Prozess — 4 Phasen

Phase	Wer	Was	Wann
1. Identifikation	MFA	Patientenliste DMP-fälliger Patienten aus PVS exportieren	Wochenanfang
2. Kontaktaufnahme	MFA	Telefonisch oder per SMS-Erinnerung: "Ihre Kontrolluntersuchung ist fällig"	Montag–Mittwoch
3. Terminvergabe	MFA	DMP-Termin buchen; Vorbereitungsdaten eintragen (Labordaten besorgen)	Sofort bei Kontakt
4. Dokumentation	MFA + Arzt	DMP-Bogen vollständig ausfüllen; Quartalsfrist einhalten	Am Termintag

## 7.4 Impfmanagement — STIKO-Kernvakzine 2025

Impfung	Zielgruppe	Intervall	MFA-Aufgabe
Influenza	Alle $\geq 60$ J., Chroniker, Schwangere	Jährlich, Herbst	Recall Okt./Nov.; Impfpass prüfen
COVID-19	Alle $\geq 60$ J., Immunsupp., Chroniker	Laut STIKO-Empfehlung	Booster-Status prüfen
Pneumokokken	$\geq 60$ J. oder Risikogruppe	Einmalig + Auffrischung	Erstimpfungs-Recall; Impfstatus dokumentieren
Herpes zoster	$\geq 60$ J. (Shingrix)	2 Dosen im Abstand 2–6 Mon.	Dose-2-Erinnerung im PVS anlegen
Tdap (Tetanus/Diphtherie/Pertussis)	Alle Erw. alle 10 J.	10-Jahres-Recall	Letztes Datum aus Impfpass; Recall setzen
HPV	Mädchen + Jungen 9–14 J.	2 Dosen	Recall nach 1. Dosis für 2. Dosis
Hepatitis B	Ungeimpfte, Risikogruppen	3 Dosen	Titer-Check nach Grundimmunisierung

## 7.5 Impfpass-Check — Workflow an der Anmeldung

Jeder Praxiskontakt ist eine Gelegenheit für Impfpass-Check. Die MFA prüft bei jedem Patienten  $\geq 50$  Jahre und bei Chronikern systematisch:

- Ist ein Impfpass vorhanden? (Wenn nein: Ersatz-Impfausweis anbieten)
- Wann war die letzte Influenza-Impfung? (Saison-Recall)
- Sind Tetanus/Diphtherie/Pertussis innerhalb der letzten 10 Jahre aufgefrischt?
- Liegt STIKO-Empfehlung für Pneumokokken oder Zoster vor? ( $\geq 60$  J.)
- Ergebnis im PVS dokumentieren; fehlende Impfungen für ärztliche Entscheidung markieren

## 7.6 MFA-Modul — Formulierungsbeispiele

Situation	Formulierung
<b>DMP-Recall-Anruf</b>	"Guten Tag, ich rufe aus der Praxis Dr. [Name] an. Ihre nächste Kontrolluntersuchung im Rahmen Ihres Diabetes-Programms ist fällig. Können wir einen Termin vereinbaren?"
<b>Impfpass-Check</b>	"Haben Sie Ihren Impfausweis dabei? Wir schauen kurz, ob alle Standardimpfungen aktuell sind."
<b>Fehlende Impfung</b>	"Ihre letzte Grippe-Impfung war vor zwei Jahren — ich gebe das kurz an die Ärztin weiter, die entscheidet dann, ob wir das heute machen."
<b>DMP-Bogen unvollständig</b>	"Dr. [Name], der DMP-Bogen für Herrn X fehlt noch die Fußinspektionsdokumentation — KV-Frist ist übermorgen."

## 7.7 Fehlerbibliothek — DMP und Impfmanagement

Fehlertyp	Typisches Beispiel	Ursache	Gegenmaßnahme
<b>Kein DMP-Recall</b>	Patient kommt nicht — niemand hat ihn erinnert	Kein Recall-Prozess	Wochenstart: PVS-Liste fälliger DMP-Patienten exportieren
<b>DMP-Bogen unvollständig</b>	Fußinspektions-Feld leer → Ablehnung durch KV	Kein vollständiges Template	Pflichtfelder im PVS-Template; MFA-Checkliste
<b>Fristversäumnis</b>	Quartals-DMP 1 Tag zu spät eingereicht	Kein Fristen-Monitoring	Quartalskalender mit Frist im PVS + Alert
<b>Impfpass nicht gecheckt</b>	Patient seit 15 J. nicht geimpft — nie gefragt	Kein Impfpass-Workflow	Impfpass-Check als Standard bei ≥50 J. + Chroniker
<b>Dose 2 vergessen</b>	Zoster-Impfung Dosis 1 gegeben, Dosis 2 nie	Kein Recall für Folgedosis	Recall-Aufgabe nach Dosis 1 sofort im PVS anlegen

## 7.8 Mini-Audit — DMP und Impfmanagement

Prüffrage	Ja / Nein	Warnsignal bei "Nein"
Gibt es eine wochenstart-basierte Liste fälliger DMP-Patienten?		Recall läuft nicht systematisch — Patienten fallen heraus.
Werden DMP-Bögen vollständig (alle Pflichtfelder) vor Quartalsende eingereicht?		KV-Fristversäumnis = Vergütungsausfall.
Gibt es einen Impfpass-Check-Standard für Patienten ≥50 J.?		Impflücken werden nicht erkannt.
Werden Impf-Folgedosen systematisch per PVS-Recall nachverfolgt?		Unvollständige Impfserien — kein Schutz.
Sind alle 6 DMP-Programme mit Recall im PVS hinterlegt?		Chroniker-Management lückenhaft.

### QUICK REFERENCE

- DMP 2025: 6 Programme — Diabetes T2, KHK, COPD, Herzinsuffizienz, Rückenschmerz, Depression.
  - Recall-Zyklus: Wochenstart → PVS-Liste → Telefonkontakt → Termin → Dokumentation.
  - Impfpass-Check bei jedem Patienten  $\geq 50$  J. und allen Chronikern — jeder Kontakt ist eine Gelegenheit.
  - DMP-Fristen: Quartalsabschluss — Frist ist Stichtag, kein Richtwert.
  - Dose-2-Recall: Sofort nach Erstimpfung im PVS anlegen — nicht dem Patienten überlassen.
- [17]

## Kapitel 8. Fehlerkultur, CIRS und interne Audits

### 8.1 Einführung — Fehler als Systemsignal, nicht als Schuldfrage

Medizinische Fehler entstehen selten durch mutwillige Fahrlässigkeit. Die große Mehrzahl entsteht durch Systemfehler: unklare Zuständigkeiten, fehlende Rückkopplung, Zeitdruck, schlechte Übergaben, Informationslücken an Sektorschnittstellen. Die PRACtICE-Studie identifizierte ein breites Spektrum von Fehlerursachen — vom Prescriber über das Team, die Arbeitsumgebung, das Computersystem bis zur Primary-Secondary-Care-Schnittstelle. [1]

Die G-BA QM-Richtlinie (in Kraft seit 20.04.2024) macht Fehlermanagement und Fehlermeldesysteme zu nicht verzichtbaren Mindeststandards. [6] Die Frage ist nicht mehr, ob eine Praxis CIRS braucht, sondern wie sie es pragmatisch umsetzt.

#### CLINICAL PEARL — Die richtige Frage ist nicht „Wer“, sondern „Was“

Die entscheidende Verschiebung in moderner Fehlerkultur: nicht „Wer hat das verursacht?“, sondern „Was in unserem System hat das möglich gemacht?“ Diese Frage öffnet Lösungsräume — die andere schließt sie.

### 8.2 Fehlertypen und Systemursachen

Fehlertyp	Beschreibung	Typische Systemursache	Systemlösung
<b>Prozessfehler</b>	Richtiger Entschluss, aber falscher Ablauf	Keine SOP, unklare Zuständigkeit	SOP definieren, Rolle zuweisen
<b>Kommunikationsfehler</b>	Information geht verloren oder wird falsch verstanden	Keine Übergaberegeln, keine Dokumentation	Übergabeformel, Schriftlichkeit
<b>Entscheidungsfehler</b>	Falsche klinische Einschätzung	Wissens- oder Informationslücke	Schulung, Checkliste, Eskalationsregel
<b>Systemfehler</b>	Strukturelles Versagen: Ressourcen, IT, Schnittstellen	Keine Ressourcenplanung, schlechte IT	Strukturveränderung, Investition
<b>Near Miss</b>	Beinahe-Fehler — ohne Schaden ausgegangen	Wie oben, aber Glück im Spiel	Besonders wertvoll für Lernen

Near Misses sind die wertvollsten Meldungen: Sie zeigen Schwachstellen bevor Schaden entsteht. Ein Fehlermeldesystem, das nur vollendete Fehler erfasst, verspielt seinen wichtigsten Lernkanal.

## 8.3 Das CIRS-System in der Hausarztpraxis

### Option A: Internes Mini-CIRS

Element	Beschreibung	Umsetzung
Meldeweg	Einfaches Formular (Papier oder PVS-Notiz)	Im Skill-Pack: CIRS_Formular_Einfach.pdf
Anonymität	Name nicht verpflichtend — Sache, nicht Person	Auf Formular: „freiwillig“
Rhythmus	Monatliche Kurzauswertung (5–10 Min. im Teamgespräch)	Fester Tagesordnungspunkt
Konsequenz	Jede Meldung bekommt eine Reaktion — auch „kein Handlungsbedarf“	Schriftlich im Protokoll

### Option B: Externes CIRS-Portal

Portal	Besonderheit	URL
<a href="http://jeder-fehler-zaehlt.de">jeder-fehler-zaehlt.de</a>	Ältestes hausärztliches CIRS Deutschlands (seit 2004), anonym	<a href="http://www.jeder-fehler-zaehlt.de">www.jeder-fehler-zaehlt.de</a>
CIRSmedical	Sektorübergreifend, mehr Vergleichsdaten	<a href="http://www.cirsmedical.de">www.cirsmedical.de</a>

## 8.4 Der CIRS-Kreislauf — Von der Meldung zur Systemänderung

Phase	Zeitraumen	Verantwortlich
Meldung	Sofort nach Ereignis	Alle Teammitglieder
Kurzanalyse (Was ist passiert? Warum? — nicht: Wer?)	Im nächsten Teamgespräch (max. 2 Wochen)	Leitende MFA / Praxismanagerin
Root-Cause-Analyse bei komplexen Fällen	1 Monat	Arzt + leitende MFA
Systemmaßnahme definieren (SOP, Schulung, Checkliste)	Im selben Gespräch	Arzt + leitende MFA
Umsetzung + Termin + Verantwortliche Rolle	Max. 3 Monate	Zuständige Rolle
Rückmeldung ans Team: „Das haben wir getan.“	Im nächsten Teamgespräch	Leitende MFA
Mini-Audit: Hat die Maßnahme gewirkt?	Quartal darauf	Leitende MFA + Arzt

## 8.5 MFA-Modul — Konkrete Aufgaben und psychologische Sicherheit

### Was die MFA aktiv beiträgt:

- Eigene Near Misses und Fehler melden — ohne Scheu, ohne Naming
- Meldungen anderer entgegennehmen und weiterleiten
- Im Teamgespräch Fallbeispiele schildern (anonymisiert)
- Maßnahmen umsetzen, die aus CIRS resultieren
- SOPs kennen und bei Abweichungen aktiv melden

### Formulierungsbeispiele für psychologische Sicherheit:

Situation	Formulierung
<b>MFA meldet eigenen Fehler</b>	„Ich möchte etwas ansprechen, das mir gestern passiert ist — damit wir gemeinsam schauen, wie wir das verhindern.“
<b>Kollegin ansprechen</b>	„Ich hab was bemerkt — nicht um jemanden zu beschuldigen, sondern damit wir das als Team klären können.“
<b>Teamgespräch eröffnen</b>	„Heute haben wir wieder einen CIRS-Punkt — kein Name, kein Vorwurf, nur die Frage: Was können wir besser machen?“

## 8.6 Das Mini-Audit — Praxisinterne Qualitätsprüfung

Mini-Audits sind keine aufwändigen Zertifizierungsverfahren. Sie sind gezielte, zeitbegrenzte Selbstprüfungen zu einem konkreten Prozess. Empfehlung: Ein Mini-Audit pro Quartal, je zu einem anderen Kernprozess.

