

Qualitätsmanagement Innere Medizin (QMI)

Herausgegeben von BDI und KBV

Bearbeitet von
Berndt Birkner, Franziska Diel, Bernhard Gibis, Malte Ludwig, BDI BDI, KBV KBV

1. Auflage 2007. Broschüren im Ordner. 300 S. Spiralbindung

ISBN 978 3 540 29957 8

Format (B x L): 21 x 29,7 cm

[Weitere Fachgebiete > Medizin > Human-Medizin, Gesundheitswesen > Public Health, Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik](#)

Zu [Inhaltsverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei


DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beek-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

Spezieller Teil

5 Internistische Basisversorgung und fachärztliche Versorgung ohne Schwerpunkt

G. von Knoblauch, J. Bruns, C. Sailer, W. von Römer, H.R. Pies



5 Internistische Basisversorgung und fachärztliche Versorgung ohne Schwerpunkt

G. von Knoblauch, J. Bruns, C. Sailer,
W. von Römer, H.R. Pies

EU-Definition

In ihrem Positionspapier zur Zukunft der Inneren Medizin in Europa schreibt die European Federation of Internal Medicine:

»New, expensive, competing methods need to be evaluated scientifically and conflicts of interest avoided; this cannot be done by the promoting specialty itself. The same is true for the establishment of standards and guidelines to be used by generalists, an increasingly important task and research area for internal medicine.« (European Federation of Internal Medicine, ► Kap. 7)

Die Innere Medizin ist das Kerngebiet der Medizin sowohl in der Patientenversorgung als auch in der Forschung und Lehre. Durch das Befassen mit akuten und chronischen Erkrankungen in Diagnostik und Therapie unter Einbeziehung des wissenschaftlichen Fortschritts erweitert sich der Kenntnisstand in der Medizin. Dadurch werden einzelne Gebiete sehr umfangreich und erfordern für spezielle medizinische Versorgung z. T. tieferegreifende, eingehende Kenntnisse für spezielle Fragestellungen, die im Rahmen der internistischen Schwerpunkte beantwortet werden.

Die internistischen Schwerpunkte und andere medizinischen Gebiete haben ihre Wurzel in der Inneren Medizin. Die schwerpunktspezifischen Erkrankungen haben dem menschlichen Organismus entsprechend multiple Wechselbeziehungen, die bei den meisten internistischen Erkrankungen zur Beteiligung mehrerer Organe führen und differentialdiagnostische Überlegung unerlässlich machen. So ist durch die Tätigkeit des Facharztes für Innere Medizin, des »Generalisten«, der eine gute fundierte Kenntnis aller internistischen Erkrankungen besitzen und über die weiterführende Diagnostik und Therapie, soweit er diese nicht selbst beherrscht, informiert sein muss.

Dies spart Ressourcen und gewährleistet eine patientenorientierte Versorgung.

5.1 Definition der internistischen Basisversorgung

Die Innere Medizin befasst sich mit Erkrankungen innerer Organe. Nach der Weiterbildungsordnung umfasst die Innere Medizin

»Prophylaxe, Erkennung, konservative, internistisch-interventionelle und intensivmedizinische Behandlung sowie Rehabilitation der Erkrankungen der Atmungsorgane, des Herzens und Kreislauf, der Verdauungsorgane, der Nieren und ableitenden Harnwege, des Blutes und der blutbildenden Organe und des Lymphsystems, des Stoffwechsels und der inneren Sekretion, der internen allergischen und immunologischen Erkrankungen, der internen Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, der Infektionskrankheiten, der Vergiftungen, einschließlich der für das höhere Lebensalter typischen Erkrankungen sowie Aspekte psychosomatischer Krankheitsbilder und der hausärztlichen Betreuung sowie allgemeine Schmerztherapie des Gebietes.« (Musterweiterbildungsordnung der BAEK 1992, ► Kap. 7)

Die Neufassung der Musterweiterbildungsordnung definiert:

»Das Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin die Vorbeugung, (Früh)erkennung, konservative, interventionelle Behandlung sowie Rehabilitation und Nachsorge der Gesundheitsstörungen und Erkrankungen der Atmungsorgane, des Herzens und Kreislauf, der Verdauungsorgane, der Nieren und ableitenden Harnwege, des Blutes und der blutbildenden Organe, des Gefäßsystems, des Stoffwechsels und der inneren Sekretion, des Immunsystems des Stütz- und Bindegewebes, der Infektionskrankheiten und Vergiftungen sowie der soliden Tumoren und der hämatologischen Neoplasien. Das Gebiet umfasst auch die Gesundheitsförderung und die hausärztliche Betreuung unter Berücksichtigung der somatischen, psychischen und sozialen Wechselwirkungen und die interdisziplinäre Koordination der an der gesundheitlichen Betreuung beteiligten Personen.« (Neue Musterweiterbildungsordnung der BAEK 2006, ► Kap. 7)

In der internistischen Klärung von Erkrankungen und Erkrankungsursachen ist die Differentialdiagnose von zentraler Bedeutung. Ferner gehören zum zentralen Auftrag der Inneren Medizin Beratungen zur Lebensführung, u. a. zur Ernährung, zur körperlichen Aktivität – sei es im Rahmen der Prävention oder in der Führung und dauerhaften Betreuung chronisch Kranker – und die palliativmedizinische Betreuung bei Erkrankungen, bei denen ein kurativer Ansatz nicht mehr möglich ist.

Damit steht die Innere Medizin zentral in der gesamten Medizin und stellt eine Verknüpfung mit allen medizinischen Disziplinen her, soweit internistische Erkrankungen eine Rolle spielen.

Da, wo primäre internistische Erkrankungen im Vordergrund stehen, werden besondere spezielle Fragestellungen, soweit sie nicht in der internistisch-fachärztlichen Versorgung beantwortet werden können, durch die Schwerpunkte versorgt. Dadurch stellt die innere Medizin eine Verknüpfung zwischen allen medizinischen Fachgebieten, allen internistischen Schwerpunkten und allen medizinischen Versorgungsebenen, sowohl der ambulanten (hausärztlich und fachärztlich) als auch der stationären und der rehabilitativen Versorgungsebene dar.

Darüber hinaus ist die Versorgung von internistischen Patienten nur durch eine kooperative Zusammenarbeit mit medizinischen Assistenz- und Pflegeberufen möglich.

Das Qualitätsmanagement in der Inneren Medizin trägt zur Optimierung der Versorgung bei.

5.2 Leistungsspezifikation und Information

Aufgrund der Stellung der Inneren Medizin in der ärztlichen Versorgung suchen die Patienten die internistischen Facharztpraxen in der hausärztlichen Versorgungsebene überwiegend direkt und in der fachärztlichen Versorgungsebene in der Regel durch spezielle Zuweisung auf.

5.2.1 Zugang zur ambulanten internistischen Versorgung und Leistungsspektrum

Da die internistische fachärztliche Medizin in allen Versorgungsebenen zentrale Bedeutung hat, müssen sowohl die Patienten als auch zuweisende Fachgebiete und interdisziplinär kooperierende Gebiete sowie multiprofessionelle Berufe über die Versorgungsleistungen der Praxen informiert sein, damit eine Optimierung der Betreuung und Versorgung geschehen kann.

QEP 1.1.1, Ziel 1 (Kernziel)

Die Patienten werden über das Leistungsspektrum, besondere Serviceangebote und weitere Merkmale der Praxis informiert.

	Nachweise/Indikatoren	Das sollten Sie sich fragen
1.	Das Leistungsspektrum und besondere Serviceangebote der Praxis sind schriftlich dargelegt.	Wo bzw. in welcher Form sind das Leistungsspektrum und besondere Serviceangebote schriftlich beschrieben?
2.	Die Mitarbeiter kennen das Leistungsspektrum und besondere Serviceangebote der Praxis.	Wie sorgen Sie dafür, dass die Mitarbeiter das Leistungsspektrum und besonderen Serviceangebote der Praxis kennen?
3.	Die Patienten werden auf das Leistungsspektrum und besondere Serviceangebote hingewiesen.	Wie informieren Sie neue Patienten über das Leistungsspektrum und besondere Serviceangebote?
4.	Aktuelle schriftliche Informationen zum Leistungsspektrum, besonderen Serviceangeboten und weiteren Merkmalen der Praxis sind den Patienten zugänglich.	Verfügen Sie über eine Praxisbroschüre/Informationsblatt/ Internetseite? Ist/sind diese allen Patienten zugänglich? Wie stellen Sie sicher, dass die angebotenen Informationen aktuell sind?

Auswahl einiger Dokumente/Instrumente:

- Praxishandbuch über das Leistungsspektrum
- Informationsbroschüre
- Praxis-Homepage
- Praxishandbuch
- Fortbildungen für Kollegen/Zuweiser und Patienten
- Teambesprechungen

Empfehlungen zum Vorgehen:

- Je nach Ausrichtung der internistischen Praxis, sowohl bezogen auf die Versorgungsebene als auch aufgrund der speziellen Ausrichtung von diagnosti-

schen und therapeutischen internistischen Tätigkeiten, wird das Kernleistungsangebot festgelegt. Dabei spielen Akuterkrankungen wie auch chronische internistische Krankheiten sowie Beratungs- und präventive Maßnahmen eine Rolle.

- Das Kernleistungsangebot zur Darstellung des Praxischarakters sollte festgelegt werden, alle in der Praxis angebotenen Leistungen, auch Serviceleistungen, sollten aufgeführt sein.
- Machen Sie Ihre Mitarbeiter mit dem vollständigen Spektrum der Leistungen und Serviceangebote vertraut.

- Medien (Print- und Informationstechnologie) sollten zur Information potenzieller Patienten und Kooperationspartner genutzt werden, z. B. durch Informationsbroschüren oder Praxis-Homepage.
- Halten Sie Ihre Informationen auf dem neuesten Stand und machen Sie Ihre Patienten und Zuweiser auf Ihre Internetseite aufmerksam.
- Ein Praxishandbuch über das Leistungsspektrum der Praxis sollte vorliegen und allen Mitarbeitern bekannt sein.
- Führen sie ein Protokoll der Teambesprechungen und Internen Regelungen.
- Führen Sie in Ihrer Praxis in regelmäßigen Abständen Fortbildungen für Ihre Kollegen/Zuweiser und Patienten durch.
- Informationen sollen für alle beteiligten Gruppen, wie Mitarbeiter, Zuweisende und durch Mitbetreuung einbezogene Fachgebiete, Versorgungsebenen und multiprofessionelle Versorgungsberufe, Patienten und deren Angehörige erkennbar sein. Art und Weise der Information und Dokumentation sollen festgelegt und dokumentiert werden.

QMI – Basisversorgung, Ziel 1

Die Patienten und Zuweiser einer internistischen Praxis werden in geeigneter Weise über das Leistungsspektrum, die besonderen Serviceangebote und die weiteren Merkmale der Versorgung durch die internistische Praxis ausreichend informiert.

Wichtige Hinweise

Eine gute Zusammenarbeit basiert auf Kommunikation und Informationen.

Internistische Praxen werden teils durch direkte Inanspruchnahme, teils auf gezielte Zuweisung hin von Patienten in Anspruch genommen. In einer Versorgungsstruktur, die durch unterschiedliche Schwerpunktsetzung und differente Leistungsprofile internistischer Praxen gekennzeichnet ist, sind die Kenntnis des Leistungsspektrums sowie der speziellen Versorgungsleistungen der jeweiligen Praxis von grundsätzlicher Bedeutung. Sowohl Patienten, zuweisenden Kollegen als auch den in die Patientenversorgung eingebundenen Professionen (Pfleger-, Assistenz-, therapeutische Berufe u. a.) muss

ein Wegweiser, der korrekte Versorgung ermöglicht, zur Verfügung gestellt werden. Besondere Beratungs- und Betreuungsleistungen sollen nach außen erkennbar sein.

Qualitätsziele zu erreichen, erfordert Einbindung aller in der Praxis Tätigen. Dies geschieht durch Praxisbesprechungen, Fortbildungen und ggf. Hospitationen. Mit zunehmender Umsetzung spiegelt sich dies im Erfolg der Praxis wider.

➤ Fallbeispiel 1: Diabetesschwerpunktpraxis

Der Internist Dr. A. plant, sein Praxisspektrum mit der zusätzlichen Qualifikation einer Diabetesschwerpunktpraxis zu erweitern. Der Kollege besitzt die Zusatzqualifikation Diabetologie.

