

info praxisteam

Das Magazin für
Medizinische Fachangestellte

rezeption:

sprechstunde:

praxisorganisation:

Umgang mit Kindern und alten Patienten

Zittern – ein häufiges Phänomen

Patienten aus dem Ausland

gewinnspiel

Wählen Sie Ihren
Lieblingstitel aus
50 Ausgaben



rezeption

- 4 Kinder und Alte**
Tipps zum Umgang mit diesen Patienten
- 6 Allein unter Frauen**
Männliche MFAs – eine Reportage

sprechstunde

- 8 Zittern**
Ein Phänomen mit vielen Ursachen

praxisorganisation

- 11 Fehler des Monats**
Ein neuer Fall für das Praxisteam
- 12 Aus aller Welt**
Behandlung von Patienten aus dem Ausland
- 14 info praxisteam regional**
Aktuelle Meldungen aus den Bundesländern

impressum

Herausgeber:
Urban & Vogel GmbH in Kooperation mit dem AOK-Bundesverband

Verlag
Springer Medizin, Urban & Vogel GmbH
Aschauer Straße 30, D-81549 München
Tel.: (089) 203043-1450

Redaktion:
Markus Seidl (v.i.S.d.P.)
Dr. Reinhard Merz (Redaktionsleitung)
Anschrift wie Verlag,
redaktion@info-praxisteam.de

Druck: Stürtz GmbH, Alfred-Nobel-Str. 33,
97080 Würzburg

info praxisteam wird als Beilage in der Zeitschrift MMW Fortschritte der Medizin verschickt.



Typisch Mann, typisch Frau



Typisch Mann, typisch Frau – das ist aus meiner Sicht mehr als eine Redewendung. Es ist ein immer noch tief in unserer Gesellschaft verankerter Glaubenssatz. Stecken dahinter Vorurteile, Traditionen oder praktische Erfahrungen? Ich glaube, von allem etwas. In unserer hoch industrialisierten, digitalisierten und immer schneller werdenden Gesellschaft, in der wissenschaftlicher Fortschritt fast alles möglich macht, bringt der Rückzug auf Traditionelles und Altbewährtes schon fast so etwas wie Sicherheit und Geborgenheit. Da sind Eigenschaften, die man Männern und Frauen zuschreibt, etwas Gewohntes, Bekanntes und Vertrautes.

»In unserer immer schneller werdenden Gesellschaft bringt Traditionelles fast so etwas wie Sicherheit«

Warum daran rütteln? Warum sollen Mädchen plötzlich in Handwerksberufe gedrängt und Männer Erzieher werden? Über Kampagnen wie die Boys' und Girls' Days möchte man weg von dem Image der typischen Männer- und Frauenberufe. Gleichberechtigt soll es zugehen. Unsere Gesellschaft sollte allen gleiche Rechte einräumen. Etwa

das Recht, den Beruf zu ergreifen, der den eigenen Interessen und Fähigkeiten entspricht. Egal, ob Mann oder Frau, ob technischer oder sozialer Beruf.

Doch leider sieht es in unserer Arbeitswelt noch anders aus. Da ist Männerarbeit mehr wert als die typischen, von Frauen dominierten Dienstleistungs- und Sozialberufe. Frauen in Männerberufen werden oft geringer entlohnt. Und Männern in Frauenberufen begegnet man mit vielen Vorurteilen – gerade auch bei MFA. Wer kann sich schon vorstellen, dass hinter einer AGNES, VERAH, EVA, MONI oder NäPa auch ein Mann stecken könnte? Es ist schade, dass für diese tollen Weiterbildungen nur weibliche Akronyme gefunden und eingesetzt werden. Etwas kurz und prägnant zu bezeichnen ist sinnvoll. Aber warum niedlich und verweiblicht? Denn damit hat man sofort ein Bild im Kopf. Ist das Gleichberechtigung?

Die Attraktivität eines Berufes lebt nicht vom Geschlecht. Kompetenzen, die in unserem Beruf benötigt werden, sind weder typisch weiblich noch Gott gegeben. Sie müssen gelernt und gelebt werden. „Eine Sache lernt man, indem man sie macht“, hat Cesare Pavese gesagt. Also, Männer: Macht MFA.

Sabine Ridder

Präsidentin, Verband medizinischer Fachberufe e.V.

Gesetzliche Änderung bei der Reha

Versicherte haben bei Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen zukünftig ein größeres Wahlrecht. Das sieht das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) vor, das am 23. Juli 2015 in Kraft getreten ist. So können Patienten die Rehaeinrichtung jetzt selbst aussuchen, wenn sie entstehende Mehrkosten selbst tragen. Bisher galt diese Regelung nur für zertifizierte Einrichtungen, die keinen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen abgeschlossen haben. Das bisher schon bestehende Wunsch- und Wahlrecht des Versicherten bleibt davon unberührt.