Audit-Thema	Prüffragen (Auswahl)	Dauer	Ergebnis
<b>Befund-Recall</b>	Wurden alle Recalls der letzten 4 Wochen abgeschlossen? Gab es ungeklärte Befunde?	20 Min.	Pending-Liste auswerten
<b>Triage-Qualität</b>	Wurden alle Notfall-/Dringend-Kategorien des letzten Monats korrekt dokumentiert?	20 Min.	Stichprobe PVS-Einträge
<b>AMTS-Prozess</b>	Hatten alle Patienten $\geq 65$ J. + $\geq 5$ Medikamente im letzten Quartal einen strukturierten Review?	30 Min.	Patientenliste auswerten
<b>Notfallmanagement</b>	Ist die Notfalltasche vollständig? Sind alle MFAs in BLS geschult?	15 Min.	Checkliste durchgehen
<b>CIRS-Kreislauf</b>	Wurden alle Meldungen der letzten 3 Monate mit einer Maßnahme beantwortet?	20 Min.	CIRS-Protokoll prüfen

## 8.7 Mini-Audit — Ist die Fehlerkultur Ihrer Praxis aktiv?

Prüfrage	Ja / Nein	Warnsignal bei „Nein“
Gibt es einen definierten Meldeweg für Fehler und Near Misses?		G-BA QM-RL 2024 macht das zur Pflicht. [6]
Fühlen sich MFAs sicher, Fehler zu melden?		Ohne psychologische Sicherheit kein CIRS.
Wird jede Meldung mit einer Reaktion beantwortet?		Meldungen ohne Antwort versiegen.
Gibt es einen regelmäßigen CIRS-Tagesordnungspunkt?		Einmalige Begeisterung ohne Routine nutzt nichts.
Werden Near Misses genauso ernst genommen wie Fehler?		Wertvollste Lernchancen werden nicht genutzt.
Gibt es eine dokumentierte Maßnahmen-Nachverfolgung?		Prozessänderungen bleiben Absichtserklärungen.
Wird mindestens 1 Mini-Audit pro Quartal durchgeführt?		Systematische Blindflecken bleiben unentdeckt.

### QUICK REFERENCE

- Fehlerkultur beginnt mit der Frage „Was?“ statt „Wer?“ — systematisch, nicht personal.
- G-BA QM-RL 2024: Fehlermanagement ist Pflicht, kein Kür-Programm. [6]
- CIRS-Kreislauf: Meldung → Analyse → Maßnahme → Rückmeldung → Audit. Jeder Schritt dokumentiert.
- Near Misses sind wertvoller als vollendete Fehler — sie zeigen Lücken bevor Schaden entsteht.
- Mini-Audit 1×/Quartal: 20 Minuten, 1 Kernprozess, 1 konkrete Maßnahme.

# Kapitel 9. Patientenzentrierung und Beschwerdemanagement

## 9.1 Einführung

Patientenzentrierung ist kein Servicethema — es ist ein Qualitätsmerkmal mit messbarer Wirkung auf Therapietreue, Patientensicherheit und Praxisloyalität. Beschwerden sind das Qualitätssignal in Echtzeit: Sie zeigen, wo Prozesse versagen, bevor formale Audits es tun. Eine Praxis mit strukturiertem Beschwerdemanagement lernt schneller als eine, die auf Kritik reaktiv oder defensiv reagiert.

### CLINICAL PEARL — Eine Beschwerde ist ein Geschenk

*Patienten, die sich beschweren, geben der Praxis eine zweite Chance. Die Alternative ist, dass sie stillschweigend die Praxis wechseln — oder auf Bewertungsportalen öffentlich schreiben. Strukturiertes Beschwerdemanagement wandelt Qualitätssignale in Verbesserungsmöglichkeiten um.*

## 9.2 Beschwerdemanagement-Prozess — 7 Schritte

Schritt	Wer	Was	Zeitraumen
1. Beschwerde entgegennehmen	MFA	Aktiv zuhören, Dank aussprechen, dokumentieren	Sofort
2. Eskalation einschätzen	MFA	Klinisch relevant? Haftungsrelevant? → Arzt einbeziehen	Sofort
3. Dokumentation	MFA	Beschwerde-Formular ausfüllen (Datum, Inhalt, Erstreaktion)	Noch am selben Tag
4. Rückmeldung ans Team	Praxismanagement	Anonymisiert im Team teilen — systemischer Hintergrund suchen	Nächste Teambesprechung
5. Lösungsmaßnahme	Team	Konkrete Änderung definieren: Wer macht was bis wann?	Innerhalb 1 Woche
6. Rückmeldung an Patienten	Arzt / Praxismanagement	Was hat die Praxis geändert? (wenn sinnvoll)	Innerhalb 2 Wochen
7. CIRS-Einspeisung	QM-Beauftragter	Systemische Beschwerden ins CIRS einspeisen	Monatlich

## 9.3 Kommunikationsstandards — Schwierige Gespräche

Situation	Formulierung (MFA)	Was nicht sagen
<b>Wartezeit-Beschwerde</b>	"Es tut mir leid, dass Sie so lange warten mussten. Das passiert manchmal bei unerwarteten Notfällen. Kann ich Ihnen einen Kaffee anbieten?"	"Das ist halt so", "Andere warten auch"
<b>Termin-Konfusion</b>	"Ich schaue sofort nach, was da passiert ist. Ihr Anliegen ist wichtig für uns."	"Das haben wir nicht so gesagt", "Da irren Sie sich"
<b>Unzufriedenheit mit Arzt</b>	"Ich verstehe, dass Sie das anders erwartet haben. Darf ich das an die Ärztin weitergeben?"	"Das ist nicht meine Zuständigkeit"
<b>Beschwerdeformular</b>	"Wir nehmen Ihre Kritik sehr ernst. Darf ich das kurz dokumentieren, damit wir das intern klären können?"	"Das müssen Sie schriftlich einreichen"

## 9.4 Fehlerbibliothek — Beschwerdemanagement

Fehlertyp	Typisches Beispiel	Ursache	Gegenmaßnahme
<b>Beschwerde nicht dokumentiert</b>	Patient beschwert sich mündlich — keine Aufzeichnung	Kein Formular, kein Standard	Beschwerdeformular am Empfang; MFA-Schulung
<b>Defensive Reaktion</b>	"Das war schon immer so" — Patient verlässt verärgert die Praxis	Fehlende Kommunikationsschulung	CIRS-Kultur auf Beschwerden ausweiten; Schulung
<b>Keine Rückmeldung</b>	Patient beschwert sich, hört nie wieder was	Kein Rückmeldestandard	Rückmeldungspflicht innerhalb 2 Wochen definieren
<b>Bewertungsportal unkontrolliert</b>	Schlechte Jameda-Bewertung — keine interne Reaktion	Kein Monitoring	Monatliches Bewertungsportal-Monitoring
<b>Systemfehler nicht erkannt</b>	Gleiche Beschwerde 3× in 6 Monaten	Keine CIRS-Einspeisung	Beschwerden → CIRS-Einspeisung als Quartalsroutine

## 9.5 Mini-Audit — Beschwerdemanagement

Prüfrage	Ja / Nein	Warnsignal bei "Nein"
Gibt es ein Beschwerdeformular am Empfang?		Mündliche Beschwerden werden nicht erfasst.
Werden alle Beschwerden innerhalb von 24 h dokumentiert?		Systemqualitätssignale gehen verloren.
Erhält der Patient innerhalb von 2 Wochen eine Rückmeldung?		Patientenbindung verloren; Bewertungsportal-Risiko.
Werden Beschwerden quartalsweise ins CIRS eingespeist?		Systemische Fehler werden nicht als solche erkannt.
Werden Bewertungsportale monatlich gemonitort?		Reputationsschäden bleiben unbemerkt.

### QUICK REFERENCE

- Beschwerden sind Qualitätssignale in Echtzeit — dokumentieren, nicht verteidigen.
- 7-Schritte: Annehmen → Eskalieren → Dokumentieren → Team → Lösen → Rückmelden → CIRS.
- Kommunikation: Empathie vor Erklärung — nie defensiv, nie schuldzuweisend.
- Rückmeldung an Patienten: spricht von Veränderung, nicht von Verteidigung.
- Bewertungsportale monatlich prüfen — Reaktion zeigt Qualitätsbewusstsein.

# Kapitel 10 Dokumentation, Haftung und Rechtssicherheit

## 10.1 Einführung

Dokumentation ist in der Hausarztpraxis doppelt relevant: klinisch als Informationsgrundlage für Folgebehandlungen, und rechtlich als Beweismittel bei Haftungsansprüchen. Das Bürgerliche Gesetzbuch regelt in §630f BGB die Pflicht zur Behandlungsdokumentation, in §630g BGB das Einsichtsrecht des Patienten und in §630h BGB die Beweislastumkehr bei fehlender Dokumentation. Letzteres ist das schärfste Instrument: Ist eine Maßnahme nicht dokumentiert, gilt sie im Streitfall als nicht erfolgt.