Schritte zur Erweiterung des Praxisspektrums

- Festlegung der Notwendigkeiten
- Sind bauliche Voraussetzungen zu schaffen?
- Planung der Einrichtung von Schulungsräumen
- Anschaffung von Schulungsmaterial
- Anschaffung von speziellem Untersuchungsmaterial
- Personalplanung und ggf. Fortbildung
- Definition der Leistungsmerkmale »Diabetologische Schwerpunktpraxis«
- Besprechung, Festlegung und Dokumentation der Beschreibung von Erfordernissen räumlicher und inhaltlicher Bedingungen einer »Diabetologischen Schwerpunktpraxis« unter Berücksichtigung gültiger Empfehlungen und Leitlinien der Fachgesellschaften
- Informationsblatt über die Arbeit und Angebote der »Diabetologischen Schwerpunktpraxis«
- Informationsmaterial auf der Homepage publizieren
- Entwicklung von Informationsflyern
- Information der kooperierenden Kollegen und möglicher neuer Partner sowie in die Behandlung eingebundenen weiteren Professionen
- Planung gemeinsamer Fortbildungen mit kooperierenden Partnern

5.3 Anamnese und Untersuchung

5.3.1 Anamnese

Anamneseerhebung und klinische Befunderstellung sind integrale Bestandteile der internistischen Versorgung und die Grundlage einer dem Krankheits- oder Beschwerdebild angemessenen und rationalen Diagnostik und Therapie. Eine sorgfältig durchgeführte und dokumentierte

Erhebung von Anamnese und klinischem Befund stellt daher ein wichtiges Qualitätsmerkmal der internistischen Versorgung dar.

Die internistische Tätigkeit in allen Versorgungsebenen zeichnet sich insbesondere durch differenzialdiagnostische Überlegungen aus als Voraussetzung für die Weichenstellung zur Diagnostik. Die Versorgungsqualität spiegelt sich in dem Qualitätsmerkmal sorgfältiger Anamnese- und Befunderhebung sowie -dokumentation wider.

QEP 1.2.1, Ziel 1 (Kernziel)

Bei jedem Patienten wird von den Ärzten/... die Anamnese strukturiert erhoben und bei Bedarf aktualisiert.

	Nachweise/Indikatoren	Das sollten Sie sich fragen
1.	Bei neuen Patienten erfolgt eine strukturierte Anamneseerhebung.	Wie erheben Sie die Anamnese Ihrer Patienten?
2.	Erhobene Anamnesen werden in der Patientenakte dokumentiert.	Wie dokumentieren Sie die erhobenen Anamnesen?
3.	Anamnesedaten werden bei Bedarf aktualisiert.	Wie stellen Sie die Aktualisierung der Anamnesedaten sicher?

Auswahl einiger Dokumente/Instrumente:

- Strukturierte Fragebögen
- Dokumentation differentialdiagnostischer Überlegungen
- Anamnesedokumentation
- Patientenakte
- Familienanamnese

Empfehlungen zum Vorgehen:

- Differentialdiagnostische Überlegungen sollten dokumentiert werden.
- Händigen Sie Ihren Patienten strukturierte, ggf. spezialisierte Fragebögen aus, ggf. bereits bei Terminvereinbarung oder bei der Anmeldung zum Erstkontakt, mit der Bitte, diesen bis zum Kontakt mit dem Arzt auszufüllen.
- Bei Folgeuntersuchungen erfolgt eine sorgfältige, umfassende und strukturierte Zwischenanamnese. Achten Sie darauf, dass die Anamnese stetig aktualisiert wird und immer in aktualisierter Form vorliegt.
- Neben der strukturierten allgemeinen Krankheitsanamnese sollte auch eine psychosoziale und berufliche Anamnese erhoben werden.
- Erfassen Sie auch psychosoziale Einflüsse auf Krankheitsentstehung und -verlauf.
- Berücksichtigen Sie dabei die Möglichkeiten des Einflusses beruflicher Tätigkeit auf die Krankheitsentstehung.

- Die Familienanamnese stellt die Grundlage zur Beurteilung einer Häufung familiärer Erkrankungen, Einschätzung erhöhter Risiken und möglicher genetischer Erkrankungen dar. Stellen Sie daher sicher, dass ggf. vorhandene familiäre Risiken erfasst und dokumentiert werden.
- Die Dokumentation der erhobenen Daten erfolgt in der Patientenakte, auf Papier oder elektronisch.
- Dokumentieren Sie die Daten unter Berücksichtigung der erforderlichen Sicherung zur Aufbewahrung entsprechend den gesetzlichen Fristen.

Wichtige Hinweise

Die Anamnese muss beim ersten Kontakt umfassend sein, da sie Grundlage der Entscheidungen für diagnostische und therapeutische Schritte ist. Dazu gehört neben der aktuellen Anamnese auch die allgemeine medizinische Vorgeschichte. Die Familienanamnese hat Bedeutung für Klärung und Differenzierung familiärer und ggf. auch genetischer Belastungen. Besondere Bedeutung kommt dabei der Einschätzung möglicher Regelüberwachung zu, insbesondere bei Kontrollen maligner Erkrankungen in der Nachsorge, Behandlung chronischer Krankheitsverläufe. Hier bietet es sich für spezifische Überlegungen zusätzlich an, die schwerpunktbezogenen Qualitätsziele der Schwerpunkte heranzuziehen.

Zum Erreichen der Qualitätsziele können bei der Anamneseerhebung ggf. Leitlinien und Empfehlungen

■ **Tab. 5.1.** Strukturierter Anamnesefragebogen Synkope

Frage an den Patienten	Ja	Nein	Bemerkungen	Für den Arzt: mögliche Ursache
Tritt die Bewusstlosigkeit nach unerwartet aufgetretenem Schmerz, Angst, Anblick, Geräusch oder Geruch auf?				Vasovagale Synkope
Tritt sie nach längerem Stehen ohne Anspannung auf?				Vasovagale Synkope
Tritt sie während des Wasserlassens, des Stuhlgangs, beim Husten, beim Erbrechen auf?				Situationssynkope
Tritt sie unmittelbar nach dem Aufrichten auf?				Orthostatische Synkope
Tritt sie nach Kopfbewegung oder bei Druck auf den Hals (Rasieren, Waschen) auf?				Karotis-Sinus-Syndrom
Nehmen Sie Herz- oder Blutdruckmedikamente ein? Welche?				Medikamenten-induzierte Synkope
Tritt die Bewusstlosigkeit unmittelbar und ohne Vorboten (wie Hitzegefühl, Übelkeit, Schwindel) auf?				Arrhythmien
Gibt es in Ihrer Familie Fälle von plötzlichem Herztod?				Long-QT-Syndrom, arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie, Brugada-Syndrom
Tritt die Bewusstlosigkeit unter Anstrengung auf?				Aortenstenose, HOCM, PHT, Mitralkstenose, KHK
Tritt die Bewusstlosigkeit bei Kopfschmerzen auf?				Migräne, Krampfleiden
Sind Sie nach dem Bewusstseinsverlust schon einmal nach Angabe von Zeugen über mehrere Minuten nicht orientiert oder verwirrt gewesen?				Krampfleiden
Tritt die Bewusstlosigkeit in Verbindung mit Schwindel, Sprachstörungen, Doppeltsehen auf?				TIA, »subclavian steal«, zerebrale DBS
Tritt die Bewusstlosigkeit bei Armbewegungen auf?				»Subclavian steal«
Sind Sie schon häufig wegen der Bewusstlosigkeiten untersucht worden, ohne dass ein krankhafter Befund erhoben wurde?				Psychiatrische Erkrankung

Nach den aktuellen Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie und den Kommentaren der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie; in Anlehnung an: <http://www.kardiologie-saalkreis.de>.

der einzelnen Fachgesellschaften berücksichtigt werden. Ein Beispiel-Anamnesebogen findet sich in ■ Tab. 5.1. Praxiscomputersysteme bieten z. T. entsprechende Vorlagen an. Ggf. können spezielle Anamneseerhebungsvorschläge zur Eigen- und Familienanamnese aus dem Internet bezogen werden. Daraus können für die eigene Praxis, dem Bedarf entsprechend strukturierte Vorlagen erarbeitet werden. Es ist empfehlenswert, für spezielle Fragestellungen (Hypertonie, Migräne, Gefäßkrankheiten usw.) ggf. standardisierte Anamnesebögen anzufertigen. Diese können in der täglichen Routine die Dokumentation erleichtern und wichtige Zeit einsparen helfen. Man kann hierbei einen analogen Bogen für die Patientenakte benutzen oder mit Hilfe der Praxis-EDV über eine Textbausteinkette oder ein Formular effizient dokumentieren. Es sollte durch eine Interne Regelung

die Art und Weise der Anamnesedokumentation im Praxishandbuch schriftlich erfasst werden.

Vorschläge zur Umsetzung können aus dem QEP-Manual übernommen werden.

Die Anamneseerhebung spielt bereits bei dem Erstkontakt der Patienten, z. B. zur Terminabsprache, eine wichtige Rolle. Deshalb müssen die Praxismitarbeiter in Besprechungen über den Sinn der Anamneseerhebung einbezogen werden. Es empfiehlt sich, ein Fragenkatalog weniger zielgerichteter Fragen zu entwerfen, der regelmäßig aktualisiert wird, damit bereits bei der Anmeldung des Patienten eine zielgerichtete Terminplanung vorgenommen werden kann. In den Praxisbesprechungen soll die Anamneseerhebung entsprechend regelmäßig angesprochen und aktualisiert werden. (Hierzu auch ► Abschn. 5.6).

5.3.2 Untersuchung

QEP 1.2.2, Ziel 1 (Kernziel)

Bei jedem Patienten wird der körperliche und/oder psychische und/oder psychosoziale Status erhoben und bei Bedarf wird dies wiederholt.*

*Anmerkung: Je nach Fachrichtung und Leistungsspektrum gilt hier ein »und/oder«.

	Nachweise/Indikatoren	Das sollten Sie sich fragen
1.	Bei jedem Patienten wird eine strukturierte Erhebung des körperlichen Status vorgenommen.	Wie führen Sie Erst- und Folgeerhebungen des körperlichen Status durch?
2.	Der körperliche Status jedes Patienten ist in der Patientenakte dokumentiert.	Wie dokumentieren Sie die Erhebung des körperlichen Status?
3.	Die Erhebung des körperlichen Status wird bei Bedarf wiederholt.	Wie aktualisieren Sie die Erhebung des körperlichen Status Ihrer Patienten?

QMI – Basisversorgung, Ziel 2

Bei jedem erstmalig in die Praxis kommenden Patienten wird eine umfassende körperliche Untersuchung einschließlich einer neurologischen Basisuntersuchung durchgeführt und dokumentiert. Es werden bei Wiederholungskontakten nach Bedarf die körperlichen Untersuchungen wiederholt. Bei Neuerkrankungen wird je nach Bedarf eine neuerliche Ganzkörperuntersuchung oder eine beschwerdebezogene Organuntersuchung durchgeführt.

Auswahl einiger Dokumente/Instrumente:

- Interne Regelung
- Standardisierte Erhebungs- bzw. Untersuchungsbögen
- Patientenakte

Empfehlungen zum Vorgehen:

- Dokumentieren Sie in einer Internen Regelung, welchen Umfang die Erst- und Folgeuntersuchung eines Patienten haben soll. Dies ist auch für weitere ärztliche Mitarbeiter zur Einarbeitung nützlich. Zur Orientierung für die Struktur und den Umfang kann die Leitlinie Hypertonie unter <http://www.leitlinien.de/clearingverfahren/clearingberichte/hypertonie> dienen.

- Die Verwendung von standardisierten Erhebungs- bzw. Untersuchungsbögen kann hilfreich sein.
- Folgeuntersuchungen wie auch die Erstuntersuchung sind in der analogen oder digitalen Patientenakte zu dokumentieren (EBM-Vorgabe).

Wichtige Hinweise

Die körperliche Untersuchung ist neben der Anamneseerhebung ein zentrales diagnostisches Instrument zur Krankheitserkennung und sollte daher entsprechende Beachtung finden.

Im Sinne eines transparenten, nachvollziehbaren Vorgehens ist eine möglichst strukturierte Dokumentation unerlässlich.

5.4 Diagnostik und Therapie

5.4.1 Diagnostik

QEP 1.2.3, Ziel 1 (Kernziel)

Diagnostische Maßnahmen werden gezielt veranlasst.

	Nachweise/Indikatoren	Das sollten Sie sich fragen
1.	Die Indikation für diagnostische Maßnahmen wird von Ärzten gestellt.	<i>Wer ist für die Indikationsstellung verantwortlich? Wie wird die Indikation gestellt?</i>
2.	Verdachtsdiagnosen/Differentialdiagnosen/ endgültige Diagnosen werden vor Veranlassung weiterführender diagnostischer Leistungen gestellt und in den Patientenakten dokumentiert.	<i>Wie dokumentieren Sie Verdachtsdiagnosen/Differentialdiagnosen/endgültige Diagnosen vor Veranlassung weiterführender diagnostischer Leistungen?</i>
3.	Bei Veranlassung von weiterführenden diagnostischen Maßnahmen ist die Fragestellung formuliert und dokumentiert.	<i>Wie formulieren und dokumentieren Sie konkrete Fragestellungen für weiterführende diagnostische Maßnahmen?</i>
4.	Die Veranlassung diagnostischer Maßnahmen erfolgt unter Beachtung der Notwendigkeit, der Zweckmäßigkeit, des Wirtschaftlichkeitsgebotes sowie der Qualität der erbrachten Leistung.	<i>Inwiefern beachten Sie die Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit bei der Veranlassung diagnostischer Maßnahmen? Wie berücksichtigen Sie die Qualität der erbrachten Leistung?</i>

QMI – Basisversorgung, Ziel 3

Diagnostische Maßnahmen in der internistischen Praxis werden gezielt indikationsbezogen und patientenorientiert veranlasst.