Außerdem erhalten Versicherte durch das Gesetz Anspruch auf Entlassmanagement nach einer stationären Rehabilitation. Damit soll eine lückenlose Anschlussbehandlung gewährleistet werden.

MFA ist weiterhin ein Top-Ausbildungsberuf

Im vergangenen Jahr haben insgesamt 518.391 Jugendliche einen neuen Ausbildungsvertrag abgeschlossen. Diese Zahl teilte das Statistische Bundesamt in Wiesbaden mit. Dabei schlossen 13.881 Frauen einen Vertrag zur Ausbildung als MFA ab. Damit rangierte bei den weiblichen Berufsanfängern die Ausbildung zur MFA an vierter Stelle der beliebtesten Lehrberufe. Wie aus den Statistiken weiter hervorgeht, schafft es die Ausbildung zur MFA unter allen Frauen, die sich 2014 in Ausbildung befanden, sogar auf Rang 2 der häufigsten Ausbildungsberufe (7,1 Prozent) – bei deutschen und nicht-deutschen Staatsangehörigen gleichermaßen. Nur der Beruf der Bürokauffrau ist mit 10,9 Prozent noch beliebter.

Den insgesamt 37.116 weiblichen Azubis standen im letzten Jahr 582 Männer in einem Ausbildungsverhältnis zum medizinischen Fachangestellten gegenüber. Geschlechtsübergreifend rutscht der MFA-Beruf damit auf Rang 8 ab.

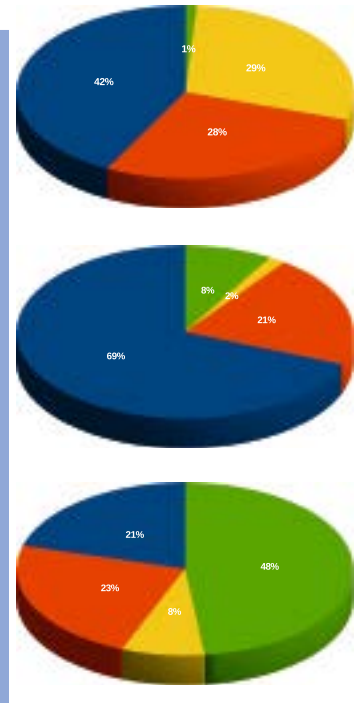
Aus der Ärzte Zeitung

Jede Praxis kennt Problempatienten

In der letzten Ausgabe von info praxisteam hatten wir in der Serie „Patiententypen“ über den Umgang mit Nörglern, Cholerikern und anderen Problempatienten berichtet. Parallel hatten wir Sie zu Ihren Erfahrungen mit Problempatienten befragt – und wie Sie in der Praxis damit umgehen.

Mit Spannung haben wir die fast 200 Antworten ausgewertet, die Sie an die Redaktion geschickt haben. Sieben von zehn Praxen beurteilten die Aussage „In unserer Praxis gibt es Patienten, die immer wieder durch ungebührliches Verhalten auffallen“ mit *auf jeden Fall* oder *eher ja*. Gut dabei: In fast jeder Praxis (95 Prozent) wird im Kreis der Kolleginnen über diese Problempatienten geredet und in 90 Prozent der Praxen haben die MFA im Zweifelsfall die Unterstützung der Praxisleitung.

Es gibt aber auch Bereiche mit Luft nach oben. In jeder vierten Praxis gibt es keine einheitlichen Verhaltensregeln für den Umgang mit solchen Problempatienten und 56 Prozent der Befragten geben an, dass der Umgang mit schwierigen Patienten nicht trainiert wird. Trotzdem kommen die meisten MFA gut mit der Situation zurecht. Nur 11 Prozent fühlen sich in solchen Fällen hilflos.



■ auf jeden Fall
■ eher ja
■ eher nein
■ auf keinen Fall

Klare Aussagen zum Umgang mit Problempatienten ergab unsere Umfrage. Oben: In unserer Praxis gibt es Patienten, die immer wieder durch ungebührliches Verhalten auffallen. Mitte: Wir haben im Zweifelsfall die Unterstützung der Praxisleitung. Unten: Wir üben den Umgang mit schwierigen Patienten.