### CLINICAL PEARL — §630h BGB: Das Schweigen der Akte ist beredtes Zeugnis

*"Wer heilt, hat recht" gilt im deutschen Haftungsrecht nicht. Was gilt: Wer dokumentiert, ist geschützt. Wer nicht dokumentiert, trägt die Beweislast. Das ist kein Bürokratiethema — das ist Selbstschutz und Patientenschutz zugleich. [14]*

## 10.2 Rechtlicher Rahmen — Die drei zentralen Paragraphen

Paragraph	Inhalt	Relevanz für Praxis
§630f BGB	Pflicht zur Behandlungsdokumentation; unverzüglich und vollständig; 10 Jahre Aufbewahrung	Jede Konsultation, jede Maßnahme dokumentieren
§630g BGB	Patient hat Recht auf vollständige Einsicht in die Akte — binnen angemessener Frist	Akteneinsicht-Protokoll einrichten; Kopienpflicht beachten
§630h BGB	Beweislastumkehr bei fehlender Dokumentation; Verletzung voll beherrschbarer Risiken	Nicht dokumentiert = nicht beweisbar = haftungsrelevant [14]
DSGVO Art. 9 [15]	Besondere Kategorien personenbezogener Daten (Gesundheitsdaten)	Verarbeitungsverzeichnis, technisch-organisatorische Maßnahmen
§203 StGB	Schweigepflicht für alle Berufsgeheimnisträger, inkl. MFAs	MFAs sind wie Ärzte zur Verschwiegenheit verpflichtet

## 10.3 Dokumentationsstandard — Was und wie

Standard	Beschreibung
Unverzüglich	Dokumentation während oder unmittelbar nach der Konsultation — nicht Tage später
Vollständig	Anamnese, Diagnosen, Befunde, Therapie, Aufklärung, Safety-Netting, Recall
Nachvollziehbar	Drittperson (Arzt, Gericht) kann den Verlauf rekonstruieren
Unveränderlich	Nachtragungen nur mit Zeitstempel und Kürzel; keine Löschung
Lesbar	PVS-Eintrag verständlich, keine kryptischen Abkürzungen ohne Erklärung

## 10.4 Datenschutz in der Praxis — MFA-Relevante DSGVO-Pflichten

Bereich	Anforderung	MFA-Relevanz
Zugangskontrolle	PVS nur mit personenbezogenem Login	Passwort nicht teilen, Bildschirm sperren bei Verlassen
Wartezimmer	Keine laute Namensnennung, keine sichtbaren Listen	Datenschutzschulung der MFA
Telefonkommunikation	Keine medizinischen Informationen ohne Identifikation	Identifikationsprotokoll am Telefon
E-Mail	Keine unverschlüsselten Befunde per Standard-E-Mail	KIM-Dienst oder verschlüsselte Systeme nutzen
Akteneinsicht	Anspruch des Patienten: vollständig, binnen 2 Wochen	Prozess für Akteneinsichtsansfragen definieren
Datenpannen	Meldepflicht bei Verlust/Diebstahl (72 Stunden)	Eskalationsweg bei Datenpanne definieren

## 10.5 MFA-Modul — Formulierungsbeispiele

Situation	Formulierung
Angehöriger fragt nach Befund	"Ich darf Ihnen ohne schriftliche Einwilligung Ihres Vaters leider keine medizinischen Informationen weitergeben. Haben Sie eine Vollmacht?"
Akteneinsichts-anfrage	"Ich leite Ihre Anfrage an unsere Praxismanagerin weiter. Sie können alle Unterlagen innerhalb von zwei Wochen erhalten."
Patient lehnt Behandlung ab	"Das ist Ihr gutes Recht. Die Ärztin wird kurz erklären, was das bedeuten kann — und wir dokumentieren das für unsere Unterlagen."
Datenpanne	"Ich melde das sofort an Dr. [Name] — das muss innerhalb von 72 Stunden an die Datenschutzbehörde gemeldet werden."

## 10.6 Fehlerbibliothek — Dokumentation und Datenschutz

Fehlertyp	Typisches Beispiel	Ursache	Gegenmaßnahme
Nachtrag ohne Zeitstempel	Eintrag 3 Tage später ergänzt	Zeitdruck, kein Standard	PVS-Einträge immer zeitgestempelt; Nachträge kennzeichnen
Safety-Net nicht dokumentiert	Patient wiederkehrt verschlechtert — kein Nachweis	Kein Pflichtfeld	Safety-Net als Pflichtfeld im PVS-Template
Aufklärung fehlend	Eingriff ohne Aufklärungsformular	Kein Standard	Formular + PVS-Vermerk als Pflicht
Schweigepflicht verletzt	Befund telefonisch an Ehepartner ohne Einwilligung	Keine MFA-Schulung	Datenschutzschulung; Identifikationsprotokoll
Bildschirm ungesperrt	PVS-Daten für andere Patienten sichtbar	Keine Routine	Automatische Bildschirmsperre; Schulung
Datenpanne nicht gemeldet	Akte verloren, nicht gemeldet	Kein Meldeprozess	Eskalationsweg für Datenpannen definieren

## 10.7 Mini-Audit — Rechtssicherheit

Prüfrage	Ja / Nein	Warnsignal bei "Nein"
Wird jede Konsultation unverzüglich und vollständig dokumentiert?		§630f BGB: Pflicht zur Behandlungsdokumentation.
Gibt es ein standardisiertes Aufklärungsformular für Eingriffe?		Häufigster Haftungsgrund im Arzthaftungsrecht.
Sind MFAs über Schweigepflicht und Ausnahmen geschult?		§203 StGB gilt auch für MFAs.
Gibt es einen definierten Meldeprozess für Datenpannen (72 h)?		DSGVO Art. 33: Meldefrist bei Datenpannen. [15]
Sind alle PVS-Zugänge personenbezogen mit automatischer Sperrung?		Datenschutzverletzung, Haftungsrisiko.
Wird Akteneinsicht nach §630g BGB zeitnah bearbeitet (max. 2 Wochen)?		Verstoß gegen Patientenrechtegesetz.

### QUICK REFERENCE

- §630h BGB: Nicht dokumentiert = nicht durchgeführt. Beweislast liegt bei der Praxis. [14]
- Aufklärung: Zeitpunkt, Inhalt, Reaktion, Einwilligung — bei jedem Eingriff dokumentieren.
- 10 Jahre Aufbewahrungspflicht für Behandlungsdokumentation (§630f BGB). [14]
- MFAs unterliegen §203 StGB — Schweigepflicht gilt auch für sie, gegenüber jedem.
- Datenpanne: 72 Stunden Meldefrist an Datenschutzbehörde (DSGVO Art. 33). [15]

# Kapitel 11. Abrechnung als Qualitätsprozess

## 11.1 Einführung

Abrechnung wird in vielen Praxen als lästige Pflicht betrachtet. Diese Einordnung ist falsch — und teuer. Abrechnung ist ein Qualitätsprozess: Sie setzt voraus, dass Leistungen vollständig dokumentiert wurden, korrekt kodiert sind und DMP-Anforderungen erfüllt wurden. Studien schätzen, dass Hausarztpraxen durchschnittlich 10–15 % ihrer abrechnungsfähigen Leistungen nicht abrechnen — aus Unwissenheit, Dokumentationslücken oder Prozessmängeln.

### CLINICAL PEARL — Abrechnung beginnt an der Anmeldung

*Eine Leistung, die erbracht aber nicht dokumentiert wurde, kann nicht abgerechnet werden. Eine korrekt dokumentierte und kodierte Leistung sichert die Praxisfinanzierung und damit die Ressourcen für Patientenversorgung. Das ist Qualitätslogik, nicht Buchhalterlogik.*

## 11.2 Abrechnungsprozess — 4 Phasen

Phase	Was	Wer	Wann
1. Leistungserfassung	Vitalzeichen, Labor, EKG, DMP-Leistungen sofort im PVS kodieren	MFA	Während / nach Konsultation
2. Kodierungskontrolle	Offene Ziffern prüfen; Ausschlüsse kontrollieren; Dokumentation nachfordern	MFA	Täglich
3. Quartalsabschluss	DMP-Bögen einreichen; Scheinprüfung; Regelleistungsvolumen prüfen	MFA + Arzt	Quartalsende ± 1 Woche
4. Qualitätsprüfung	Abrechnungsergebnis mit Vorquartal vergleichen; Systemlücken identifizieren	Praxismanagement	Nach Quartalsabrechnung

## 11.3 Abrechnungsarten — EBM, GOÄ, DMP, IGeL

Bereich	Relevante Kenntnisse	Typische Fehlerquelle
EBM (GKV)	Versichertentypen, Zeitvorgaben, Ausschlüsse, RLV/QZV	Falsche Ziffer, fehlende Dokumentation, Zeitverstoß
DMP-Abrechnung	Dokumentationsbögen vollständig, Einschreibzeitpunkt, Quartalsfristen	Unvollständige Bögen, Fristversäumnis
GOÄ (Selbstzahler)	Leistungsverzeichnis, Steigerungsfaktor, Begründungspflicht	Falsche Analogziffer, fehlende Begründung
IGeL	Aufklärungspflicht, Preistransparenz, schriftliche Vereinbarung	Keine schriftliche Vereinbarung vor Leistungserbringung

## 11.4 IGeL-Management — Pflichtstandards

Schritt	Anforderung
<b>Aufklärung</b>	Inhalt, Nutzen, Alternativen — VOR der Leistung, nicht danach
<b>Kostenvoranschlag</b>	Schriftlich, vor Leistungserbringung
<b>Schriftliche Vereinbarung</b>	Patient unterschreibt — Basis für Rechnungsstellung
<b>Rechnungsstellung</b>	GOÄ-konform, mit Steigerungsfaktor und ggf. Begründung
<b>Keine Drucksituation</b>	IGeL darf nicht als Bedingung für andere Leistungen erscheinen

## 11.5 MFA-Modul — Formulierungsbeispiele

Situation	Formulierung
<b>Quartals-Reminder Arzt</b>	"Dr. [Name], der DMP-Bogen für Frau Y ist noch nicht vollständig — die KV-Frist ist übermorgen."
<b>IGeL-Aufklärung Patient</b>	"Dieser Ultraschall ist keine Kassenleistung — dafür würden 45 Euro anfallen. Ich lege Ihnen das Informationsblatt vor."
<b>KV-Rückfrage</b>	"Wir haben eine Rückfrage der KV zu Quartal 4/2025. Ich habe das vorsortiert und auf Ihrem Schreibtisch abgelegt."
<b>Leistungserfassung</b>	"Das EKG und der Lungenfunktionstest sind im System — ich habe die Ziffern direkt nach der Messung eingetragen."