Basisdiagnostik

Die indikationsbezogene Diagnostik soll alters-, geschlechts-, sozial- und kulturspezifische Einflüsse der Krankheitssymptome berücksichtigen und sich an vorhandenen Behandlungspfaden und Leitlinien orientieren.

Soweit es sich hier bei der weiterführenden Diagnostik um spezielle Untersuchungen handelt, für die

bei den Schwerpunkten bereits Ziele festgelegt sind, wird darauf verwiesen.

Praxispezifische Diagnostik

Hier werden die diagnostischen Maßnahmen einbezogen, die für die einzelne Praxis spezifisch sind und die Praxis intern durchgeführt werden.

QEP 1.2.3, Ziel 2 (Kernziel)

Die Durchführung, Auswertung und Interpretation von praxisinternen diagnostischen Maßnahmen erfolgen fachlich korrekt und gewährleisten größtmögliche Sicherheit für die Patienten.

	Nachweise/Indikatoren	Das sollten Sie sich fragen
1.	Für wichtige praxisinterne diagnostische Maßnahmen liegen schriftliche Interne Regelungen mit Ablaufbeschreibung vor und werden angewendet.	<i>Für welche praxisinternen diagnostischen Maßnahmen liegen schriftliche Interne Regelungen mit Ablaufbeschreibungen vor? Wie setzen Sie diese ein?</i>
2.	Die Verantwortlichkeiten für die Durchführung und Auswertung von praxisinternen diagnostischen Leistungen sind festgelegt.	<i>Wie sind die Verantwortlichkeiten für die Durchführung und Auswertung von praxisinternen diagnostischen Leistungen geregelt?</i>
3.	Die Qualifikation der ausführenden oder mitwirkenden Mitglieder des Praxisteam kann nachgewiesen werden.	<i>Wie wird die Qualifikation der ausführenden oder mitwirkenden Mitarbeiter sichergestellt?</i>
4.	Eine angemessene Ausstattung für die Durchführung der praxisinternen diagnostischen Maßnahmen und Leistungen ist vorhanden.	<i>Welche Ausstattung benötigen Sie für die Durchführung der diagnostischen Maßnahmen und Leistungen?</i>

QMI – Basisversorgung, Ziel 4

Die Durchführung, Auswertung und Interpretation der für die internistische Praxis spezifischen diagnostischen Maßnahmen basieren auf den weiterbildungskonformen internistischen Qualifikationen des Arztes. Dies gewährleistet eine patientenorientierte sichere Diagnostik.

Auswahl einiger Dokumente/Instrumente:

- Tabellenflussdiagramme
- Fortbildungsmaßnahmen für Mitarbeiter


Empfehlungen zum Vorgehen:

- Für die Wahl der Ablaufbeschreibungen gibt es vielfache Optionen in Form von z. B. Tabellenflussdiagrammen u. a. Insbesondere geeignet dazu ist die Informationstechnologie.
- Die für bestimmte Abläufe oder Durchführung diagnostischer Maßnahmen verantwortlichen Mitarbeiter werden diesbezüglich qualifiziert.
- Die Struktur- und Prozessqualität der angewandten Stufendiagnostik hängt unmittelbar von den Kompetenzen der Mitarbeiter der Praxis ab. Die Fach-

kompetenz wird durch Fortbildungsmaßnahmen für die Mitarbeiter erhalten und verbessert.

- Bei der Ausstattung soll eine Überprüfung erfolgen, ob abrechnungsrelevante Bedingungen wie z. B. für Leistungskomplexe berücksichtigt sind.

Qualität, Ablauf und Ausstattung entsprechen den Indikatoren der Schwerpunkte der Inneren Medizin. Hierzu wird auf die entsprechenden Kapitel verwiesen.

In  Tab. 5.2 sind die in der internistischen Praxis wichtigen diagnostischen Maßnahmen exemplarisch aufgeführt.

Grundsätzlich kommt jede Diagnostik und Therapie in Frage, denen erworbene Qualifikationen im Rahmen der Weiterbildung und Fortbildung zu Grunde liegen.

■ **Tab. 5.2.** Wichtige diagnostische Maßnahmen (exemplarisch)

Diagnostische Maßnahme	Verantwortlichkeit	Qualifikation
Sonographie, z. B. Abdomen, Schilddrüse, Pleura	Ärztin/Arzt	Geräteeinweisung des Geräteherstellers; Weiterbildung Innere Medizin; KV-Zulassung nach Qualitätsnachweis; Fort-/Weiterbildung zu Gerätefunktion und internistische Krankheitsbilder
Echokardiographie und Farbdopplerechokardiographie	Ärztin/Arzt	Geräteeinweisung des Geräteherstellers; Weiterbildung Innere Medizin; KV-Zulassung nach Qualitätsnachweis und Zulassungsstatus; Fort-/Weiterbildung zu Gerätefunktion und internistische Krankheitsbilder
Direktionale Dopplersonographie mit oder ohne Spektralanalyse	Ärztin/Arzt	Geräteeinweisung des Geräteherstellers; Weiterbildung Innere Medizin; KV-Zulassung nach Qualitätsnachweis und Zulassungsstatus; Fort-/Weiterbildung zu Gerätefunktion und internistische Krankheitsbilder
Farbkodierte Duplexsonographie	Ärztin/Arzt	Geräteeinweisung des Geräteherstellers; Weiterbildung Innere Medizin; KV-Zulassung nach Qualitätsnachweis und Zulassungsstatus; Fort-/Weiterbildung zu Gerätefunktion und angiologischen Krankheitsbildern
EKG	Arzthelfer/in Medizinische(r)/ Fachangestellte(r)	Geräteeinweisung des Geräteherstellers; interne Einweisung durch qualifiziertes Personal; interne oder externe Fort-/Weiterbildung zu Gerätefunktion und kardiologischen Krankheitsbilder
Ergometrie	Ärztin/Arzt Arzthelfer/in Medizinische(r)/ Fachangestellte(r)	Geräteeinweisung des Geräteherstellers; Weiterbildung Innere Medizin; KV-Zulassung nach Qualitätsnachweis und Zulassungsstatus; interne Einweisung durch qualifiziertes Personal; interne oder externe Fort-/Weiterbildung zu Gerätefunktion und kardiologischen/pulmonologischen Krankheitsbildern
Spirometrie	Ärztin/Arzt Arzthelfer/in Medizinische(r)/ Fachangestellte(r)	Geräteeinweisung des Geräteherstellers; interne Einweisung durch qualifiziertes Personal; interne oder externe Fort-/Weiterbildung zu Gerätefunktion und pneumologische Krankheitsbilder
Spiroergometrie	Ärztin/Arzt Arzthelfer/in Medizinische(r)/ Fachangestellte(r)	Geräteeinweisung des Geräteherstellers; Weiterbildung Innere Medizin; KV-Zulassung nach Qualitätsnachweis und Zulassungsstatus; interne Einweisung durch qualifiziertes Personal; interne oder externe Fort-/Weiterbildung zu Gerätefunktion und kardiologischen/pulmonologischen Krankheitsbildern
24-h-Langzeit-EKG und -RR-Messung	Ärztin/Arzt Arzthelfer/in Medizinische(r)/ Fachangestellte(r)	Geräteeinweisung des Geräteherstellers; interne Einweisung durch qualifiziertes Personal; interne oder externe Fort-/Weiterbildung zu Gerätefunktion und kardiologischen Krankheitsbilder
Endoskopie: Bronchioskopie, Gastroskopie, Prokto-/Rektoskopie, Koloskopie, Laparoskopie	Ärztin/Arzt Arzthelfer/in Medizinische(r)/ Fachangestellte(r)	Geräteeinweisung des Geräteherstellers; Weiterbildung Innere Medizin; KV-Zulassung nach Qualitätsnachweis und Zulassungsstatus; interne Einweisung durch qualifiziertes Personal; interne oder externe Fort-/Weiterbildung zu Gerätefunktion und gastroenterologischen Krankheitsbildern
Osteodensitometrie	Ärztin/Arzt Arzthelfer/in Medizinische(r)/ Fachangestellte(r)	Geräteeinweisung des Geräteherstellers; interne Einweisung durch qualifiziertes Personal; interne oder externe Fort-/Weiterbildung zu Gerätefunktion und endokrinologischen Krankheitsbildern
Intensivmedizinische Basisversorgung	Ärztin/Arzt	Geräteeinweisung des Geräteherstellers; Weiterbildung Innere Medizin; KV-Zulassung nach Qualitätsnachweis; Fort-/Weiterbildung zu Gerätefunktion und internistischen Krankheitsbildern
Punktions- und Katheterisierungstechniken einschließlich der Gewinnung von Untersuchungsmaterial	Ärztin/Arzt Arzthelfer/in Medizinische(r)/ Fachangestellte(r)	Geräteeinweisung des Geräteherstellers; Weiterbildung Innere Medizin; KV-Zulassung nach Qualitätsnachweis; Fort-/Weiterbildung zu Gerätefunktion und internistischen Krankheitsbildern

Tab. 5.2. Fortsetzung

Diagnostische Maßnahme	Verantwortlichkeit	Qualifikation
Infusions-, Transfusions- und Blutersatztherapie, enterale und parenterale Ernährung	Ärztin/Arzt Arzthelfer/in Medizinische(r)/ Fachangestellte(r)	Geräteeinweisung des Geräteherstellers; Weiterbildung Innere Medizin; KV-Zulassung nach Qualitätsnachweis; Fort-/Weiterbildung zu Gerätefunktion und internistischen Krankheitsbildern
Röntgen	Ärztin/Arzt Arzthelfer/in Medizinische(r)/ Fachangestellte(r) Röntgenassistent/in	Geräteeinweisung des Geräteherstellers; Weiterbildung Innere Medizin; KV-Zulassung nach Qualitätsnachweis; Fort-/Weiterbildung zu Gerätefunktion und internistischen Krankheitsbildern
Schlafapnoediagnostik und -therapie	Ärztin/Arzt Arzthelfer/in Medizinische(r)/ Fachangestellte(r)	Geräteeinweisung des Geräteherstellers; Weiterbildung Innere Medizin; KV-Zulassung nach Qualitätsnachweis und Zulassungsstatus; interne Einweisung durch qualifiziertes Personal; interne oder externe Fort-/Weiterbildung zu Gerätefunktion und pulmonologischen Krankheitsbildern sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Beispiel für eine praxisinterne Untersuchung Sonographie der Bauchorgane

■ Indikationen

- Die Sonographie der Oberbauchorgane ist eine bei vielfältigen Fragestellungen indizierte Untersuchung. Sie kommt ohne Strahlenbelastung für den Patienten aus.
- Sie lässt sich einsetzen z. B. zum Nachweis oder Ausschluss von:
 - Größenabweichungen und/oder Gewebeveränderungen parenchymatöser Organe
 - Binnenstrukturen/Passagestörungen lumenhaltiger Organe und Gangsysteme
 - Raumforderungen in der Bauchhöhle
 - Veränderungen (Stenosierung, Stauung) an Blutgefäßen

■ Voraussetzungen

- Der zu untersuchende Patient sollte – bis auf Notfälle – nüchtern sein. Ggf. ist die vorherige Einnahme entblähender Medikamente ratsam.

■ Kontraindikationen

- Die Sonographie der Oberbauchorgane ist für den Patienten unschädlich, Nebenwirkungen sind nicht bekannt. Eine Aufklärung vor der Untersuchung ist nicht erforderlich.

Ablaufbeschreibung

1. Der Patient wird nach Indikationsstellung/zum vereinbarten Termin in den Untersuchungsraum

geführt und gebeten, die zu untersuchende Körperregion zu entkleiden und eine für die jeweilige Untersuchung sinnvolle Position einzunehmen. Die Helferin oder der Untersucher ruft den Patienten in der Praxis-EDV auf und gibt seine Daten (z. B. Patienten-Nummer, Name, Geburtsdatum) in das Ultraschallgerät ein. Die Beleuchtung wird zur Untersuchung entsprechend reduziert.

2. Der Untersucher führt die Sonographie durch und dokumentiert (z. B. Ausdruck, Video, Diskette, CD/DVD, Bildverarbeitung in Praxis-EDV) die für die untersuchte Region notwendigen Befunde nach den aktuellen Empfehlungen der zuständigen Fachgesellschaften, ggf. nach der Vorgabe der KV/der geltenden Gebührenordnung.
3. Nach Abschluss der Untersuchung wird der Patient gebeten, sich wieder anzuziehen. Währenddessen erfolgt die schriftliche Befundung durch den Untersucher in die Patientenakte der Praxis-EDV.
4. Im Anschluss werden dem Patienten der Befund und ggf. sich daraus ergebende Konsequenzen erläutert.
5. Die Schallköpfe werden durch eine Helferin oder den Untersucher mit einem sauberen Tuch von den Gel-Resten gesäubert und das Gerät wieder zur Neuaufnahme auf »Patient Neu« umgeschaltet.