E-Health-Gesetz kommt voran

Der Bundestag hat sich am 3. Juli 2015 in erster Lesung mit dem Entwurf eines „Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen“ (E-Health-Gesetz) befasst. Das Gesetz soll die Nutzung moderner Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen vorantreiben, um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern. Beispielsweise soll es für die elektronische Gesundheitskarte (eGK) neue Funktionen geben. So sollen Ärzte Notfalldatensätze ihrer Patienten erstellen und sie auf der eGK speichern können. Für einen verbesserten Übergang in den ambulanten Bereich ist geplant, dass Kliniken elektronische Entlassbriefe erstellen und diese auf der eGK speichern. Um die elektronische Nutzung der eGK anzukurbeln, sollen Vertragsärzte zwischen Juli 2016 und Juni 2018 für die

Erstellung und Aktualisierung des Notfalldatensatzes eine zusätzliche Vergütung erhalten. Auch die Kliniken sollen dem Entwurf zufolge für jeden ausgestellten elektronischen Entlassbrief eine Pauschale bei den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen dürfen.





Serie Patiententypen, Teil 3

Junge und alte Patienten

Die jüngsten Patienten und die ältesten Patienten brauchen an der Rezeption und im Wartezimmer oft unsere ganz besondere Aufmerksamkeit. Und sie haben trotz des riesigen Altersunterschiedes sehr ähnliche Bedürfnisse: Sie wollen vor allem ernst genommen werden.

Die ersten Teile unserer Serie Patiententypen hatten sich mit schwierigen Individuen beschäftigt: Nörglern, Cholerikern und Besserwissern. In diesem Teil geht es um Kinder und Alte – Patientengruppen, die den normalen Praxisablauf noch nicht oder nicht mehr verstehen.

Kinder und ihre Eltern

Kinder kommen nie freiwillig zu Ihnen in die Praxis, sondern weil die Eltern sie mitnehmen. Statt zu Hause oder im Kindergarten mit Freunden zu spielen, sitzen sie jetzt im Wartezimmer. Und das ist erst einmal todlangweilig.

In Praxen mit höherem Kinderanteil gibt es deshalb oft Spielecken. Aber auch wenn Ihre Praxis dazu keinen Platz vorsieht, können Sie etwas für die Unterhaltung der Kinder tun. Wo für die Erwachsenen Zeitungen und Zeitschriften ausliegen, sorgen zwei oder drei Kinderbücher und ein paar Malstifte auch bei den Kleinen zumindest vorübergehend für etwas Abwechslung.

Versuchen Sie die Wartezeiten kurz zu halten, etwa indem Sie für Kinder Randtermine vergeben. Denn spätestens nach zehn Minuten ist auch das spannendste Kinderbuch langweilig und der kleine

Patient sucht sich eine andere Beschäftigung. Das kann zum Beispiel eine Erkundungstour durch Wartezimmer und Rezeption sein, schließlich gibt es hier viel zu entdecken. Dabei sind Sie als Kommunikationspartner immer gefragt, gleich ob das Kind mit der Frage „Wer bist denn du?“ auf Sie zukommt oder nur erwartungsvoll neben dem Tresen steht. Sprechen Sie das Kind, wenn möglich, immer mit seinem Namen an und benutzen Sie eine „Eisbrecherfrage“, etwa nach seinem Lieblingstier oder nach einer Fernsehsendung.

Kommt die Sprache auf die bevorstehende Untersuchung oder Behandlung, erklären Sie am besten spielerisch, was gemacht werden soll. Und sagen Sie dem Kind immer die Wahrheit. Wenn Sie etwa wissen, dass eine Impfung ansteht, dür-



Ein Arztbesuch mit Wartezeit ist todlangweilig. Schnell kommt dann an der Rezeption die Frage: „Was machst denn du da?“

fen Sie nie sagen, die Spritze würde nicht weh tun. Sagen Sie lieber: „Das tut ein bisschen weh.“ Der schlimmste Vorwurf hinterher kann dann lauten: „Das war aber mehr als nur ein bisschen...“

Genauso wichtig ist der Umgang mit der Begleitperson, denn sie hat großen Einfluss auf das Verhalten des Kindes. Eine hektische Mutter oder ein ängstlicher Vater machen schnell auch das Kind nervös. Versuchen Sie daher, gelassen zu reagieren und alle gemeinsam anzusprechen.

Pubertierende Jugendliche

Jugendliche sehen selten eine Notwendigkeit zum Arzt zu gehen, entsprechend tauchen sie nur bei akuten Krankheiten in der Praxis auf. Oft werden Jugendliche von den Eltern begleitet, obwohl ihnen das vielleicht eher unangenehm ist. Dann stellt sich immer die Frage: Soll die ärztliche Untersuchung mit oder ohne Eltern stattfinden? Hier ist Fingerspitzengefühl gefragt und die richtige Antwort ist auch vom Alter abhängig. Zu Beginn der Pubertät sollten beide Möglichkeiten gleichwertig angeboten werden. Idealerweise hat der Jugendliche dann die Möglichkeit zu entscheiden.