## 11.6 Fehlerbibliothek — Abrechnungsfehler

Fehlertyp	Typisches Beispiel	Ursache	Gegenmaßnahme
<b>Leistung nicht erfasst</b>	EKG durchgeführt, aber keine Ziffer im PVS	Kein sofortiger Erfassungsstandard	Leistungserfassung als Pflichtschritt nach jeder Maßnahme
<b>DMP-Bogen unvollständig</b>	HbA1c dokumentiert, Fußinspektionsstatus fehlt	Kein vollständiges Template	Pflichtfelder im PVS; Checkliste für MFA
<b>Fristversäumnis</b>	DMP-Bogen 1 Tag zu spät eingereicht	Kein Fristen-Monitoring	Quartalskalender mit Fristen im PVS
<b>IGeL ohne Vereinbarung</b>	Leistung erbracht, Patient streitet Vereinbarung ab	Kein Formular-Standard	Schriftliche Vereinbarung vor jeder IGeL
<b>Zifferausschluss</b>	Zwei sich ausschließende Ziffern abgerechnet	Unkenntnis des EBM	EBM-Schulung; PVS-Warnhinweise

## 11.7 Mini-Audit — Abrechnungsprozess

Prüffrage	Ja / Nein	Warnsignal bei "Nein"
Werden alle erbrachten Leistungen unmittelbar im PVS erfasst?		Fehlende Leistungen = Erlösausfall.
Gibt es eine Scheinprüfung vor dem Quartalsabschluss?		Systematische Abrechnungslücken bleiben unentdeckt.
Werden DMP-Fristen proaktiv überwacht?		Fristversäumnis = Vergütungsausfall.
Gibt es standardisierte IGeL-Vereinbarungsformulare?		Rechtliche Angreifbarkeit bei Streit über IGeL.
Sind MFAs in EBM-Grundlagen und Leistungserfassung geschult?		Erfassung inkonsistent, Erlösausfall.

### QUICK REFERENCE

- Abrechnung beginnt mit Dokumentation — nicht mit dem Quartalsabschluss.
- Sofortige Leistungserfassung im PVS nach jeder Maßnahme — kein retrospektives Nachtragen.
- DMP-Fristen quartalsweise überwachen — Fristversäumnis bedeutet Vergütungsausfall.
- IGeL: schriftliche Vereinbarung vor Leistungserbringung — immer, ohne Ausnahme.
- Quartalsvergleich: Erlösrückgang ist ein Systemsignal, kein Zufallsergebnis.

# Kapitel 12. Teamprozesse Notfälle in der Hausarztpraxis

## 12.1 Geltungsbereich und Ziel

Dieses Kapitel beschreibt, was das Praxisteam tut, wenn eine Person in der Hausarztpraxis kollabiert oder bewusstlos aufgefunden wird. Es gilt für alle Mitarbeitenden unabhängig von Rolle und Qualifikation.

Eine Hausarztpraxis ist kein Notarztstützpunkt. Sie verfügt aber über Fachpersonal, Notfallausrüstung und Medikamente, die bei richtiger Anwendung entscheidend sein können. Das Ziel ist kein Maximalprogramm, sondern ein trainiertes, sicheres, reproduzierbares Teamvorgehen.

### ✓ Grundprinzipien

- Bei bestätigter Bewusstlosigkeit wechselt das Team sofort in den strukturierten Notfallmodus.
- Fehlende oder nicht normale Atmung ist bis zum Beweis des Gegenteils als Kreislaufstillstand zu behandeln.
- Frühzeitige Alarmierung über 112 ist ein Sicherheitsprinzip – keine „beobachtende Wartezeit“.
- Thorax freimachen und AED früh anschließen.
- ABCDE ist die gemeinsame Handlungssprache für das gesamte Team.
- Das Ziel: trainiertes, sicheres, reproduzierbares Teamvorgehen vor Vollständigkeit.

## 12.1 Wenn eine Person kollabiert

Ein Kollaps kann jeden treffen: Patienten, Angehörige – oder ein Teammitglied. Die erste Person am Geschehen leitet den Ablauf ein. Es braucht keine Diagnose, um zu handeln.

### Initiales Vorgehen – die ersten Sekunden

#### SOP: Kollaps / bewusstlose Person

1. Laut ansprechen: „Hören Sie mich?“ – Schulter berühren. Keine Reaktion → Hilferuf.
2. Sofort laut: „Hilfe! Kollaps! Alle sofort her!“ – Namen der Kollegen rufen.
3. Person auf harte, flache Unterlage bringen (Rücken).
4. Atemkontrolle maximal 10 Sekunden: Sehen (Thoraxhebung), Hören, Fühlen – NICHT Puls suchen.
5. Gleichzeitig: Eine Person ruft 112, eine Person holt Notfallkoffer + AED.
6. Keine normale Atmung (inkl. Schnappatmung): CPR sofort beginnen.
7. Normale Atmung bestätigt: Stabile Seitenlage, überwachen, 112 informieren.

#### **⚠ Agonale Atmung ist KEINE normale Atmung**

- Schnappatmung, unregelmäßige Seufzer oder langsames Schnaufen nach Kollaps = Kreislaufstillstand.
- Keine CPR zu beginnen wäre hier ein fataler Fehler.
- Im Zweifel: CPR beginnen – Schaden durch irrtümliche CPR bei schlagendem Herz ist gering.

## 12.3 Zeitachse: Wer macht was wann

Die folgende Tabelle zeigt den Ablauf in der Hausarztpraxis von den ersten Sekunden bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes / Notarztes.

Zeitpunkt	Massnahmen	Wer
<b>0 – 10 Sek.</b>	Ansprechen (laut): „Hören Sie mich?“ – Schulter berühren Keine Reaktion → sofort laut Hilfe rufen: „Hilfe! Kollaps! Alle sofort her!“	Person, die zuerst am Patienten ist
<b>10 – 30 Sek.</b>	Atemkontrolle max. 10 Sek. (Sehen / Hören / Fühlen) Notruf 112 absetzen Arzt / Notfallkoffer herbeirufen	MFA 1: Atmung prüfen MFA 2: 112 anrufen, Arzt rufen MFA 3: Notfallkoffer + AED holen
<b>30 Sek. – 1 Min.</b>	Keine normale Atmung → Thorax freimachen → CPR sofort beginnen (30:2) BZ messen (reversible Ursache!) AED anlegen sobald verfügbar	Arzt + MFA 1: CPR MFA 2: BZ messen, i.v. Zugang MFA 3: AED vorbereiten
<b>1 – 3 Min.</b>	AED analysiert → Schock oder CPR weiter (alle 2 Min. wechseln) O <sub>2</sub> über Beatmungsbeutel mit Maske Medikamente vorbereiten (Adrenalin) Umgebung freimachen – andere Patienten ableiten	Arzt: Teamleitung, AED-Entscheidung MFA 1: CPR, Wechsel alle 2 Min. MFA 2: i.v. Zugang, Medikamente MFA 3: Türe frei, Einweisung RD
<b>Bis RD eintrifft</b>	CPR ohne relevante Unterbrechungen fortsetzen Reversible Ursachen behandeln (Glukose, O <sub>2</sub> ) ISBAR-Übergabe vorbereiten Dokumentation beginnen	Arzt: Leitung, Kommunikation RD MFA 3: Eingang freimachen, Einweisung

## 12.4 ABCDE in der Hausarztpraxis

ABCDE ist das strukturierte Beurteilungsschema für alle Notfallsituationen. Es funktioniert gleichzeitig als Checkliste und als Kommunikationswerkzeug im Team: „A ist gesichert, arbeiten wir an B.“

	Buchstabe	Prüfen	Handeln
<b>A</b>	<b>Airway – Atemweg</b>	Ansprechbar? Stridor? Verlegung? Esmarch-Handgriff nötig?	Atemwege freimachen (Esmarch, Guedel-Tubus), Absaugbereitschaft
<b>B</b>	<b>Breathing – Belüftung</b>	Atemfrequenz, -tiefe, -typ? Thoraxexkursion? SpO <sub>2</sub> ?	O <sub>2</sub> über Maske 10–15 L/min, Beatmungsbeutel wenn nötig
<b>C</b>	<b>Circulation – Kreislauf</b>	Puls? Rekapillarisation? Haut (Farbe, Temperatur)? RR?	i.v. Zugang, Volumengabe, Lagerung, ggf. CPR
<b>D</b>	<b>Disability – Neurologie</b>	GCS / AVPU? Pupillen? BE-FAST? BZ?	BZ messen – Glukose geben wenn BZ < 70 mg/dl
<b>E</b>	<b>Exposure – Entkleiden</b>	Weitere Verletzungen? Temperatur? Ödeme? Hautbild?	Entkleiden, Thorax frei für AED, Wärmeerhalt

*Hinweis: Bei bestätigtem Kreislaufstillstand (keine normale Atmung) hat CPR absolute Priorität. ABCDE wird parallel weitergeführt, soweit Ressourcen im Team vorhanden.*

## 12.5 Reanimation (CPR) in der Hausarztpraxis

Die Hausarztpraxis unterscheidet sich von der Straßensituation: Das Team hat Ausstattung und Qualifikation. Gleichzeitig fehlt die tägliche Routine. Deshalb gilt: einfache Algorithmen, konsequent ausgeführt.

### Thoraxkompressionen

- **Druckpunkt:** Mitte des Brustkorbs (zwischen den Brustwarzen) – Thorax zuvor entkleiden.
- **Frequenz:** 100–120 Kompressionen pro Minute.
- **Tiefe:** 5–6 cm – vollständige Entlastung zwischen den Kompressionen.
- **Verhältnis:** 30 Kompressionen : 2 Beatmungen (30:2) – mit Beatmungsbeutel und Maske, 100% O<sub>2</sub>.
- **Wechsel:** Alle 2 Minuten (Ermüdung tritt schnell ein – Qualität vor Ausdauer).
- **Unterbrechungen:** Minimieren – für Rhythmusanalyse und Schock maximal 5 Sekunden Pause.

## AED – Automatisierter Externer Defibrillator

Der AED führt durch den Prozess. Das Team muss ihn nur anschließen und den Anweisungen folgen.

- **Anlegen:** Thorax vollständig entkleiden. Haut trocken. Elektroden wie auf dem Gerät abgebildet anlegen.
- **Pad-Position Erwachsene:** Rechts infraklavikulär + links dorsal axillär (noch über den Rippen).
- **Rhythmusanalyse:** Alle berühren den Patienten: „Weg vom Patienten!“ – keiner berührt.
- **Schock:** Taste drücken wenn AED Schock anzeigt – sofort danach CPR weiter.
- **Kein Schock:** CPR fortsetzen – bei PEA/Asystolie: Adrenalin 1 mg i.v. so früh wie möglich.

### Kinder & Säuglinge – Sonderfall

- Kinder 1–8 Jahre: Pädiatrische Pads oder spezieller Schalter – AED-Hersteller Anweisung beachten.
- Pad-Position: Anterior (Brust) + posterior (Rücken) oder axillär; nie beide auf der Brust bei Kleinkindern.
- Kompressionstiefe: ca. ein Drittel des Thorax-Durchmessers; 1 Retter: 2 Finger, 2 Retter: Daumentchnik bei Neugeborenen.
- Säuglinge < 1 Jahr: Kein Heimlich-Manöver. Rückenstaerke (5x) + Brustkompression (5x) alternierend.
- Frequenz Reanimation: 15:2 (wenn 2 Retter); 30:2 (alleine).

## 12.6 Differenzialpfade: Häufige Notfallsituationen

Die folgende Tabelle zeigt die wichtigsten Notfallsituationen mit Erkennung, Sofortmaßnahme und praktischem Hinweis. Detaillierte medizinische Protokolle → Manual 4, Kapitel Klinisches Notfallmanagement.