QEP 1.2.4, Ziel 1 (Ziel)

Überweisungen und Konsile werden strukturiert veranlasst und dafür notwendige Informationen übermittelt.

	Nachweise/Indikatoren	Das sollten Sie sich fragen
1.	Überweisungen/Konsile werden gezielt veranlasst bzw. angefordert.	<i>Wie werden in Ihrer Praxis Überweisungsaufträge/Konsile veranlasst?</i>
2.	Alle notwendigen Informationen werden bei Überweisungen/Konsilen übermittelt.	<i>Wie stellen Sie sicher, dass der Konsiliar/mit- und weiterbehandelnde Ärzte/Psychotherapeuten alle notwendigen Informationen erhalten?</i>

QMI – Basisversorgung, Ziel 5

Falls zur Vervollständigung der praxisspezifischen Diagnostik erforderlich, werden Überweisungen/Konsile in einer internistischen Praxis gezielt veranlasst und alle vorliegenden Untersuchungsergebnisse und ggf. auch differentialdiagnostische Überlegungen übermittelt.

Auswahl einiger Dokumente/Instrumente:

- Überweisungsaufträge

Empfehlungen zum Vorgehen:

- Überweisungsaufträge können die Anforderung von Auftragsleistungen sowie Konsiliaruntersuchungen, die Mit- und Weiterbehandlung umfassen.
- Konsiliare oder weiterbehandelnde Ärzte sollen alle notwendigen Informationen, wie z. B. Anamnese, wichtige Befunde, Verdachts- bzw. Differentialdiagnosen usw., erhalten.
- Fragestellung und Auftrag sollen eindeutig formuliert sein.

Wichtige Hinweise

Externe Befunde und Konsile beziehen sich auf die Diagnostik, die zur Ergänzung der Praxis internen Untersuchungen notwendigerweise von anderen Fachgebieten oder Schwerpunkten auf dem Wege von Konsilen angefordert oder vorhandene Vorbefunde einbezogen werden.

Das folgende Beispiel illustriert den Fall, dass die möglichen therapeutischen Konsequenzen erfordern, ergänzende externe Diagnostik einzuholen.

Beispiel für eine externe Diagnostik

1. Diagnose einer peripheren arteriellen Verschluss-erkrankung durch praxisinterne Diagnostik (Anamnese, körperliche Untersuchung, CW-Doppler der peripheren Gefäße)
2. Klassifizierung des Schweregrades der Gefäß-erkrankung nach Fontaine
3. Bewertung der Befunde nach den Regeln der evidenzbasierten Medizin:
Stehen Beschwerden und objektivierbare Befunde im Zusammenhang? Ist eine operative oder katheterinterventionelle Verbesserung der Perfusion indiziert und möglich? Stehen Beschwerden des Patienten und Aufwand der Rekanalisation in einem vernünftigen Verhältnis zueinander?
4. Sofern die Bewertung einen Interventionsbedarf nahelegt, Ausschluss von Indikationseinschränkungen

- des jeweiligen Untersuchungsverfahrens.
- Vor Röntgenkontrastmittel (DSA): Nierenfunktion? Schilddrüsenerkrankung? Allergie? Diabetes (Metformin)?
- Vor Kernspinalangiographie: Herzschrittmacher? Klaustrophobie?
5. Terminierung weiterführender Untersuchungen zur Planung des weiteren Vorgehens/des Eingriffs:
 - a) Gefäßdarstellung mittels DSA oder
 - b) MR-Angiographie
 6. Ausstellung des Überweisungsauftrags:
Der Überweisungsauftrag soll neben der Untersuchungsanforderung das bisherige Ergebnis der Diagnostik enthalten, eine präzise Fragestellung formulieren und Angaben in Bezug auf mögliche Kontraindikationen enthalten.

QEP 1.2.4, Ziel 3 (Ziel)

Bei Erkrankungen oder Umständen, die besondere fachliche Anforderungen stellen, werden spezielle Konsile oder Zweitmeinungen eingeholt.

	Nachweise/Indikatoren	Das sollten Sie sich fragen
1.	Es ist geregelt, bei welchen Erkrankungen oder Umständen spezielle Konsile oder Zweitmeinungen eingeholt werden.	Bei welchen Erkrankungen oder Umständen holen Sie spezielle Konsile oder Zweitmeinungen ein?
2.	Die Ärzte/... kennen Spezialisten/Experten für selten in der Praxis vorkommende Diagnosen/Erkrankungen.	Wie finden Sie Spezialisten/Experten für selten in der Praxis vorkommende Diagnosen/Erkrankungen?
3.	In den Patientenakten finden sich Beispiele von Konsilen oder Zweitmeinungen.	Können Sie Beispiele von Konsilen oder Vermittlung von Zweitmeinungen nennen?

QMI – Basisversorgung, Ziel 6

Internisten kennen Spezialisten, die sie bei Bedarf konsiliarisch hinzuziehen können.

Auswahl einiger Dokumente/Instrumente:

- Interne Regelung für Zweitmeinungen
- Expertenkartei

Empfehlungen zum Vorgehen:

- In einer Internen Regelung sollte festgelegt sein, bei welchen Erkrankungen bzw. Erkrankungsverläufen Zweitmeinungen eingeholt werden.
- Für selten vorkommende Erkrankungen sollten Sie eine Kartei oder eine Adressdatei mit Experten anlegen.

Das folgende Beispiel illustriert den Fall, dass nach abgeschlossener Diagnostik die Beurteilung, Planung und Einleitung des weiteren Vorgehens spezialisierter Kompetenz bedarf.

➤ Fallbeispiel 2: spezialisierte Kompetenz

Bei einer Untersuchung wird festgestellt, dass erhöhte Transaminasenwerte vorliegen. Im Rahmen der folgenden weiteren Diagnostik wird die Diagnose einer chronischen Hepatitis C gestellt. Die Therapie einer Hepatitis C soll in einer Spezialpraxis/-ambulanz erfolgen. Ein in Absprache mit der Spezialpraxis vorab erstellter Diagnostikpfad weist weitere ergänzende Untersu-

chungen aus (Genotypisierung, Ausschluss begleitender Infektionen wie HIV) unter gleichzeitiger Berücksichtigung von EBM-Regeln (z. B. Verzicht auf Quantifizierung der Viruslast vor Stellung einer Therapieindikation). Die Untersuchungen werden in Abstimmung mit der Spezialpraxis entweder vor der Überweisung bereits durchgeführt oder nach der Überweisung von dort veranlasst. Terminierung und Ausstellung des Überweisungsauftrags: Der Überweisungsauftrag soll das bisherige Ergebnis der Diagnostik enthalten, eine präzise Fragestellung formulieren und Angaben in Bezug auf mögliche Begleiterkrankungen enthalten, die eine Indikationseinschränkung mit sich bringen (z. B. Psychose in der Anamnese).

Wichtige Hinweise

Die Therapie der Hepatitis C stellt besondere Anforderungen an die Kenntnisse und speziellen Erfahrungen einer internistischen Praxis. Je nach Ausrichtung und Versorgungsschwerpunkt sind diese Fähigkeiten und Qualifikationen gegeben, sodass die Betreuung und Therapieführung in der allgemeininternistischen Praxis verbleiben kann, oder es ist ein Zugriff auf die besondere Kompetenz einer z. B. hepatologisch ausgerichteten Spezialpraxis erforderlich. Für letzteren Fall ist das genannte Vorgehen skizziert.

QEP 1.2.4, Ziel 2 (Ziel)

Externe (Vor-)Befunde werden bei der Beurteilung der aktuellen Gesundheitsstörung berücksichtigt.

	Nachweise/Indikatoren	Das sollten Sie sich fragen
1.	Es gibt eine Interne Regelung, wie das Vorhandensein externer (Vor-)Befunde und Informationen überprüft und diese beschafft werden.	Wie stellen Sie sicher, dass alle relevanten externen (Vor-)Befunde/Unterlagen vorliegen? Wie verfahren Sie, wenn relevante externe (Vor-)Befunde/Informationen fehlen?
2.	Externe (Vor-)Befunde werden den Patientenakten zugeordnet.	Wie ordnen Sie externe (Vor-)Befunde den Patientenakten zu?
3.	Externe (Vor-)Befunde werden berücksichtigt.	Können Sie Beispiele für die Berücksichtigung von externen (Vor-)Befunden nennen?

Ziel ist, unwirtschaftliche und Patienten belastende Doppeluntersuchungen wenn möglich zu vermeiden. Checklisten sind nützlich. Mit deren Hilfe können sich Mitarbeiter bei der Terminvergabe oder beim Erstkontakt orientieren.

Konsiliartätigkeit

Im Folgenden ist der Ablauf einer Konsiliartätigkeit durch Zuweisung von extern beschrieben.

QMI – Basisversorgung, Ziel 7

Erhaltene Überweisungs- und Mitbehandlungsaufträge werden in einer internistischen Praxis fachgerecht ausgeführt. Ein strukturierter Arztbericht inkl. Therapiehinweise wird zeitnah erstellt und versandt.

➤ **Fallbeispiel 3: Erhalt eines Überweisungsauftrages/Konsils zur Abklärung von Herzrhythmusstörungen**

1. Abfrage der Mitarbeiterin bei der Terminvergabe nach aktuellen Vorbefunden
2. Vorgelegte Vorbefunde: Laboruntersuchungen ohne Spezialdiagnostik, Ruhe-EKG, Langzeit-EKG
3. Überprüfung der Strukturqualität der vorgelegten Befunde, soweit möglich
4. Im Falle einer positiven Bewertung, Ergänzung der Diagnostik durch z. B. Ergometrie, (Farbdoppler-) Echokardiographie, ggf. Infektionsdiagnostik usw.
5. Im Falle einer negativen Bewertung (zu alt, nicht ausreichend validierbar usw.) Dokumentation der Begründung in der Patientenakte, Wiederholung der nicht verwertbaren Voruntersuchung, Ergänzung der Diagnostik w. o.

5.4.2 Therapie

Therapieentscheidung

QEP 1.3.1, Ziel 1 (Kernziel)

Die Therapieentscheidung und -planung erfolgen unter Berücksichtigung individueller, medizinischer und wirtschaftlicher Aspekte durch die Ärzte/...

	Nachweise/Indikatoren	Das sollten Sie sich fragen
1.	Individuelle, medizinische/psychotherapeutische und wirtschaftliche Aspekte werden bei der Therapieentscheidung/Therapieplanung berücksichtigt.	Wie gehen Sie bei der Therapieentscheidung/Therapieplanung vor? In welcher Weise berücksichtigen Sie individuelle, medizinische/psychotherapeutische und wirtschaftliche Aspekte bei der Therapieentscheidung/Therapieplanung?
2.	Die Therapieentscheidung/Indikationsstellung und die Therapieplanung sind insbesondere bei komplexen Fällen dokumentiert.	Wie dokumentieren Sie Ihre Therapieentscheidung/Indikationsstellung und Therapieplanung?

QMI – Basisversorgung, Ziel 8

Internistische Therapieentscheidungen und -planungen erfolgen gemeinsam mit den Patienten unter Berücksichtigung individueller, medizinischer und wirtschaftlicher Aspekte. Das Erreichen von Therapiezielen wird regelmäßig überprüft und mit dem Patienten reflektiert.

➤ Fallbeispiel 4: Feststellung eines erhöhten Nüchternblutzuckerwertes bei einem 60-jährigen Mann

Der BMI beträgt 30, es besteht ein mäßiger Nikotinkonsum. In der Familienanamnese ergibt sich eine erhöhte Prävalenz für KHK (Vater, Bruder). Der Blutdruck liegt bei wiederholten Messungen bei 160/100 mmHg. Weitere Erkrankungen liegen nicht vor.

Weitere Untersuchungen führen zu der Diagnose eines Diabetes mellitus Typ II, der HbA1c-Wert beträgt 8,6%, sowie einer arteriellen Hypertonie. Es besteht eine mäßige Hypercholesterinämie mit Erhöhung des LDL auf 175 mg/dl, HDL beträgt 45 mg/dl. Es liegt eine Adipositas vor, als weiterer Risikofaktor besteht ein Nikotinabusus.

Es werden folgende Therapieziele formuliert und dem Patienten erläutert:

1. Senkung des Blutzuckerspiegels auf normnahe Werte
2. Senkung des LDL auf <100 mg/dl
3. Senkung des Blutdrucks auf <130/80 mmHg
4. Senkung des Körpergewichts um zunächst 5% binnen 3 Monaten
5. Aufgabe des Nikotinkonsums

Die Ziele 1, 2 und 4 werden zunächst gemeinsam angegangen, indem eine Ernährungsgruppenschulung durchgeführt wird, in deren Zentrum Kalorieneinsparung durch Bevorzugung pflanzlicher Kost sowie den Verzicht auf kalorienreiche Nahrungsmittel allgemein und tierischer Fette und kurzkettiger Kohlenhydrate im besonderen steht.

Zur Erreichung des Zieles 5 werden nach mündlicher Aufklärung über die Risiken des Nikotinkonsums insbesondere vor dem Hintergrund der bestehenden Erkrankungen und des übrigen Risikoprofils Informationsbroschüren zum Thema Nikotinverzicht ausgehändigt und ein Termin für die Diskussion der Materialien vereinbart. Auf eine medikamentöse Therapie des Hypertonus (Ziel 3) wird zunächst verzichtet. Es soll zunächst abgewartet werden, ob bzw. inwieweit eine Absenkung des Blutdrucks durch die angestrebte Gewichtsreduktion gelingt. Nach 3 Monaten erfolgt eine Reevaluation der Befunde. Sofern die nichtmedikamentösen Maßnahmen keinen ausreichenden Effekt gehabt haben, erfolgt nunmehr eine Blutdruckschulung, ggf. zeitgleich die Einleitung einer blutdrucksenkenden Therapie. Ggf. kommen nunmehr außerdem medikamentöse Therapien des Diabetes und der Fettstoffwechselstörung in Betracht.

Arzneimitteltherapie

QEP 1.3.2, Ziel 1 (Kernziel)

Die Verordnung von Arzneimitteln, Verbandstoffen, Heil- und Hilfsmitteln erfolgt sicher und unter Beachtung aller relevanten medizinischen Informationen über den Patienten.

	Nachweise/Indikatoren	Das sollten Sie sich fragen
1.	Individuelle Besonderheiten der Patienten werden bei der Verordnung berücksichtigt und dokumentiert.	<i>Wie berücksichtigen/dokumentieren Sie individuelle Besonderheiten von Patienten bei der Verordnung von Medikamenten?</i>
2.	Rezepte werden vor der Unterschrift von den Ärzten/... kontrolliert.	<i>Wie kontrollieren Sie, dass die Rezepte die korrekten Angaben enthalten?</i>
3.	Rezeptierungsfehler werden erfasst, analysiert und ggf. Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet.	<i>Wie erfassen und werten Sie Rezeptierungsfehler aus? Wie reagieren Sie darauf?</i>

QEP 1.3.2, Ziel 2 (Kernziel)

Bei der Verordnung von Arzneimitteln, Verbandstoffen, Heil- und Hilfsmitteln werden die Patienten eindeutig über die Einnahme bzw. Anwendung und Einschränkungen informiert.

	Nachweise/Indikatoren	Das sollten Sie sich fragen
1.	Es gibt eine Interne Regelung, wie Patienten eindeutige Informationen über die Einnahme bzw. Anwendung und Einschränkungen bei Verordnung von Arzneimitteln, Verbandstoffen, Heil- und Hilfsmitteln erhalten.	<i>Wie informieren Sie Ihre Patienten über die Einnahme bzw. Anwendung und den Nutzen von Arzneimitteln und Verbandstoffen?</i>
2.	Die Vorgaben zur Einnahme, Anwendung bzw. Einschränkungen sind dokumentiert.	<i>Wie dokumentieren Sie Vorgaben zur Einnahme, Anwendung bzw. Einschränkungen bei Verordnungen?</i>

QMI – Basisversorgung, Ziel 9

Die internistische Arzneimitteltherapie erfolgt sicher und unter Beachtung aller relevanten medizinischen Informationen über die Patienten, die eindeutig über Einnahme und Einschränkungen informiert werden.

Wichtige Hinweise

Anleitung und Information in für den Patienten verständlicher Form sind erforderlich. Mögliche unerwünschte Wirkungen der Therapie sollten zur Spra-

che kommen. Die Anwendung von Hilfsmitteln wird häufig von den Sanitätshäusern erläutert, mit denen diesbezüglich entsprechende Koordination abzustimmen ist.

QEP 1.3.2, Ziel 3 (Ziel)

Die Einnahme bzw. Anwendung von Arzneimitteln, Verbandstoffen, Heil- und Hilfsmitteln und deren Wirkungen werden beobachtet. Nebenwirkungen sowie unerwünschte Arzneimittelwirkungen werden dokumentiert und ggf. gemeldet.

	Nachweise/Indikatoren	Das sollten Sie sich fragen
1.	Die Einnahme bzw. Anwendung von Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmittel wird beobachtet.	<i>Wie beobachten Sie die Einnahme bzw. Anwendung von Arzneimitteln und Heil- und Hilfsmitteln?</i>
2.	Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten werden erfasst.	<i>Wie erheben und erfassen Sie Medikamentenwirkungen?</i>
3.	Unerwünschte Arzneimittelwirkungen werden erfasst und gemeldet.	<i>Wie erfassen und melden Sie unerwünschte Arzneimittelwirkungen?</i>
4.	Die Rückmeldung von Erbringern externer Therapieleistungen wird in die weitere Therapieplanung aufgenommen.	<i>Wie berücksichtigen Sie die Rückmeldungen der Erbringer externer Therapieleistungen bei der weiteren Therapieplanung?</i>
5.	Die Wirkung bzw. der Nutzen der verordneten Heil- und Hilfsmittel wird erfasst.	<i>Wie erfassen Sie die Wirkung bzw. den Nutzen der verordneten Heil- und Hilfsmittel?</i>

Wichtige Hinweise

Auf der Homepage der Arzneimittelkommission (<http://www.akdae.de>) stehen Meldebögen für unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) zum Download bereit. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) unterliegen grundsätzlich der Meldepflicht.

Bei der Rückmeldung von externen Leistungserbringern (z. B. bei Konsilanforderungen) sollte darauf geachtet werden, dass die Wirkungen hinsichtlich des auslösenden Beschwerdebildes erfasst werden.

QEP 1.3.2, Ziel 4 (Ziel)		
Die Vorhaltung und Verordnung von Arzneimitteln und Verbandstoffen erfolgen unter Beachtung der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und des Wirtschaftlichkeitsgebotes.		

	Nachweise/Indikatoren	Das sollten Sie sich fragen
1.	Eine Auswahl an Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln und Verbandstoffen für den Sprechstundenbedarf unter Beachtung der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und des Wirtschaftlichkeitsgebotes ist vorhanden.	<i>Welche Auswahl an Arzneimitteln und Verbandstoffen für den internen Gebrauch halten Sie vor? Wie haben Sie diese Auswahl getroffen?</i>
2.	Es existiert eine Auswahl an Arzneimitteln und Verbandstoffen, die unter Beachtung der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und des Wirtschaftlichkeitsgebotes vorrangig verordnet werden.	<i>Wie treffen Sie die Auswahl bei der Verordnung von Arzneimitteln und Verbandstoffen?</i>
3.	Die Auswahl wird regelmäßig und bei Bedarf aktualisiert.	<i>In welchen Abständen und wie aktualisieren Sie die Liste?</i>
4.	Die Verordnungen von Arzneimitteln und Verbandstoffen werden ausgewertet.	<i>Wie informieren Sie sich über die Häufigkeitsverteilung und die Kosten Ihrer Arzneimittel- und Verbandstoffverordnungen?</i>

Die Arzneimittelrichtlinie regelt die Verordnung von Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln (**QEP-Ziel 1.3.2, Ziel 4** wurde daher um den Zusatz »Heil und Hilfsmittel« erweitert). Bei Arzneimitteln für den praxisinternen Gebrauch (PC) steht z. B. die Sprechstundenbedarfsverteilung der regionalen KV zu Verfügung.

Zudem kann es hilfreich sein, Listen mit vorrangig zu verordnenden Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln zu erstellen. Insbesondere bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung durch Preislisten helfen PC-gestützte Programme. Auf die Produktneutralität sollte dabei geachtet werden.

QEP 1.3.3, Ziel 1 (Kernziel)

Für die in der Praxis durchgeführten therapeutischen Leistungen und Eingriffe ist das Praxisteam qualifiziert und die notwendige Ausstattung vorhanden.*

**Anmerkung: Zu den therapeutischen Leistungen werden hier auch invasiv-diagnostische Leistungen gezählt. Die aufgeführten Qualitätsziele können bei Bedarf je Fachrichtung um spezifische Ziele ergänzt werden.*

	Nachweise/Indikatoren	Das sollten Sie sich fragen
1.	Die Verantwortlichkeiten für die Durchführung von therapeutischen Leistungen sind schriftlich festgelegt.	Wie sind die Verantwortlichkeiten für die Durchführung von therapeutischen Leistungen in der Praxis geregelt?
2.	Die Qualifikation der ausführenden oder mitwirkenden Mitarbeiter des Praxisteams kann nachgewiesen werden.	Wie wird die Qualifikation der ausführenden oder mitwirkenden Mitarbeiter sichergestellt?
3.	Eine angemessene Ausstattung ist vorhanden.	Welche Ausstattung benötigen Sie für die Durchführung der therapeutischen Maßnahmen?

Bei eigenständigen Leistungen und Eingriffen gilt der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung. Daran, wie komplex eine durchzuführende therapeutische Leistung ist, orientieren sich Delegationsfähigkeit und Überwachungspflicht. In Bezug auf die Delegationsfähigkeit ist zu beachten, dass ausschließlich delegationsfähige Leistungen auch delegiert werden dürfen. Nachweis für die jeweilige Qualifikation der Mitarbeiter sind sowohl umgesetzte Einarbeitungskonzepte als auch eine Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen, die regelmäßig überprüft und das erworbene Wissen aufgefrischt werden müssen.

5.5 Entscheidungsfindung und Schnittstellenmanagement

Entscheidungen zu Diagnostik und Therapie sollen medizinisch wissenschaftlich begründet sein unter pa-

tientenorientierten und krankheitsbezogenen Gesichtspunkten und sich an vorhandenen Behandlungspfaden, Leitlinien und evidenzbasierter Medizin orientieren. Dabei soll die individuelle Entwicklung und Situation der Patienten immer mit berücksichtigt werden.

Besondere Bedeutung kommt dabei der Mitwirkung der Patienten zu. Es sollen in der Praxis alle Möglichkeiten ausgeschöpft werden, die die Bereitschaft der Patienten zur Mitwirkung fördern.

Kooperation und Koordination helfen durch die Anwendung standardisierter möglichst evidenzbasierter Leitlinien eine patientenorientierte und weitgehend sichere Versorgung.

Die Kenntnis und Beschreibung praxisinterner und externer Schnittstellen erleichtert Arbeitsabläufe und führt zur Optimierung der Ressourcennutzung. Deshalb sollen die Schnittstellen benannt und dokumentiert werden.

5.5.1 Entscheidungsfindung

QEP 1.3.4, Ziel 2 (Kernziel)

Die Patientenversorgung orientiert sich an aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen, Leitlinien und den Prinzipien der evidenzbasierten Medizin.

	Nachweise/Indikatoren	Das sollten Sie sich fragen
1.	Die Ärzte/... kennen Informationsquellen für evidenzbasierte Leitlinien aus ihrem Fachgebiet.	<i>Wie und wo informieren Sie sich über evidenzbasierte Leitlinien aus Ihrem Fachgebiet?</i>
2.	Die Ärzte/... berücksichtigen bei der Patientenversorgung den aktuellen Stand der Wissenschaft.	<i>In welcher Weise fließen aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse in Ihre Patientenversorgung ein?</i>
3.	Die Ärzte/... nutzen die Prinzipien der evidenzbasierten Medizin, Leitlinien oder Empfehlungen der Fachgesellschaften.	<i>In welcher Weise und für welche Erkrankungen nutzen Sie Leitlinien, die Prinzipien der evidenzbasierten Medizin oder Empfehlungen der Fachgesellschaften für die Patientenversorgung?</i>

QMI – Basisversorgung, Ziel 10

Die medizinische Versorgung, diagnostische und therapeutische Entscheidungen einschließlich des Schnittstellenmanagements internistischer Patienten, insbesondere die Erbringung internistischer und therapeutischer Maßnahmen, orientieren sich an aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und soweit bereits vorliegend an Leitlinien und Erkenntnissen der evidenzbasierten Medizin.

Auswahl einiger Dokumente/Instrumente:

- Interne Regelung zur Entscheidungsfindung
- Ablaufbeschreibungen
- Patientenakte
- Behandlungspfade, Leitlinien

Empfehlungen zum Vorgehen:

- In der internistischen Praxis sollte die Beschreibung eines strukturierten praxisspezifischen Verfahrens zur Entscheidungsfindung vorliegen.
- Nutzen Sie dokumentierte und strukturierte Verfahren zur Entscheidungsfindung, um so Indikationsstellungen zur Diagnostik und Therapie nachvollziehbar zu machen.
- Es sollen Ablaufbeschreibungen erstellt, dokumentiert und angewendet werden.
- Für häufige in der Praxis vorkommende Krankheitsbilder dienen entsprechende Behandlungspfade bzw. Leitlinien.
- Entscheidungen über Diagnostik und Therapie sollten immer transparent sein. Die Patientenakte muss so geführt sein, dass aus den dort dokumentierten Daten alle Überlegungen und Entscheidungen in Diagnostik und Therapie verständlich hervorgehen.