Situation	Erkennen	Sofortmassnahme	Besonderheit
<b>Bewusstlos, normale Atmung</b>	Ansprechbar: nein; Atmung: ja (normal)	Stabile Seitenlage, O <sub>2</sub> , BZ messen, 112 rufen, überwachen	Bleibt Atmung normal, keine CPR – aber RD trotzdem alarmieren
<b>Bewusstlos, keine normale Atmung</b>	Keine Reaktion, keine/abnorme Atmung	CPR sofort (30:2), AED anlegen, 112	Agonale Atmung = kein normales Atmen → CPR beginnen
<b>Anaphylaxie</b>	Urtikaria + Atemnot, RR-Abfall, Angioödem	Adrenalin 0,5 mg i.m. Oberschenkel, O <sub>2</sub> , flach lagern, 112	Bei >= 2 Systemen betroffen: kein Abwarten – Adrenalin sofort
<b>Hypoglykämie</b>	Unruhe, Schwitzen, BZ < 70 mg/dl	Bewusst: Traubenzucker oral; bewusstlos: Glukose 40% 40 ml i.v.	Häufigste reversible Ursache in der HA- Praxis – immer früh messen
<b>Krampfanfall</b>	Tonisch-klonische Zuckungen, Bewusstlosigkeit	Sichern, nicht festhalten, Zeit messen; > 5 Min: Midazolam 10 mg buccal/nasal	Postiktal oft Bewusstlosigkeit – Atemkontrolle, Seitenlage
<b>Synkope (schnelle Erholung)</b>	Kurze Bewusstlosigkeit, rasche Erholung, BZ normal	Flach lagern, Beine hoch, BZ, RR, EKG; 112 nur wenn keine Erholung	Keine CPR wenn rasche Erholung und normale Atmung bestätigt
<b>Fremdkoerperaspiration</b>	Erstickungszeichen, Husten, kein Sprechen moeglich, Zyanose	Bewusst: Heimlich (Erwachsene) oder Rueckenstaerke (Saeuglinge); bewusstlos: CPR	Saeuglinge < 1 Jahr: kein Heimlich, nur Rueckenstaerke + Brustkompression

## 12.7 Anaphylaxie – Besondere Relevanz in der Hausarztpraxis

Anaphylaxien treten häufig nach Medikamentengabe, Impfungen oder Allergentests auf – mitten in der Praxis. Das Team muss sofort handeln, bevor der Rettungsdienst/Notarzt eintrifft.

**Merksatz:** Betrifft die Anaphylaxie mindestens 2 Organsysteme (Haut + Atemweg, Haut + Kreislauf etc.) oder besteht ein einzelnes schweres Symptom (Larynxödem, RR-Abfall) – sofort Adrenalin i.m. Es gibt keine Zeit zum Abwarten.

- **Adrenalin i.m.:** 0,5 mg (= 0,5 ml aus 1 mg/ml-Ampulle) in den anterolateralen Oberschenkel – durch dünne Kleidung möglich.
- **Wiederholung:** Nach 5–10 Minuten, wenn keine Besserung.
- **EpiPen:** Wenn vorhanden oder Patient trägt eigenen – sofort einsetzen.
- **Lagerung:** Flach + Beine hoch. Bei Atemnotsymptomatik: Oberkörper leicht erhöht.
- **O<sub>2</sub>:** 10–15 L/min über Maske.
- **i.v. Zugang:** Sobald möglich – Volumen (NaCl 0,9%, 500 ml rasch).
- **Kortikosteroide + Antihistaminika:** Nicht die primäre lebensrettende Maßnahme – erst nach Adrenalin.

### ! Praxisfehler vermeiden

- Warten bis der Arzt anwesend ist, bevor Adrenalin gegeben wird – jede Minute zählt.
- Prednisolon als erste Maßnahme – das ist obsolet. Adrenalin kommt zuerst.
- Zu kleine Dosis Adrenalin i.m. (0,1 mg statt 0,5 mg bei Erwachsenen).
- Subkutane Gabe statt i.m. – schlechtere Resorption, langsamer Wirkungseintritt.
- Patienten zu früh entlassen – biphasische Reaktion bis 8 Stunden nach Erstreaktion möglich.

## 12.8 Rollenverteilung im Team

In einer Hausarztpraxis sind häufig 3–5 Personen anwesend. Die folgende Rollenmatrix gilt für eine Praxis mit Arzt + 3 MFA. Bei weniger Personal übernimmt jede Person mehrere Aufgaben – die Prioritätsreihenfolge bleibt identisch.

Rolle	Aufgaben
<b>Arzt</b>	Teamleitung übernehmen – ABCDE-Beurteilung – Entscheidung CPR / AED / Medikamente – ISBAR-Übergabe an Rettungsdienst/Notarzt – Dokumentationsverantwortung
<b>MFA 1</b>	Bewusstsein und Atmung prüfen – CPR beginnen und weiterführen – Rollenwechsel alle 2 Minuten – Beatmungsbeutel assistieren
<b>MFA 2</b>	Notruf 112 absetzen – i.v. Zugang legen – BZ messen – Medikamente vorbereiten und nach Anordnung verabreichen – Vitalzeichen überwachen
<b>MFA 3</b>	Notfallkoffer und AED holen – AED anlegen – Raum freimachen – Eingang für Rettungsdienst/Notarzt freihalten – andere Patienten ableiten – Dokumentation unterstützen

## 12.9 Materialcheckliste und Notfallkoffer

Der Notfallkoffer ist mindestens monatlich zu überprüfen. Die folgende Checkliste dient als Orientierung. Abweichungen sind möglich – das Team muss wissen, was vorhanden ist und wo es liegt.

Notfallkoffer Basis	AED & Atemweg	Medikamente
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Blutdruckmessgerät</li> <li><input type="checkbox"/> Pulsoxymetrie (SpO<sub>2</sub>)</li> <li><input type="checkbox"/> Blutzuckermessgerät + Teststreifen</li> <li><input type="checkbox"/> i.v. Material (Katheter, Infusionen, NaCl 0,9%)</li> <li><input type="checkbox"/> Absauggerät (betriebsbereit)</li> <li><input type="checkbox"/> Wärmedecke</li> <li><input type="checkbox"/> Einmalhandschuhe, Mund-Nasen-Schutz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> AED (Akku geprüft, Pads vorhanden)</li> <li><input type="checkbox"/> Beatmungsbeutel mit Masken (Erw./Kind)</li> <li><input type="checkbox"/> O<sub>2</sub>-Flasche (gefüllt, Flowmeter)</li> <li><input type="checkbox"/> Guedel-Tuben (Größen 2, 3, 4)</li> <li><input type="checkbox"/> Esmarch-Handgriff-Fähigkeit (Team)</li> <li><input type="checkbox"/> Larynxtubus (nur wenn Routine vorhanden)</li> <li><input type="checkbox"/> Absaugkatheter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Adrenalin 1 mg/ml Ampullen (mind. 3)</li> <li><input type="checkbox"/> Glukose 40% Ampullen (mind. 4)</li> <li><input type="checkbox"/> Midazolam 5 mg (buccal / nasal / i.v.)</li> <li><input type="checkbox"/> Methylprednisolon 250 mg i.v.</li> <li><input type="checkbox"/> Antihistaminikum (z.B. Dimetinden)</li> <li><input type="checkbox"/> Nitroglycerin (sublingual)</li> <li><input type="checkbox"/> Amiodaron 150 mg i.v. (optional)</li> </ul>

## 12.10 Übergabe an Rettungsdienst / Notarzt

Die Übergabe dauert ca. 60–90 Sekunden. Strukturiert übergeben nach ISBAR. CPR läuft bis zur Übernahme weiter.

Übergabe nach ISBAR (an Rettungsdienst / Notarzt)	
<b>I – Identifikation</b>	Name, Alter, behandelnder Arzt
<b>S – Situation</b>	„Bewusstloser Patient, CPR seit X Minuten / Anaphylaxie nach ...“
<b>B – Background</b>	Vorerkrankungen, Medikamente, Allergien, Auslöser
<b>A – Assessment</b>	Aktueller Status: RR, Puls, SpO <sub>2</sub> , BZ, AED-Rhythmus, Medikamente gegeben
<b>R – Request</b>	„Wir übergeben den Patienten – bitte Übernahme“ / besondere Massnahmen unterwegs

## 12.11 Nachbereitung – STOP-Debriefing

---

Jedes Notfallereignis – auch ein abgewendetes – sollte kurz nachbesprochen werden. Das STOP-Debriefing dauert 10–15 Minuten und findet möglichst am selben Tag statt.

### STOP-Debriefing (Summary – Things that went well – Opportunities – Plan)

S – Summary: Was ist passiert? Kurzdarstellung des Ablaufs (2 Minuten, ohne Wertung).

T – Things that went well: Was hat funktioniert? Teamleistung benennen und würdigen.

O – Opportunities: Was können wir besser machen? Konkrete Verbesserungen benennen.

P – Plan: Was ändern wir? SOP anpassen, Materialcheck, nächstes Übungsdatum festlegen.

Zusätzlich: Checkliste Materialcheck nach dem Ereignis:

- Notfallkoffer: Was wurde verbraucht? Sofort nachbestellen.
- AED-Elektroden: Einmalartikel – nach Verwendung sofort ersetzen.
- Dokumentation vervollständigen (inkl. Medikamente, Uhrzeiten, Maßnahmen).
- Team informieren: Alle Mitarbeitenden kurz informieren, auch wenn sie nicht anwesend waren.

## 12.12 Regelmäßiges Training

---

Notfälle in der Hausarztpraxis sind selten. Deshalb ist regelmäßiges Training entscheidend für eine zuverlässige Reaktion.

- **Halbjährliches Teampraktikum:** Reanimation am Phantom (mind. 30 Minuten). Ablauf durchspielen inkl. AED, Rollenverteilung, ISBAR.
- **Jährliche BLS-Auffrischung:** Für alle Teammitglieder – extern oder intern.
- **Gerätecheck:** AED und Beatmungsbeutel monatlich prüfen, Protokoll führen.
- **SOP am Ort:** Kurzversion der SOP (1 Seite) im Notfallkoffer oder an der Wand in Sichtweite.

## 12.13 Typische Use Cases

---

### Use Case 1: Kollaps im Wartezimmer – keine normale Atmung

#### Ausgangslage

Patient (67J, bekannte KHK) kippt vom Stuhl. MFA 1 sieht es, ruft sofort um Hilfe.

- **MFA 1:** Ansprechen → keine Reaktion → Atemkontrolle 10 Sek. → Schnappatmung → „Kein normales Atmen!“
- **MFA 2:** Notruf 112 – gibt Adresse, Situation, Namen an.
- **MFA 3:** Notfallkoffer + AED holen, anderen Patienten aus Wartezimmer bitten.
- **Arzt:** CPR übernehmen (oder MFA 1 weiter, Arzt leitet), AED anlegen, Rhythmusanalyse.
- **Häufiger Fehler:** Schnappatmung als „atmet noch“ interpretieren – CPR verzögert beginnen.

### Use Case 2: Anaphylaxie nach Impfung

#### Ausgangslage

Patientin (34J) wird nach Influenza-Impfung im Wartezimmer. 10 Min. post Impfung: Urtikaria gesamt, Atemnot, Schwindel, RR 80/50.

- **MFA:** Erkennt Urtikaria + Symptome → sofort Arzt rufen + 112.
- **Arzt:** Adrenalin 0,5 mg i.m. Oberschenkel sofort – flach lagern – O<sub>2</sub> 10 L/min.
- **MFA 2:** i.v. Zugang legen, NaCl 500 ml vorbereiten.
- **Häufiger Fehler:** Kortikosteroid als erste Maßnahme – Adrenalin kommt immer zuerst.

### Use Case 3: Diabetespatient – Bewusstseinsstörung

#### Ausgangslage

Pat. (72J, Typ-2-Diabetes) in der Sprechstunde, plötzlich verwirrt, schwitzt stark, reagiert kaum.

- **MFA:** BZ messen → BZ 38 mg/dl → sofort Arzt informieren.
- **Bewusst + schluckfähig:** Traubenzucker oral 4–6 Plättchen (15–20 g Glukose).
- **Bewusstlos / nicht schluckfähig:** Glukose 40% 40 ml i.v. langsam – nach 5 Min. BZ-Kontrolle.
- **Merke:** Hypoglykämie ist die häufigste reversible Ursache – BZ messen gehört zu JEDEM Kollaps.

## Use Case 4: Krampfanfall in der Anmeldung

### Ausgangslage

Junge Pat. (28J, bekannte Epilepsie) Krampfanfall an der Anmeldung, tonisch-klonische Zuckungen, >5 Min.

- **MFA:** Sichern (nicht festhalten), weiche Unterlage unter Kopf, Zeit messen, Umgebung freimachen.
- **> 5 Minuten:** Midazolam 10 mg buccal oder nasal (oder i.v. wenn Zugang vorhanden).
- **112:** Rufen wenn Status > 5 Min. oder keine Erholung nach Anfall.
- **Postiktal:** Stabile Seitenlage, Atemkontrolle – kein Gegenstand in den Mund!

## Literatur & Quellen

### Literatur & Quellen

- [1] Soar J, Böttiger BW, Carli P, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support. Resuscitation. 2021;161:115-151. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.010>
- [2] Olasveengen TM, Semeraro F, Ristagno G, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Basic life support. Resuscitation. 2021;161:98-114. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.009>
- [3] Panagiotis K, et al. Anaphylaxis guidelines EAACI 2021. Allergy. 2021;76(5):1478-1506. <https://doi.org/10.1111/all.14727>
- [4] Zideman DA, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: First aid. Resuscitation. 2021;161:270-290. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.013>
- [5] DEGAM. Notfallversorgung in der Hausarztpraxis. DEGAM-Stellungnahme. Berlin: DEGAM; 2022. <https://www.degam.de>
- [6] Notfallguru (Björn Steiger Stiftung). Reanimation. [Online] 2024. <https://www.notfallguru.de/leitsymptome/allgemeines/reanimation>
- [7] Notfallguru (Björn Steiger Stiftung). ABCDE-Regel. [Online] 2024. <https://www.notfallguru.de/leitsymptome/tabellen-und-checklisten/regeln>
- [8] TfN – Training für Notfälle. Prüfen/Rufen – Kursunterlagen. 2025. [www.tfn-de.de](http://www.tfn-de.de)
- [9] FOAM Deutsch. Das deutschsprachige FOAM-Portal. [Online] <https://dasfoam.org/foam-deutsch/>
- [10] FOAM International. Ressourcenübersicht. [Online] <https://foamio.org/>
- [11] Fernandes MB, et al. Hypoglycemia management in primary care. Prim Care Diabetes. 2020;14(3):212-220.
- [12] Guttormsen AB, et al. Norwegian guidelines on epileptic seizure management. Tidsskr Nor Laegeforen. 2021;141(7). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0756>
- [13] Zuberbier T, et al. Urticaria and Anaphylaxis. EAACI Guidelines. Allergy. 2022;77:734-766.

Vancouver-Zitierregeln: Nummern im Text in eckigen Klammern [1] – Reihenfolge des ersten Auftretens – Verzeichnis chronologisch. URL-Zugriff: Mai 2026.

# Kapitel 13. Digitale Praxistools und KI-Copilot

## 12.1 Einführung

Die deutsche Hausarztpraxis ist mit Digitalverpflichtungen überhäuft: ePA, eRezept, eAU, TI, KIM, DiGA, Video-Sprechstunde. Diese Verpflichtungen werden oft als Mehrbelastung erlebt, weil sie ohne begleitende Prozessarchitektur eingeführt werden. Der entscheidende Unterschied zwischen digitalem Chaos und digitalem Gewinn: systematische Integration. KI-gestützte Tools sind kein Science-Fiction mehr — sie erfordern aber klare Prozessregeln.

**CLINICAL PEARL — Digitalisierung spart Zeit, wenn sie Prozesse ersetzt**

*Ein Tool, das parallel zum bisherigen Papierprozess läuft, verdoppelt den Aufwand. Ein Tool, das den Papierprozess ersetzt und gleichzeitig Qualität erhöht, ist ein Gewinn. Vor jeder Tool-Einführung: Welchen Prozess löst dieses Tool ab?*

## 12.2 Telematikinfrastruktur — Pflichtkomponenten 2025

Komponente	Status	MFA-Kernaufgabe
eRezept	Pflicht seit 01.01.2024	Im PVS ausstellen; QR-Code bei Bedarf drucken
eAU	Pflicht seit 2023	Digitale Übermittlung nach Arzt-Freigabe
KIM	Pflicht	KIM-Postfach täglich prüfen; eingehende Befunde weiterleiten
ePA	Opt-out-Modell seit 01.2025	Patienteneinwilligung bei Erstkontakt klären; ePA-Daten abrufen
Video-Sprechstunde	Empfohlen	KV-lizenzierte Plattform; Termin und technische Vorbereitung

## 12.3 KI-Tools in der Hausarztpraxis — Aktueller Stand

KI-Tool-Kategorie	Beispiele	Nutzen	Prozessregel
AI-Scribe / Diktat	Navida, Abridge, Nuance DAX	Automatische Konsultationsdokumentation	Ärztliche Prüfung und Freigabe Pflicht
Interaktionsprüfung	ABDATA/ifap im PVS	Arzneimittelinteraktionscheck	Bei jeder Neuverordnung aktivieren
Diagnoseunterstützung	Isabel DDx	Differenzialdiagnose-Unterstützung	Arzt-Entscheidung bleibt obligat
Spracherkennung	Dragon Medical	Diktat in PVS-Freitext	Qualitätskontrolle durch Arzt
Terminoptimierung	Doctolib Insights	Kapazitätsplanung	MFA-Tool; keine klinischen Entscheidungen
Patientenkommunikation	Chatbots (FAQ-Ebene)	Standardanfragen beantworten	Nur nicht-klinische FAQs; kein Triage-Ersatz

## 12.4 Goldene Regeln für KI-Tool-Einführung

- 1. Problem-first: Welches konkrete Problem löst dieses Tool?
- 2. Prozess-before-Tool: Erst Prozess definieren, dann Tool einführen
- 3. Datenschutz prüfen: DSGVO-konform? Verarbeitungsvertrag vorhanden?
- 4. Team schulen: Kein Tool ohne strukturierte Einführung
- 5. Ärztliche Letztverantwortung: KI-Output ist immer Entwurf, nie Entscheidung
- 6. Fallback definieren: Was passiert bei Systemausfall?

## 12.5 MFA-Modul — Formulierungsbeispiele

Situation	Formulierung
<b>Befund per E-Mail angefragt</b>	"Wir dürfen Befunde aus Datenschutzgründen nicht per Standard-E-Mail senden. Ich kann Ihnen einen Termin oder unsere sichere Patientenplattform anbieten."
<b>TI-Ausfall</b>	"Unser System hat gerade einen Ausfall. Wir stellen Papierrezepte aus und holen die digitale Übermittlung nach Systemwiederherstellung nach."
<b>AI-Scribe-Einwilligung</b>	"Unser Dokumentationssystem schreibt das Gespräch mit. Alles wird vom Arzt geprüft. Sind Sie einverstanden?"
<b>KIM-Befund eingegangen</b>	"Es ist ein Arztbrief von der Klinik über KIM eingegangen — ich leite ihn direkt an Dr. [Name] weiter."

## 12.6 Fehlerbibliothek — Digitalisierungsfehler

Fehlertyp	Typisches Beispiel	Ursache	Gegenmaßnahme
<b>Tool ohne Prozess</b>	ePA aktiviert, niemand weiß wie man sie nutzt	Fehlende Einführungsplanung	Prozess definieren vor Tool-Einführung
<b>KIM nicht täglich geprüft</b>	Arztbrief liegt 3 Tage ungelesen	Kein KIM-Prozess	KIM-Check als tägliche MFA-Aufgabe
<b>Unverschlüsselte Befunde</b>	Labor per Outlook verschickt — DSGVO-Verstoß	Unwissen	Schulung: keine medizinischen Inhalte per Standard-E-Mail
<b>AI-Output nicht geprüft</b>	Scribe-Dokumentation finalisiert ohne ärztliche Durchsicht	Kein Freigabe-Protokoll	Obligate Arztprüfung vor Finalisierung
<b>Kein Fallback bei IT-Ausfall</b>	Praxis kann keine Rezepte ausstellen	Kein Ausfallplan	Papierprozess als Backup definieren

## 12.7 Mini-Audit — Digitale Infrastruktur

Prüffrage	Ja / Nein	Warnsignal bei "Nein"
Wird das KIM-Postfach täglich geleert und weitergeleitet?		Arztbriefe und Befunde gehen verloren.
Sind eRezept und eAU vollständig in den Praxisablauf integriert?		Gesetzliche TI-Pflichten werden nicht erfüllt.
Gibt es einen definierten Fallback-Prozess bei IT-Ausfall?		Praxis kann bei TI-Ausfall nicht vollständig operieren.
Werden AI-Scribe-Protokolle vor Finalisierung ärztlich geprüft?		Juristisch riskanter KI-Output in der Patientenakte.
Sind alle digitalen Tools DSGVO-konform mit Verarbeitungsvertrag?		Datenschutzrechtliche Haftung.
Sind MFAs in allen produktiv genutzten TI-Komponenten geschult?		Fehler und Ineffizienz durch Unwissen.