- Patientendaten sollten regelmäßig aktualisiert und ergänzt werden.
- Die Entscheidungsfindung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen ist krankheitsbezogen und patientenorientiert. Es empfiehlt sich daher, Patienten in die Entscheidungsfindung für Diagnose- und Behandlungsschritte einzubeziehen.
- Gerade die in der internistischen Praxis häufig vorkommende Multimorbidität sollte berücksichtigt werden.
- Auch Angehörige sollten, soweit von Patienten gewünscht, in den Entscheidungsprozess bzw. in Überlegungen und Vorgehensweise bei Diagnostik und Therapie eingebunden werden.

Wichtige Hinweise

Der Gebrauch von Behandlungspfaden erleichtert durch Strukturierung eine sichere Patientenversorgung. Behandlungspfade umfassen als Ablaufbeschreibung von konkreten Versorgungsleistungen auch organisatorische und praxisspezifische Aspekte im Unterschied zu den von medizinischen Fachgesellschaften erstellten Leitlinien. Die Darstellungsform für die Interne Regelung kann u. a. in Form von Flussdiagrammen/Flowchart, Checklisten oder Tabellen erfolgen.

Soweit Leitlinien vorliegen, ist es möglich, individuell für die einzelne Praxis und das Bedürfnis der dort behandelten Patienten Behandlungspfade zu entwickeln. Die Behandlungspfade beschreiben individualisierte Versorgungsprozesse einer internistischen Praxis oder der internistischen Abteilung einer Klinik. Behandlungspfade, die sich aus Leitlinien, Literatur und praxisspezifischer Erfahrung entwickeln und formulieren lassen, müssen mit allen Mitarbeitern kommuniziert werden und im Rahmen der Notwendigkeit betroffenen Patienten bekannt gemacht werden.

Durch das heute sehr leicht zugängliche und ausge dehnte Informationsangebot, insbesondere auch durch die neue Informationstechnologie, sind Patienten häufig vorinformiert. Es obliegt dem behandelnden Arzt, im Rahmen auch der Erhaltung einer vertrauensvollen patientenorientierten Zusammenarbeit, die Verständlichkeit und Transparenz der ärztlichen Entscheidungen herzustellen. Informationen und Gespräche dienen u. a. dazu, dass die von dem Patienten extern gewonnenen Informationen richtig eingeordnet werden können.

5.5.2 Schnittstellenmanagement

QEP 1.3.4, Ziel 1 (Kernziel)

Die Behandlung häufiger oder schwerer Erkrankungen bzw. die Erbringung von häufigen Leistungen orientiert sich an praxisinternen Behandlungspfaden.

	Nachweise/Indikatoren	Das sollten Sie sich fragen
1.	Für mind. 5 in der Praxis häufig auftretende oder schwere Erkrankungen/Beschwerdebildern/Leistungen sind Behandlungspfade mit Ablaufbeschreibung dokumentiert.	<i>Für welche Erkrankungen/Beschwerdebildern/Leistungen haben Sie für Ihre Praxis interne Behandlungspfade dokumentiert? Wie haben Sie diese entwickelt?</i>
2.	Behandlungspfade werden in der Patientenversorgung angewandt.	<i>Wie nutzen Sie Behandlungspfade in der Patientenversorgung?</i>
3.	Das Praxisteam kennt die jeweils relevanten Anteile der Behandlungspfade.	<i>Wie stellen Sie sicher, dass jedes Mitglied des Praxisteams die für das jeweilige Aufgaben- und Verantwortlichkeitsgebiet relevanten Anteile kennt?</i>

QMI – Basisversorgung, Ziel 11

In einer internistischen Praxis wird die Kommunikation der Schnittstellenbeteiligten sowohl intern als auch extern durch Schnittstellenbeschreibungen verbessert. Dadurch wird eine patientenorientierte Behandlung gesichert.

Wichtige Hinweise

Die Versorgung internistischer Patienten, insbesondere im Rahmen der Information, Entscheidungsfindung und Behandlung, soll in einem Schnittstellenmanagement beschrieben werden, um eine patientenorientierte optimierte Patientenbetreuung zu gewährleisten.

Erforderlich ist eine Beschreibung von Schnittstellen zwischen Primärversorgung, kooperierenden Schwerpunkten, nichtinternistischen Fachärzten und der stationären Versorgungsebene.

Es müssen auch die Kommunikationspfade beschrieben werden. Außerdem sind neue Versorgungs-

formen einzubeziehen, wie Integrierte Versorgungsverträge (IV), sonstige Anbieter medizinischer Leistungen, Ambulante Operateure, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sowie alle in der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen. Eine pragmatische Anpassung der Praxisstruktur ist erforderlich. Erleichterung bei der Umsetzung bringt die Nutzung einrichtungsinternen Qualitätsmanagements.

Behandlungspfade sollen u. a. auch beispielsweise praxisinterne und externe Schnittstellen dokumentieren. Es sollen praxisinterne und externe Schnittstellen definiert, beschrieben und dokumentiert werden. Al-

len Beteiligten sind die Schnittstellen zu kommunizieren.

Eine sichere Patientenversorgung erfordert eine eindeutige Kommunikation der Mitarbeiter untereinander, innerhalb der Praxis einerseits und andererseits zwischen der Praxis und, soweit dies zur Absicherung der Versorgung von Patienten erforderlich ist, externen Mitversorgen (z. B. Überweisungsempfänger, Überweiser, medizinische Assistenzberufe, stationäre Einrichtungen).

Schnittstellenbeschreibung verbessert die Kommunikation der Schnittstellenbeteiligten sowohl intern als auch extern und sichert so eine patientenorientierte Behandlung.

Interner/externer Behandlungspfad mit Schnittstellenmanagement (Beispiel: Typ-2-Diabetes)

Eingangsdiagnose

Diagnosestellung eines Diabetes mellitus gemäß Definition der WHO (Nüchtern-Glukose im Plasma (i. P.) bei mindestens 2-maliger Messung $\geq 7,0$ mmol/l (≥ 126 mg/dl) oder Nicht-Nüchtern-Glukose i. P. $\geq 11,1$ mmol/l (≥ 200 mg/dl)). Bei verdächtigem klinischem Bild und widersprüchlichen Messergebnissen wird ein oraler Glukosetoleranztest durchgeführt. Koordination der Versorgungsebenen und Behandlungspfade/Schnittstellen:

- Die Betreuung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 erfordert die Zusammenarbeit aller Sektoren (ambulant, stationär) und Einrichtungen.
- Eine qualifizierte Behandlung muss über die gesamte Versorgungskette gewährleistet sein.
- Die *Langzeitbetreuung* der Patienten und deren Dokumentation erfolgt durch den Hausarzt.
- Bei Vorliegen definierter Indikatoren erfolgt unter Berücksichtigung der individuellen Situation des Patienten und der spezifischen Diagnose- und Therapiemöglichkeiten der Praxis ggf. die Überweisung des Patienten zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung und/oder zu einem Internisten oder Diabetologen.

Therapie/primäre Versorgungsebene

Therapieziele

- Allgemeine Therapieziele:
 - Erhöhung der Lebenserwartung
 - Erhaltung oder Verbesserung der von einem Diabetes mellitus beeinträchtigten Lebensqualität
 - Reduktion des erhöhten Risikos für kardiale, zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathische Morbidität und Mortalität

- Vermeidung der mikrovaskulären Folgekomplikationen (insbesondere Retinopathie mit schwerer Sehbehinderung oder Erblindung, Niereninsuffizienz mit der Notwendigkeit einer Nierenersatztherapie)
- Vermeidung des diabetischen Fußsyndroms mit neuro-, angio- und/oder osteoarthropathischen Läsionen und von Amputationen
- Individualisierte Therapieziele:
 - Auf der Basis der allgemeinen Therapieziele und unter Berücksichtigung des individuellen Risikos sind gemeinsam mit dem Patienten individuelle Therapieziele festzulegen und eine differenzierte Therapieplanung vorzunehmen.

Basistherapie

- Ernährungsberatung, z. B. im Rahmen eines strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogramms.
- Bei Rauchern Beratung über die besonderen Risiken des Rauchens für Diabetiker, verbunden mit der dringenden Empfehlung, das Rauchen aufzugeben.
- Motivation, das erwünschte positive Bewegungsverhalten eigenverantwortlich und nachhaltig in den persönlichen Lebensstil zu integrieren.
- Anleitung zur Durchführung einer dem Therapieregime angemessenen Stoffwechselselbstkontrolle.

Blutglukosesenkende Therapie

- Orale Antidiabetika und/oder
- Insulin

Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen

- Antihypertensive Therapie
- Statintherapie
- Thrombozytenaggregationshemmer

Grundlagen

In ■ Tab. 5.3 sind die Grundlagen für Diabetes mellitus Typ 2 aufgeführt.

Gesamtrisiko

In ■ Tab. 5.4 ist das makrovaskuläre Gesamtrisiko für Diabetiker mit arterieller Hypertonie mit/ohne manifeste assoziierte Erkrankung abgebildet.

Kommentar

Anhand der Risikogruppe lässt sich die ungefähre Wahrscheinlichkeit (das absolute Risiko, AR), innerhalb eines Zeitraumes von 10 Jahren einen Schlaganfall oder einen Myokardinfarkt zu erleiden, ermitteln. **Absolutes Risiko**, innerhalb von 10 Jahren einen Schlaganfall

■ Tab. 5.3. Grundlagen für Diabetes mellitus Typ 2

Makro- und mikrovaskuläres Gesamtrisiko	Typ-2-Diabetiker haben besonders bei Hypertonie, Dyslipoproteinämie und/oder Manifestation kardialer, zerebrovaskulärer, vaskulärer, renaler und/oder retinaler Erkrankungen ein deutlich erhöhtes Morbiditäts- und Letalitätsrisiko. Es ist deshalb jährlich (bei pathologischen Befunden häufiger) auf das vaskuläre Risiko zu untersuchen (Hypertonie, Mikroalbuminurie und Lipide, EKG und Gefäßstatus)
Nierenkomplikationen	Bei allen Diabetikern sollen bei Erstdiagnose und dann jährlich die Urin-Albumin-Ausscheidung und das Serumkreatinin gemessen werden; bei pathologischen Werten zur Therapiekontrolle häufiger
Augenkomplikationen	Alle Diabetiker sollen systematisch auf diabetische Augenkomplikationen untersucht werden. Patienten mit Typ-2-Diabetes sollen ab dem Zeitpunkt der Erstdiagnose mindestens 1-mal/Jahr untersucht werden
Neuropathie	Alle Diabetiker sollen jährlich auf das Vorliegen einer Neuropathie untersucht werden
Diabetisches Fußsyndrom	Alle Diabetiker sollen regelmäßig auf Fußkomplikationen untersucht werden
Depression	Alle Diabetiker sollen auf das Vorliegen einer Depression untersucht werden und ggf. eine entsprechende Therapie erhalten

Auszug der Nationalen Versorgungs-Leitlinie Diabetes mellitus Typ 2, 2002.

■ Tab. 5.4. Makrovaskuläres Gesamtrisiko für Diabetiker mit arterieller Hypertonie mit/ohne manifeste assoziierte Erkrankung

Manifeste assoziierte Erkrankungen	Blutdruck (mmHg)		
	140–159 systolisch oder 90–99 diastolisch	160–179 systolisch oder 100–110 diastolisch	>180 systolisch oder >110 diastolisch
Nein	Hohes Risiko	Hohes Risiko	Sehr hohes Risiko
Ja	Sehr hohes Risiko	Sehr hohes Risiko	Sehr hohes Risiko

oder Myokardinfarkt zu erleiden, gilt für Patienten mit einem **systolischen Blutdruck unter 140 mmHg**. Hier kann ein 10-Jahres-Risiko unter 20% angenommen werden. Zur **Reduktion des Risikos** für einen Schlaganfall bei Typ-2-Diabetes stehen die Senkung erhöhter Blutdruckwerte und die Antikoagulation bei Vorhofflimmern zur Verfügung. Das makro-/mikrovaskuläre Risiko ist bei Patienten mit persistierender Mikro-/Makroalbuminurie besonders hoch. Ähnliche epidemiologische Zusammenhänge bestehen für die Qualität der Diabetes-Einstellung, die Dyslipoproteinämie und Rauchgewohnheiten (Quelle: Nationale Versorgungs-Leitlinie Diabetes 2002, Kurzfassung).