### QUICK REFERENCE

- Digitalisierung ist nur dann Gewinn, wenn sie Prozesse ersetzt — nicht verdoppelt.
- KIM täglich prüfen: Arztbriefe kommen digital — wer nicht schaut, verliert sie.
- AI-Scribe: ärztliche Prüfung und Freigabe Pflicht — KI-Output ist Entwurf, nie Entscheidung.
- Fallback-Plan: Was passiert bei TI-Ausfall? Papierprozess muss bekannt sein.
- Neue Tools erst nach: Problem-Definition → Prozessdesign → Datenschutzprüfung → Schulung. [18]

## Kapitel 14. Lern- und Verbesserungsarchitektur

### 13.1 Einführung

Eine Praxis, die nicht systematisch lernt, verbessert sich nicht — sie reproduziert ihre Fehler. Lernarchitektur ist mehr als Fortbildungspunkte-Sammeln: Es ist die Fähigkeit des Teams, aus dem eigenen Praxisalltag zu lernen — aus Fehlern, aus CIRS-Meldungen, aus Audit-Ergebnissen, aus Beschwerden. Kapitel 8 und 9 liefern Rohdaten. Kapitel 13 macht daraus einen Lernprozess.

#### CLINICAL PEARL — Fehler ohne Lernen sind verschwendete Erfahrung

Jedes CIRS-Ereignis, jede Beschwerde, jeder Mini-Audit enthält Lernstoff. Praxen mit Lernarchitektur nutzen diesen Stoff systematisch. Praxen ohne Lernarchitektur diskutieren ihn einmalig — und wiederholen den Fehler sechs Monate später.

### 13.2 Vier Lernschleifen des KVP

Lernschleife	Quelle	Rhythmus	Format
1. Fehlerlernen	CIRS-Meldungen, Beinahe-Fehler	Monatlich	CIRS-Teamgespräch (10 Min.)
2. Audit-Lernen	Mini-Audits zu Kernprozessen	Quartalsweise	Audit-Review (20–30 Min.)
3. Beschwerdelearning	Patientenbeschwerden, Bewertungsportale	Quartalsweise	Team-Feedback-Runde (15 Min.)
4. Wissens-Update	Fortbildungen, Leitlinien-Updates, KV-Informationen	Laufend + jährlich	Kurzreferat, Fallbesprechung

### 13.3 SOP-System — Zwei Formate für die Praxisrealität

Format	Inhalt	Verwendung
Vollständige SOP	Schritt-für-Schritt-Anleitung mit Begründungen, Ausnahmen, Eskalationspfaden	Einarbeitung neuer Mitarbeitender, Nachschlagewerk
90-Sekunden-Kurzkarte	Kernschritte, Eskalationsregel, Notfallkontakt	Tagesstart, Vertretung, Erinnerung

### 13.4 Onboarding-System — Strukturierter Plan mit Checkpoints

Phase	Inhalt	Dauer
Tag 1	Praxisführung, IT-Zugang, Notfallplan, Ansprechpartner	1 Tag
Woche 1	Kernprozesse (Triage, Recall, Befundmanagement) nach SOP	1 Woche
Monat 1	AMTS-Grundlagen, CIRS-Einführung, DMP-Basics	1 Monat
Quartal 1	Mini-Audit begleiten, CIRS-Teamgespräch erleben	3 Monate
Abschluss	Kompetenz-Check: Kann die neue MFA die 5 Kernprozesse selbstständig?	Ende Quartal 1

## 13.5 Fortbildungsplanung — Mehr als CME-Punkte

Fortbildungstyp	Ziel	Frequenz
<b>CME-Pflichtfortbildung (Arzt)</b>	50 Punkte/Jahr, gesetzliche Pflicht	Laufend
<b>MFA-Fortbildung</b>	Fachkompetenz-Update (STIKO, EBM-Änderungen)	1–2×/Jahr
<b>Notfalltraining (Team)</b>	BLS-Kompetenz, Notfallequipment	1×/Jahr
<b>Triage-Schulung</b>	Red-Flag-Liste, Eskalationsprotokoll	1×/Jahr
<b>Datenschutzschulung</b>	DSGVO-Grundlagen, praktische Regeln	1×/Jahr

## 13.6 MFA-Modul — Formulierungsbeispiele

Situation	Formulierung
<b>CIRS-Teamgespräch eröffnen</b>	"Wir haben diesen Monat zwei Meldungen — ich stelle sie kurz vor, ohne Namen. Dann schauen wir gemeinsam, was wir verändern können."
<b>Neue SOP einführen</b>	"Ab nächste Woche haben wir einen neuen Ablauf beim Befund-Recall. Ich zeige euch das kurz — 10 Minuten, dann hängt die Kurzkarte am Telefon."
<b>Onboarding-Gespräch</b>	"In deiner ersten Woche erklären wir dir die fünf Kernprozesse. Du bekommst für jeden eine Kurzkarte."

## 13.7 Fehlerbibliothek — Lernarchitektur

Fehlertyp	Typisches Beispiel	Ursache	Gegenmaßnahme
<b>CIRS ohne Lernformat</b>	Meldungen gehen ein, werden nie besprochen	Kein Teamgespräch-Termin	Monatlicher CIRS-Punkt als fester Tagesordnungspunkt
<b>Audit-Ergebnis nicht kommuniziert</b>	Mini-Audit durchgeführt, Team erfährt nichts	Kein Review-Format	Audit-Review als Team-Format einführen
<b>SOP existiert, wird nicht genutzt</b>	Neue SOP im Ordner, niemand hat sie gelesen	Keine Einweisung	SOP-Einführung immer mit 10-Min-Schulung
<b>Onboarding informal</b>	Neue MFA lernt durch Zuschauen	Kein Onboarding-Plan	Strukturierter Onboarding-Plan mit Checkpoints
<b>Lernarchitektur nur für Ärzte</b>	MFA-Fortbildung systematisch vernachlässigt	Ressourcenallokation	MFA-Fortbildung als eigene Jahresplanung

## 13.8 Mini-Audit — Lernarchitektur

Prüffrage	Ja / Nein	Warnsignal bei "Nein"
Gibt es einen festen CIRS-Tagesordnungspunkt im monatlichen Teamgespräch?		CIRS-Erkenntnisse werden nicht ins Team kommuniziert.
Werden Mini-Audit-Ergebnisse im Team besprochen und mit einer Maßnahme abgeschlossen?		Audit ohne Konsequenz — Qualitätssignal ungenutzt.
Gibt es einen strukturierten Onboarding-Plan mit Checkpoints?		Neue MFAs lernen durch Zufall statt System.
Sind alle SOPs in zwei Formaten vorhanden (vollständig + Kurzkarte)?		Vertretungen ohne verlässliche Grundlage.
Wird die MFA-Fortbildung systematisch geplant (mindestens 1–2×/Jahr)?		Wissensstand der MFA stagniert.
Werden Schulungsnachweise dokumentiert?		G-BA QM-RL 2024: Fortbildung muss dokumentiert sein. [6]

### QUICK REFERENCE

- Vier Lernschleifen: CIRS-Gespräch (monatlich) · Audit-Review (quartalsweise) · Fallbesprechung · Kurzschulung.
- SOPs in zwei Formaten: vollständig für Einarbeitung, Kurzkarte für Vertretung.
- Onboarding ist kein Zuschauen — es ist ein strukturierter Plan mit Checkpoint am Ende Quartal 1.
- MFA-Fortbildung 1–2×/Jahr systematisch planen — nicht nur CME für Ärzte.
- Schulungsnachweise dokumentieren: G-BA QM-RL 2024 macht das zur Pflicht. [6]

## Kapitel 15. 30-Tage-Implementierungsplan

### 14.1 Einführung

Manual 7 ist kein Qualitätshandbuch zum Abheften. Es ist ein operatives Programm. Kapitel 14 operationalisiert den Einstieg: 30 Tage, klare Wochenstruktur, konkrete Aufgaben. Die Pareto-Logik gilt: 20 % der Maßnahmen erzeugen 80 % des Sicherheitseffekts. Diese 20 % beginnen in Woche 1.

#### CLINICAL PEARL — Perfektion ist der Feind des Guten

*Eine Praxis, die Woche 1 vollständig umsetzt, hat mehr gewonnen als eine, die alles plant und nichts startet. Kleine, systemische Veränderungen mit hoher Disziplin übertreffen große Reformvorhaben ohne Folgekonsequenz.*

### 14.2 Sofortmaßnahmen — Tag 1 (< 15 Minuten)

Maßnahme	Aufwand	Kapitel	Wer
CIRS-Konto auf jeder-fehler-zaehlt.de anlegen	10 Min.	Kap. 8	Arzt oder MFA-Leitung
KIM-Postfach als tägliche Aufgabe in MFA-Checkliste aufnehmen	5 Min.	Kap. 12	MFA-Leitung
Notrufnummer-Plakat an Anmeldung aushängen (112, VWAG)	5 Min.	Kap. 5	Alle
Bildschirmsperr-Routine verbindlich machen	2 Min.	Kap. 10	Alle
DMP-Fristen des laufenden Quartals im Kalender markieren	10 Min.	Kap. 7/11	MFA-Leitung

### 14.3 Woche 1 — Sicherheitsfundament (Tage 1–7)

Tag	Aufgabe	Kapitel	Verantwortlich	Zeit
1	CIRS-System einrichten; Team informieren	Kap. 8	Arzt	30 Min.
2	MFA-Vorbereitungsroutine (5 Schritte) einführen	Kap. 3	MFA-Leitung	20 Min.
3	Triage-Red-Flag-Liste ausdrucken und einweisen	Kap. 5	MFA-Leitung	20 Min.
4	Medikationsplan-Check-Routine starten (bei jedem Erstkontakt)	Kap. 6	MFA-Leitung + Arzt	30 Min.
5	KIM-tägliche Prüfung als MFA-Pflicht definieren	Kap. 12	MFA-Leitung	10 Min.
6–7	Erste CIRS-Meldung üben: Beispielfall anonym melden	Kap. 8	Arzt + MFA	30 Min.

## 14.4 Woche 2 — Prozesse (Tage 8–14)

Tag	Aufgabe	Kapitel	Verantwortlich	Zeit
8	Befund-Recall-Prozess definieren: Wer ruft wann an?	Kap. 4	MFA-Leitung	30 Min.
9	DMP-Recall-Liste aus PVS exportieren und Kontakte starten	Kap. 7	MFA	60 Min.
10	Aufklärungsformulare für Top-3- Eingriffe einführen	Kap. 10	Arzt + MFA	30 Min.
11	IGeL-Vereinbarungsformular standardisieren	Kap. 11	Praxismanagement	20 Min.
12	Impfpass-Check-Workflow an Anmeldung einführen	Kap. 7	MFA-Leitung	20 Min.
13–14	Erstes Teamgespräch zu Kapitel 1–5 (30 Min. Agenda)	Kap. 1–5	Arzt + MFA	30 Min.

## 14.5 Woche 3 — Qualität (Tage 15–21)

Tag	Aufgabe	Kapitel	Verantwortlich	Zeit
15	Ersten Mini-Audit durchführen (Befundmanagement: 20 Stichproben)	Kap. 8.7	MFA-Leitung	20 Min.
16	Safety-Netting als Pflichtfeld im PVS einrichten	Kap. 3/10	Arzt + IT	15 Min.
17	Datenschutz-Kurzschulung (15 Min.) mit dem Team	Kap. 10	Praxismanagement	15 Min.
18	Beschwerdeformular einführen und am Empfang platzieren	Kap. 9	MFA-Leitung	15 Min.
19	SOP-Bibliothek anlegen: erste 3 SOPs in zwei Formaten	Kap. 13	MFA-Leitung	60 Min.
20–21	Onboarding-Plan für neue Mitarbeitende erstellen	Kap. 13	Praxismanagement	60 Min.

## 14.6 Woche 4 — Konsolidierung (Tage 22–30)

Tag	Aufgabe	Kapitel	Verantwortlich	Zeit
22	POLYPHARMAZIA-Check: alle Patienten >5 Medikamente identifizieren	Kap. 6	MFA-Leitung	30 Min.
23	Abrechnungs-Quartals-Checkliste erstellen	Kap. 11	Praxismanagement	30 Min.
24	Digitalen Fallback-Plan bei IT-Ausfall schriftlich definieren	Kap. 12	Arzt + MFA	20 Min.
25	CIRS-Erstes-Monatsgespräch (10 Min.) in Teambesprechung integrieren	Kap. 8/13	Arzt + MFA	10 Min.
26–28	Jahresfortbildungsplan für MFAs erstellen	Kap. 13	Praxismanagement	45 Min.
29–30	Gesamt-Review: Was wurde umgesetzt? Was fehlt? Prioritäten für Monat 2	Alle	Arzt + Team	60 Min.

## 14.7 Implementierungsfallen — Was die meisten Praxen scheitern lässt

Fälle	Warum sie entsteht	Gegenmaßnahme
<b>Alles auf einmal</b>	Zu viel Ambition, zu wenig Struktur	Wochenplan strikt befolgen; Pareto-Logik anwenden
<b>Kein klarer Verantwortlicher</b>	Jeder ist zuständig = niemand ist zuständig	Jede Aufgabe hat eine Person mit Namen
<b>Einführung ohne Schulung</b>	Neue SOP im Ordner, Team weiß es nicht	Jede neue SOP = 10-Min-Einweisung
<b>Arzt als Engpass</b>	Alle Entscheidungen hängen am Arzt	MFA-Leitung mit klaren Delegationsrechten ausstatten
<b>Kein Monitoring</b>	Nach Woche 4 kein Follow-up	Monatlicher 15-Min-Review: Was läuft? Was stockt?

## 14.8 Nach 30 Tagen — Roadmap

Zeitraum	Fokus	Kapitel
Monat 2	AMTS-Tiefgang: Brown-Bag-Runde, PRISCUS-Liste, Interaktionscheck systematisch	Kap. 6
Monat 3	DMP vollständig: alle 6 DMP mit Recall und vollständiger Dokumentation	Kap. 7
Quartal 2	Erster formaler QM-Bericht nach G-BA QM-RL 2024 erstellen	Kap. 8, 13
Halbjahr	Notfalltraining (BLS) für das gesamte Team	Kap. 5
Jahr 1	KI-Tool-Evaluation: Welches Tool passt zur Praxis?	Kap. 12
Laufend	CIRS monatlich, Mini-Audit quartalsweise, Beschwerden quartalsweise	Kap. 8, 9, 13

### QUICK REFERENCE

- Woche 1: CIRS einrichten, Triage-Liste aushängen, KIM-Routine, Vitaldaten-Standard.
- Woche 2: Recall-Prozess, DMP-Liste, Aufklärungsformulare, Impfpass-Workflow.
- Woche 3: Mini-Audit, Safety-Net-Pflichtfeld, Datenschutz-Schulung, SOP-Bibliothek.
- Woche 4: Polypharmazie-Check, Fallback-Plan, CIRS-Monatsgespräch, Jahresfortbildungsplan.
- Nach 30 Tagen: monatlicher Review — was läuft, was stockt, nächste Priorität.

## Anhang A — Bibliographie

Vollständige Quellenangaben aller in Manual 7 zitierten Referenzen [1]–[20]:

- [1] Avery T, Barber N, Ghaleb M, et al. Investigating the prevalence and causes of prescribing errors in general practice: the PRACTICE Study. General Medical Council; 2012.
- [2] KBV. Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten Versorgung. Kassenärztliche Bundesvereinigung; 2023.
- [3] Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q.* 1966;44(3):166–206.
- [4] BfArM. AMTS — Arzneimitteltherapiesicherheit. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte; 2023. verfügbar: [bfarm.de](https://www.bfarm.de)
- [5] O'Mahony D, et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3. *Age Ageing.* 2023;52(4):afad201.
- [6] G-BA. Qualitätsmanagement-Richtlinie. Beschluss 18.01.2024; in Kraft 20.04.2024. Gemeinsamer Bundesausschuss.
- [7] Caspers J, Lux R, Schmiemann G. 17 Jahre jeder-fehler-zaehlt.de: Analyse der Fehlermeldungen. *Z Allg Med.* 2024.
- [8] Triage-Fehleinschätzungsrate in deutschen Hausarztpraxen. Nach: Hausärztliche Praxis Digital / SmED-Sachstandsbericht; 2022.
- [9] NHS England. Safer staffing in general practice: guidance on telephone and online consultations. NHS; 2023.
- [10] Sachstandsbericht SmED — Strukturiertes medizinisches Ersteinschätzungsverfahren für Deutschland. *Notfall Rettungsmed.* 2019;22(8):719–728.
- [11] Bundesärztekammer. (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte. BÄK; 2022.
- [12] PRISCUS 2.0. Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen. BMBF-Forschungsverbund; 2022. verfügbar: [priscus.net](https://www.priscus.net)
- [13] AHRQ. Patient Safety Tools for Primary Care. *Fam Pract Manag.* 2023;30(2):9–17.
- [14] BGH. Urteil zur Beweislast bei fehlender Dokumentation (§630h BGB). *NJW* 2024, 445.
- [15] Verordnung (EU) 2016/679 — Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). Europäisches Parlament und Rat; 2016.
- [16] Angerer P, Gündel H, et al. Burnout-Prävention bei Medizinischen Fachangestellten. HHU Düsseldorf; 2023.
- [17] G-BA. Disease-Management-Programme 2025: Aktualisierte Anforderungen. [g-ba.de](https://www.g-ba.de); 2024.
- [18] Senathirajah Y, Kaufman D, Cato K, et al. AI-Scribes in Primary Care. *J Am Med Inform Assoc.* 2023;30(6):1089–1096.
- [19] IHF / GKV-Spitzenverband. Anforderungen an CIRS in der ambulanten Versorgung. Berlin; 2023.
- [20] Bhatia RS, Shuldiner J, Ivers N, et al. Telemedicine and Virtual Care in Primary Care. *JAMA Netw Open.* 2022;5(9):e2231125.

## Anhang B — Tool-Tabelle (20 digitale Werkzeuge)

Empfohlene digitale Tools für die operative Umsetzung von Manual 7 — mit Abkürzung, Kategorie, Use Case und URL.

Abk.	Tool / Kategorie	Use Case in Manual 7	URL
<b>PVS</b>	Praxisverwaltungssystem (CGM, tomedo, medatixx)	Recall, Dokumentation, Triage, DMP, Abrechnungsvorbereitung	cgm.com · tomedo.de · medatixx.de
<b>JFZ</b>	jeder-fehler-zaehlt.de (CIRS)	Anonymes Fehlermeldesystem speziell für Hausarztpraxen (seit 2004)	jeder-fehler-zaehlt.de
<b>CIRS</b>	CIRSmedical (CIRS-Portal)	Sektorübergreifendes CIRS-Portal mit Benchmarking-Funktion	cirsmedical.de
<b>SmED</b>	Strukturiertes medizinisches Ersteinschätzungsverfahren für Deutschland	IT-gestützte Triage-Unterstützung mit Regelwerk und Fragekatalogen	smed.kbv.de
<b>MFI</b>	medizinio.de Recall-System	Automatischer Patientenkontakt bei fälligen Kontrolluntersuchungen	medizinio.de/blog/recall-system-arztpraxis
<b>Doc</b>	Doctolib / samedì (Terminbuchung)	Online-Terminbuchung mit vorgeschaltetem Triage-Filter	doctolib.de · samedì.de
<b>IFA</b>	ABDATA / IFA (Interaktionsdatenbank)	Arzneimittelinteraktionscheck für Hausarztpraxis	ifaffm.de
<b>AMTSi</b>	ifap Interaktionscheck	Fokussierte Interaktionsprüfung in PVS-Integration	ifap.de
<b>BfArM</b>	BfArM AMTS-Portal	Nationale AMTS-Ressourcen, Rote-Hand-Briefe, Sicherheitsinformationen	bfarm.de/amts
<b>PRISC</b>	PRISCUS 2.0 Liste	Potentiell inadäquate Medikation für Ältere — kostenlose Referenzliste	priscus.net
<b>STOPP</b>	STOPP/START v3 (Bewertungsinstrument)	Systematische Polypharmazie-Prüfung bei Patienten ≥65 J.	ageing.oxfordjournals.org
<b>Orph</b>	Orphanet Deutschland	Seltene Erkrankungen bei atypischen Medikationssituationen	orpha.net
<b>ePA</b>	elektronische Patientenakte (ePA 3.0)	Medikationsplan, Befunde, DMP-Daten — sektorenübergreifend	gematik.de/epa
<b>TI</b>	Telematikinfrastruktur (TI)	KIM-Kommunikation (Befunde, eArztbriefe), eRezept, eAU	gematik.de
<b>KIM</b>	KIM — Kommunikation im Medizinwesen	Sicherer Versand von Laborbefunden, Arztbriefen, CIRS-Protokollen	gematik.de/kim
<b>QM</b>	QM-Pilot (Qualitätsmanagement-Software)	Dokumentenmanagement, SOP-Verwaltung, Auditprotokollierung	qm-pilot.de
<b>AI-S</b>	KI-Scribe / Sprachassistent (z. B. Navida, Abridge)	Automatisierte Konsultationsdokumentation, Entlastung Arzt und MFA	navida.ai · abridge.com

Abk.	Tool / Kategorie	Use Case in Manual 7	URL
<b>DMP</b>	DMP-Software (KV-Schnittstelle)	Disease-Management-Programm-Dokumentation und Recall-Integration	PVS-abhängig; KV-Schnittstelle prüfen
<b>SPOT</b>	Spotkeeper / CIRS-Analyse-Tool	Analyse und Kategorisierung von CIRS-Meldungen für QM-Reports	spotkeeper.de
<b>AUD</b>	Audit-Checkliste (Skill-Pack PDF)	5 Kernprozesse mit Prüfkriterien für Quartals-Mini-Audit	Im Skill-Pack zu Manual 7 (PDF)