Therapie/sekundäre Versorgungsebene/Schnittstellendefinition

Einschaltung der sekundären Versorgungsebene bei (■ Tab. 5.5):

- Auftreten von Komplikationen
- Nichterreichen der Therapieziele während eines definierten Zeitraums
- Schwangerschaft

Therapie/tertiäre Versorgungsebene

Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung

Indikationen:

- Notfälle
- Bedrohliche Stoffwechselstörungen/-entgleisungen
- Verdacht auf *infizierten* diabetischen Fuß neuropathischer oder angiopathischer Genese oder akute neuroosteopathische Fußkomplikationen
- Ggf. Mitbehandlung von Begleit- und Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus Typ 2

Veranlassung einer Rehabilitationsleistung

Indikation:

Wenn der Patient mit Diabetes mellitus Typ 2 von einer Rehabilitationsleistung profitieren kann, insbesondere, um die Erwerbsfähigkeit, die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe des Patienten am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen durch den Diabetes mellitus Typ 2 und/oder seine Begleit- und Folgeerkrankungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.

Tab. 5.5. Einschaltung der sekundären Versorgungsebene bei Diabetes mellitus Typ 2

Kriterium/Indikator	Schnittstelle
Primärebene: Basistherapie, blutglukose- sowie blutdrucksenkende Therapie. Wenn keine normnahe Blutzucker- und Blutdruckeinstellung während eines definierten Zeitraums (z. B. 6 Monate) zu erreichen war	→ Schnittstelle: Internist oder Diabetologe
Primärebene: Kontrolle von Kreatinin und GFR sowie Urinalbumin mindestens 1-mal/Jahr; bei Hinweisen auf progrediente Nierenfunktionsstörung (unabhängig von der Ursache) (z. B. GFR unter 40 ml/min)	→ Schnittstelle: Internist oder Nephrologe
Zur Früherkennung: mindestens 1-mal/Jahr ophthalmologische Netzhautuntersuchung. Bei Vorliegen diabetesassoziierter Augenkomplikationen	→ Schnittstelle: Augenarzt
Primärebene: Kontrolle der Sensibilität mit geeigneten Untersuchungsmitteln mindestens 1-mal/Jahr. Bei Vorliegen einer diabetischen Neuropathie	→ Schnittstelle: Internist oder Diabetologe
Untersuchung der Füße mindestens 1-mal/Jahr. Bei Hinweisen auf das Vorliegen eines diabetischen Fußsyndroms (nach der Wagner-Armstrong-Klassifikation, mit Epithelläsion, Verdacht auf bzw. manifesten Weichteil- oder Knocheninfektion bzw. Verdacht auf Osteoarthropathie)	→ Schnittstelle: Für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifizierte Einrichtung
Bei psychischer, psychosomatischer und psychosozialer Beeinträchtigung	→ Schnittstelle: Psychotherapie/Psychiatrie
Schwangerschaft	→ Schnittstelle: Internist oder Diabetologe

5.5.3 Befundübermittlung

QEP 1.5.3, Ziel 1 (Kernziel)

In der Kommunikation mit den anderen Einrichtungen bzw. Anbietern des Gesundheits- und Sozialwesens werden alle relevanten Daten und Informationen unter Berücksichtigung der Schweigepflicht sorgfältig und zeitnah übermittelt.

	Nachweise/Indikatoren	Das sollten Sie sich fragen
1.	Es gibt eine Interne Regelung, wie sichergestellt wird, dass Überweisungen und Einweisungsformulare gut lesbar sind und die erforderlichen medizinischen Informationen bzw. Fragestellungen enthalten.	<i>Wie ist in Ihrer Praxis die Übermittlung notwendiger Informationen bei Über- und Einweisungen geregelt? Wie stellen Sie eine gute Lesbarkeit sicher?</i>
2.	Relevante (Vor-) Befunde werden mitgegeben oder zeitnah übermittelt.	<i>Wie stellen Sie sicher, dass Befunde oder Informationen zeitnah übermittelt werden?</i>
3.	Befunde oder Informationen zu angeforderten Leistungen werden zeitnah übermittelt.	<i>Wie stellen Sie sicher, dass Befunde oder Informationen zu angeforderten Leistungen zeitnah übermittelt werden?</i>
4.	Bei komplexen und/oder schwierigen Fällen erfolgt eine Kontaktaufnahme bzw. Fallbesprechung.	<i>Nehmen Sie in Einzelfällen bei Über- und/oder Einweisungen Kontakt zu den ärztlichen/psychotherapeutischen Kollegen auf?</i>

QMI – Basisversorgung, Ziel 12

In internistischen Praxen wird durch zeitgerechte Befundübermittlung in angemessener Form die notwendige ambulante, stationäre oder rehabilitative Weiterversorgung gewährleistet. Über die Maßnahmen des Schnittstellenmanagements sind die Mitarbeiter und die externen Partner in geeigneter Form informiert.

5.6 Terminplanung, Erreichbarkeit und Telefonauskünfte

QEP 1.1.3, Ziel 1 (Kernziel)

Die Praxis sorgt dafür, dass Patienten entsprechend der Dringlichkeit ihres Versorgungsbedarfs einen Termin erhalten.

	Nachweise/Indikatoren	Das sollten Sie sich fragen
1.	Es gibt eine schriftliche Interne Regelung, die sicherstellt, dass Patienten entsprechend der Dringlichkeit ihres Versorgungsbedarfs einen Termin erhalten bzw. qualifiziert weiterverwiesen werden.	<i>Wie stellen Sie sicher, dass die Patienten die jeweils angemessene Form der Versorgung innerhalb eines vorgesehenen Zeitrahmens erhalten?</i>
2.	Die Praxis setzt ein flexibles Terminvergabesystem ein.	<i>Wie erfolgt die Terminvergabe? Welche Informationen werden für die Terminvergabe erfragt?</i>
3.	Längere Konsultationen und dringende Fälle/Notfälle werden bei der Terminvergabe berücksichtigt.	<i>Wie wird verfahren, wenn ein Patient Dringlichkeit signalisiert? Wie wird mit Patienten verfahren, die einen längeren Termin benötigen, wie z. B. neue Patienten?</i>

QEP 1.1.3, Ziel 3 (Ziel)

Die Praxis ergreift Maßnahmen, um Wartezeiten innerhalb der Praxis so kurz wie möglich zu halten.

	Nachweise/Indikatoren	Das sollten Sie sich fragen
1.	Es gibt eine praxisinterne Zielgröße für das Intervall zwischen dem vereinbarten Termin und der Behandlung (Wartezeit).	<i>Gibt es in Ihrer Praxis eine Vorgabe hinsichtlich der einzuhaltenden Wartezeiten für das Intervall zwischen vereinbartem Termin und Behandlung?</i>
2.	Patienten, die warten müssen, werden über Verzögerungen ihres Termins unterrichtet.	<i>Wie verfahren Sie bei Verzögerungen des vereinbarten Termins?</i>
3.	Die Praxis erhebt und analysiert regelmäßig sowie bei Bedarf die Wartezeiten und entwickelt ggf. Verbesserungsmaßnahmen.	<i>Wie verschaffen Sie sich Kenntnis über die Wartezeiten, wie werten Sie diese aus und welche Verbesserungsmaßnahmen leiten Sie ggf. ein?</i>

QMI – Basisversorgung, Ziel 13

Die Möglichkeiten der Erreichbarkeit in einer internistischen Praxis sind geregelt und festgelegt. Kommunikationswege der Erreichbarkeit für Patienten, Patientenbetreuer, Lieferanten sind festgelegt und werden kommuniziert.

Auswahl einiger Dokumente/Instrumente:

- Interne Regelung zur Terminvergabe und telefonischen Anfragen
- Offene Sprechzeiten, Terminsprechzeiten
- Telefonliste
- Checklisten für Mitarbeiter
- Wartezeitenanalyse
- Patientenbefragung

Empfehlungen zum Vorgehen:

- Legen Sie gemeinsam mit Ihrem Praxisteam fest, nach welcher Regel Termine vergeben werden und nach welcher Verzögerung des Termines Sie die Patienten informieren.
- Legen Sie die durchschnittliche Behandlungszeit pro Patient fest.
- Überprüfen Sie, ob Ihr Einbestellungsintervall den Erfordernissen der Patienten und der Praxis entspricht.
- Im Falle von Verzögerungen sollten Sie Patienten frühzeitig informieren. Hilfreich ist hier, eine Liste über die Telefonnummern Ihrer Patienten zu führen.
- Anhand von Checklisten können sich Ihre Mitarbeiter bei der Terminvergabe orientieren, insbesondere auch hinsichtlich der Erreichbarkeit in Notfällen.

QEP 1.1.4, Ziel 1 (Kernziel)

Der Umgang mit telefonischen Anfragen von Patienten ist geregelt.

	Nachweise/Indikatoren	Das sollten Sie sich fragen
1.	Es gibt eine schriftliche Interne Regelung zum Umgang mit telefonischen Anfragen von Patienten.	<i>Welche Anweisungen erhalten Ihre Mitarbeiter zur Annahme und Beantwortung von telefonischen Patientenanfragen? Wie vergewissern Sie sich, dass allen zuständigen Mitarbeitern diese Vorgaben bekannt sind?</i>
2.	Es ist festgelegt, welche Mitarbeiter entsprechend den Vorgaben telefonische Anfragen entgegennehmen und beantworten.	<i>Welche Mitarbeiter nehmen Patientenanfragen entgegen?</i>

5.7 Hausbesuche und Kontinuität der Versorgung

Zum Aufgabenbereich und zur Versorgung von polymorbiden, immobilen und teils bettlägerigen Patienten gehören Hausbesuche. Diese Besuchszeiten können zeitlich neben oder außerhalb der üblichen Praxisöffnungszeiten geplant und durchgeführt werden.

Jedoch bei einem spontan angeforderten dringlich begründeten Hausbesuch, z. B. in einer Notfallsitua-

tion, muss dieser sofort ausgeführt werden. Dadurch kann der Praxiszeitplan häufig nicht eingehalten werden. Die bestellten und wartenden Patienten in der Praxis sind durch das Assistenzpersonal in Kenntnis zu setzen, dass sich die Wartezeit verlängert.

Hausbesuche bei akut und chronisch Kranken tragen dazu bei, die Anzahl stationärer Einweisungen zu reduzieren.

QEP 1.1.5, Ziel 1 (Ziel)

Patienten können aus medizinischen Gründen Hausbesuche erhalten.

	Nachweise/Indikatoren	Das sollten Sie sich fragen
1.	Es gibt festgelegte Kriterien, aus welchen Gründen Hausbesuche durchgeführt werden.	<i>Welches sind Ihre Anforderungskriterien zur Durchführung von Hausbesuchen?</i>
2.	Die Durchführung der Hausbesuche ist zeitlich in den Praxisablauf/Terminkalender integriert.	<i>Wie integrieren Sie die Hausbesuche in den Praxisablauf/Terminkalender?</i>
3.	Hausbesuche und bei Hausbesuchen erhobene Befunde, durchgeführte Maßnahmen und getroffene Anordnungen sind in der Patientenakte dokumentiert.	<i>Wie stellen Sie sicher, dass Hausbesuche und die bei Hausbesuchen erhobenen Befunde, durchgeführten Maßnahmen und getroffenen Anordnungen in der Patientenakte dokumentiert werden?</i>

Auswahl einiger Dokumente/Instrumente:

- Kriteriencheckliste

Empfehlungen zum Vorgehen:

- Um bei der Terminvergabe einschätzen zu können, ob ein Hausbesuch notwendig ist, sollten Sie Ihren Mitarbeitern eine Kriteriencheckliste zur Verfügung stellen.

5.8 Prävention

Prävention ist eine zentrale Aufgabe und uneingeschränkt von allen Internisten anwendbar zum Wohle der Patienten. Prävention sollte von allen Praxismitarbeitern neben einer notwendigen medizinischen Versorgung in dieser Weise verstanden und angeboten werden, weil dadurch Patienten optimal beraten und an die Praxis als kompetente Partner gebunden werden können.

QEP 1.6.1, Ziel 1 (Kernziel)

Die Patienten der Praxis werden motiviert, präventive Angebote und Leistungen regelmäßig wahrzunehmen.

	Nachweise/Indikatoren	Das sollten Sie sich fragen
1.	Es gibt eine Interne Regelung, wie Patienten gezielt angesprochen, über Präventionsleistungen informiert und zur Teilnahme motiviert werden.	<i>Wie sprechen Sie die Patienten gezielt an? Wie informieren Sie Ihre Patienten über Ihr Angebot an Präventionsleistungen? Wie motivieren Sie Ihre Patienten zur Teilnahme an Präventionsleistungen?</i>
2.	Beratungsgespräche über präventives Verhalten werden mit Patienten, insbesondere aus Risikogruppen, geführt und dokumentiert.	<i>Wie beraten Sie Patienten insbesondere aus Risikogruppen über präventives Verhalten und dokumentieren dies?</i>
3.	Es gibt ein Erinnerungssystem für präventive Leistungen.	<i>Wie erinnern Sie Ihre Patienten an die Durchführung von präventiven Leistungen?</i>
4.	Patienten werden über die Möglichkeit informiert, an Vorsorge- oder Früherkennungsuntersuchungen erinnert zu werden.	<i>Wie informieren Sie Ihre Patienten über das Remindersystem?</i>

Wichtige Hinweise

Prävention wird dreistufig definiert:

1. **Primärprävention:** Krankheitsverhinderung durch Minimierung von Risiken
2. **Sekundärprävention:** Erkennen einer Erkrankung im frühen Stadium mit Therapie
3. **Tertiärprävention:** Erreichen eines möglichst langen beschwerdefreien Krankheitsintervalls durch gezielte Therapie und Verhaltensmaßnahmen für den Patienten

Präventionsmaßnahmen und -ziele in einer Praxis sind als Querschnitts- und Gemeinschaftsaufgabe definiert

mit Kompetenz außerhalb des Systems von Krankenversicherung und Krankenbetreuung. Prävention (Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention) versteht sich als Gesundheitsförderung bis zu den Zielen einer Rehabilitation. Durch effektive und effiziente Prävention und Gesundheitsförderung sind Gesundheitsbewusstsein, Lebensqualität, Mobilität und Leistungsfähigkeit der Patienten und auch der Bevölkerung nachhaltig und kostengünstig zu verbessern.

Prävention ist nicht nur eine ärztliche, sondern auch eine politische Aufgabe, wobei Ärzte und insbesondere Internisten auch eine hervorragende Kompetenz anbieten.

QEP 1.6.1, Ziel 2 (Ziel)

Die Praxis bietet präventive Leistungen, die auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und Empfehlungen beruhen, an.

	Nachweise/Indikatoren	Das sollten Sie sich fragen
1.	Es gibt aktuelles Informationsmaterial über das Angebot präventiver Leistungen der Praxis.	Wie aktualisieren Sie das Informationsmaterial über Ihr präventives Angebot?
2.	Wissenschaftlich gesicherte präventive Leistungen werden angeboten.	Welche präventiven Leistungen bieten Sie an? Wie prüfen Sie, ob diese Leistungen wissenschaftlich gesichert sind?
3.	Die Teilnahme an präventiven Leistungen wird dokumentiert und die Teilnahmerate ausgewertet.	Wie dokumentieren Sie die Teilnahme an präventiven Leistungen und werten die Teilnahmerate aus?

Bereits in der Implementierung von Verhaltensmustern bei Kindern sind z. B. gesundheitsfördernde Maßnahmen

zu nennen und diese durchaus auf Schulen und in die Berufsausbildung zu übertragen.

Gesundheitsfördernde Maßnahmen bei Kindern

- Gesundheitsfördernde Maßnahmen in den Lebensweisen
- Bewegungsverhalten (z. B. »Gesund durch Sport und schlau«, Bezug auf PISA-Studie)
- Ernährung (Über- und Untergewicht auch bei älteren Menschen)

- Impfungen zur Verhinderung von Erkrankungen und Stärkung des Immunsystems
- Antirauchkampagnen im Sinne von Prävention von Tabakkonsum
- Drogen und besonders Alkohol (frühe Aufklärung über die Folgen)
- Krebsprävention in allen Lebensstufen
- Stressbewältigung und Psychohygiene
- Balance in Familien und Lebensgemeinschaften

Nachfolgende Lebensbereiche sind für präventive gesundheitsfördernde Maßnahmen und gesundheitsbewusste Erziehung zu nennen:

- Kindergärten, Schulen und Hochschulen
- Gesundheitsförderung in Betrieben und auch Verwaltung

- Gesundes Altern nach dem Motto »Durch Bewegung fit und nicht pflegebedürftig«

Allgemeine individuelle gesundheitliche Kompetenz sollte im ärztlichen Beratungsgespräch durch Schulung erhöht und somit die Patientensouveränität stärken.

Praxisangebote je nach Praxisbesonderheit

Impfberatung

- Impfungen: zur Verhinderung von Infektionen und Stärkung des Immunsystems (Grippe, Hepatitis, Tetanus, Polio, Pneumonie u. a.)
- Adäquate Ernährung: (Adipositas, Kachexie, Diabetes mellitus u. a.)
- Bewegungsempfehlungen: im Sinne von Breitensport (Herz-Kreislauf-Prävention, Kooperation mit Sportvereinen und Einrichtungen von zertifiziertem Gesundheitssport, Selbsthilfegruppen wie Osteoporose, Rheuma u. a.; Verbesserung des psychischen Wohlbefindens durch Stressabbau und dadurch Steigerung des Selbstwertgefühls)
- Krebsprävention: durch gezielte Vorsorgeuntersuchungen in der Praxis oder Überweisung zum Fachkollegen zur präventiven Koloskopie, Mammografie, gynäkologische Untersuchung, Prostata-

untersuchung und ggf. zusätzliche Gesundheitsleistungen wie Lungenabklärung (u. a. Röntgen), abdominelle Organe (Sonographie, Gastroskopie), Hautcheck, und abhängig vom Ergebnis ggf. Vorstellung bei weiteren Spezialisten, z. B. Gynäkologen, Urologen, Dermatologen usw.

Gesundheitsberatung

- Suchtprävention: Rauchen, Alkohol, Drogen, Medikamentenmissbrauch
- Kardiovaskuläre Prävention: insbesondere bei Hyperlipoproteinämie, arteriellem Hypertonus, periphere arterielle Verschlusskrankheit, Herzinfarkt, Apoplex u. a.
- Stoffwechselerkrankungen: Diabetes mellitus, Schilddrüsenstörungen, Adipositas u. a.
- Prävention im Alter: Sturzsyndrom, Frakturen, Ernährung, Zahnstatus, Kognition und Demenzen, Suizid, Alkohol, Isolation u. a.

QEP 1.6.2, Ziel 1 (Ziel)

Die Praxis bietet ihren Patienten und deren Angehörigen Informationen und Beratungen zu allgemeinen Gesundheitsthemen und gesundheitsförderndem Verhalten an.

	Nachweise/Indikatoren	Das sollten Sie sich fragen
1.	Das Praxisteam bietet den Patienten/Angehörigen aktuelle Informationsmaterialien zu allgemeinen Gesundheitsthemen und gesundheitsförderndem Verhalten an.	Welche Informationen zum Thema Gesundheitsförderung gibt es in Ihrer Praxis? Wie stellen Sie sicher, dass das Informationsmaterial, welches Sie vorhalten, auch aktuell ist?
2.	Beratungsgespräche zu gesundheitsförderndem Verhalten werden geführt.	Wie beraten Sie Ihre Patienten zu gesundheitsförderndem Verhalten?

Wichtige Hinweise

Forderung: Für Prävention und Rehabilitation sollten gewisse Standards als Qualitätsmerkmale in der täglichen Umsetzung einer internistischen Praxis erfüllt werden.

5.9 Notfallmanagement

Für den Notfall in einer Internistenpraxis sind technische und logistische Maßnahmen und Vorhaltungen zu treffen. Diese sollen klar definierten Standards und einer regelmäßigen Überprüfung unterliegen. Das gesamte Praxisteam bedarf regelmäßiger Schulung mit Dokumentation, um jederzeit einen Notfall optimal zu versorgen. Unter der Praxisleitung (Internist) wird ein regelmäßiges

Training aller Mitarbeiter durchgeführt und somit für einen reibungslosen Ablauf von Notfallmaßnahmen gesorgt. Diese Maßnahmen beziehen sich insbesondere auf die Wiederherstellung der Vitalparameter bei Patienten wie Atmung und Herz-Kreislauf-Funktionen. Notfallmanagement soll sich an den Guidelines 2006 der American Heart Association orientieren. Allerdings ist für die Praxis ein Notfallplan in überschaubarer Form anzulegen, der von allen Mitarbeitern beherrscht wird.

QEP 1.7.1, Ziel 1 (Kernziel)

Notfallpatienten werden unverzüglich versorgt.

	Nachweise/Indikatoren	Das sollten Sie sich fragen
1.	Es gibt eine Checkliste mit Kriterien zur Identifikation von Notfallpatienten.	Wie erkennen Sie und Ihr Praxisteam Notfallpatienten?
2.	Es gibt eine schriftliche Interne Regelung zur unverzüglichen Versorgung dieser Patienten (Notfallplan).	Wie gewährleisten Sie die unverzügliche Versorgung von Notfallpatienten?
3.	Das Praxisteam ist darin fortgebildet, Notfallpatienten zu erkennen und unverzüglich zu versorgen.	Welche Fortbildung hat Ihr Praxisteam erhalten, um Notfallpatienten sicher zu erkennen und unverzüglich zu versorgen?
4.	Alle relevanten Personen und Einrichtungen können im Notfall unverzüglich alarmiert werden.	Gibt es in Ihrer Praxis einen für alle leicht zugänglichen Alarmierungsplan mit allen erforderlichen Telefonnummern?

QMI – Basisversorgung, Ziel 14

Notfälle werden in der internistischen Praxis qualifiziert, strukturiert und rasch versorgt.

Auswahl einiger Dokumente/Instrumente:

- Mitarbeiterschulung und -training
- Notfallplan

- Ein Notfallplan sollte in überschaubarer Form angelegt sein und von allen Mitarbeitern beherrscht werden.

Empfehlungen zum Vorgehen:

- Tragen Sie dafür Sorge, dass Ihr gesamtes Praxisteam an regelmäßigen Notfallschulungen teilnimmt, um im Notfall die richtigen Entscheidungen treffen zu können. Die Schulungen sollten dokumentiert werden.
- Gemeinsam mit Ihnen als leitenden Internisten sollten die Mitarbeiter außerdem regelmäßige Trainings absolvieren.

Wichtige Hinweise

Als **absolute Priorität** bei einem Notfall, der nicht in der Praxis selbst versorgt werden kann, gilt: **sofortige Alarmierung des Rettungsdienstes mit Arzt**, um für die Anschlussbehandlung keine kostbare Zeit zu verlieren.

Notfallsituationen in der internistischen Praxis

- Herz-Kreislauf-Stillstand bei Herzrhythmusstörungen (Kammerflimmern, Bradykardie, Kammertachykardie, Asystolie, kardiogener Schock)
- Atemstillstand
- Akutes Koronarsyndrom (instabile Angina pectoris, Myokardinfarkt mit und ohne ST-Hebung)
- Lungenembolie
- Akute Linksherzinsuffizienz (Lungenödem)
- Status asthmaticus, Pseudo-Krupp bei Kindern
- Schlaganfall und Hirnblutung, Meningitis
- Akutes Abdomen und akute gastrointestinale Blutung
- Neurologisch/psychiatrischer Notfall

Risikomanagement. Zur Verhinderung von Notfallsituationen, die in der Praxis auftreten können, ist eine Selektion nach Einschätzung der Schwere des medizinischen Falles durch frühzeitiges Erkennen und die umgehende stationäre Einweisung notwendig.

Vorgehaltene Notfallausrüstung. Die vorgehaltene Notfallausrüstung der internistischen Praxis soll u. a. bestehen aus z. B. Beatmungsbeutel für Maskenbeatmung, Laryngoskop und Trachealtubi, manuelle Absaugpumpe, Braunülen, Blutzuckerstixgerät, RR-Messgerät, Stethoskop, EKG, ggf. Sauerstoff und Defibrillator mit Monitor einschließlich der dem internistischen Standard entsprechenden Notfallmedikamente.

Notfallmedikamente. Notfallmedikamente sind ebenfalls für den kardiopulmonalen Notfall vorzuhalten

inkl. Analgetika, Sedativa, Glukokortikoide, Glukoselösung 20%, Volumenersatzmittel u. a.

Liste über Notfallmedikamente. Liste über notwendige Notfallmedikamente, mit zeitnaher Bestandskontrolle und Wiederbeschaffung.

Bei jedem Notfall sind problemorientierte Kurzuntersuchungen durchzuführen:

- Anamnese und Fremdanamnese
- Inspektion (insbesondere Atmung, Zyanose, Trauma, Ödeme und Schmerzen u. a.)
- Herz/Kreislauf mit Puls, Blutdruck, Herzrhythmus, Herztöne und -geräusche
- Bewusstseinslage (Glasgow-Coma-Scale)
- Lunge mit seitengleicher Belüftung? RG?
- Abdomen mit Peristaltik
- Orientierende neurologische Untersuchung

QMI – Basisversorgung, Ziel 15

Für die Internistenpraxis ist ein auf mögliche Notfälle ausgerichtetes Notfallmanagement eingeführt und funktionsfähig.

QMI – Basisversorgung, Ziel 16

Regelmäßige Übungen der Notfallmaßnahmen werden zum Kompetenzerhalt in der Praxis durchgeführt und dokumentiert.

QMI – Basisversorgung, Ziel 17

Ein erarbeiteter praktikabler Notfallplan ist allen Personen in der Praxis bekannt.

Zur Umsetzung der Kernziele dienen weitere Qualitätsziele, Nachweise, Indikatoren und Erläuterungen. Externe Qualitätszirkel sind dienlich.