Ab Mitte der Pubertät, bei Mädchen etwa ab 13, bei Jungs ab 14, ist es dann eher normal, dass der Jugendliche alleine zur Untersuchung geht. Wenn Jugendliche mit Eltern in die Praxis kommen, sollten Sie das Thema auf jeden Fall bei der

Anmeldung schon ansprechen. Zum Beispiel mit folgender Formulierung: „Bitte sprechen Sie sich ab, ob sie zusammen ins Untersuchungszimmer gehen möchten oder der Patient alleine.“ Erfahrungsgemäß nehmen pubertierende Jugendliche das gleichgeschlechtliche Elternteil eher mit zur Untersuchung als das gegengeschlechtliche.

Alte Patienten

Im Alter verändern viele Menschen ihr Verhalten. Patienten, die früher aktiv und aufgeschlossen waren, meiden Kontakte und ziehen sich zurück. Andere werden vermeintlich grundlos aggressiv und misstrauisch und viele Betroffene sind unruhig und ängstlich. Die Ursachen liegen manchmal auf der Hand: Körperliche und geistige Leistungsfähigkeit schwinden, Seh- oder Hörschwächen machen die Kommunikation schwieriger und mögliche Folgen durchlebter Krankheiten – etwa eines Schlaganfalls – können zu deutlichen Einschränkungen der Bewegungsfreiheit führen.

Bei einigen Menschen ist das veränderte Verhalten im Alter Anzeichen für eine beginnende Demenzerkrankung. Doch Verhaltensauffälligkeiten gehen nicht zwangsläufig einer Demenz voraus. Sie können auch erst später auftreten oder ganz ausbleiben. Und andere Patienten zeigen ein verändertes Verhalten, ohne jemals an einer Demenz zu erkranken. Ob es sich um eine normale Alterserscheinung handelt oder ob eine Krankheit vorliegt, kann nur der Arzt feststellen. Weisen Sie ihn deshalb darauf hin, wenn Sie an der Rezeption bei einem Patienten auffälliges Verhalten entdecken.

Trotz aller Einschränkungen kommen viele ältere Patienten ohne Begleitung in die Praxis und fühlen sich dort entsprechend unsicher. Helfen Sie diesen Patienten, indem Sie besonders aufmerksam mit ihnen umgehen. Gerade für allein lebende Menschen ist der Gang zur Arztpraxis oft einer der wenigen sozialen Kontakte, die ihnen geblieben sind. „Mehr Gespräche und weniger Medikamente“, lautet die Devise für den Umgang mit solchen Patienten.

Nehmen Sie sich, wenn die Zeit es erlaubt, einen Moment für einen freundlichen „small talk“. Zeigen Sie authentisches Interesse am Befinden des Patienten und versuchen Sie, respektvoll und fürsorglich mit ihm umzugehen. Das ist oft leichter gesagt als getan: Denn einerseits können Geh- oder Sehbehinderung eine besondere Betreuung durch das Praxisteam erfordern, andererseits sind diese Menschen es oft gewohnt, trotz ihrer Behinderung selbstständig zu sein und interpretieren übertriebene Hilfe leicht als Bevormundung. Am besten vermerken Sie in der Patientenverwaltung oder auf einer Karteikarte, welche Art von Unterstützung der Patient braucht und akzeptiert.

Achten Sie auch auf Ihre Sprache: Vermeiden Sie Verniedlichungen und übertriebene Betonungen, suchen Sie stattdessen Augenkontakt und sprechen Sie mit gut verständlicher Stimme in normalem Tempo. So können auch schwerhörige Patienten meist gut folgen. Vergewissern Sie sich bei wichtigen Fragen aber, dass der Patient auch alles verstanden hat. Besonders angetan sind ältere Patienten immer dann, wenn man sie hinsichtlich der Folgebehandlung unterstützt. So kann das Praxisteam bei einer fälligen Überweisung zum Facharzt gleich einen Termin in einer für den Patienten günstig gelegenen Praxis vereinbaren.



Die Crux des hohen Alters: Körperliche und geistige Leistungsfähigkeit schwinden, die Kommunikation wird schwieriger.



Männer als MFA

Gemischtes Team

Gerade mal zwei Prozent der MFA sind männlich. So wie René Ney (links im Bild) und Jan Vormeister in einem Praxisteam aus Neustadt am Rübenberge in Niedersachsen. info.praxisteam.de hat die beiden besucht.

René Ney liebt Fußball. Doch im Gegensatz zu vielen anderen Männern kann er das Thema am Arbeitsplatz nicht so gut streuen. Denn in der Diabetologischen Schwerpunktpraxis von Vater Dr. Olaf Ney und dessen Kollegen Kai Isenbart im niedersächsischen Neustadt am Rübenberge ist der gelernte Medizinische Fachangestellte mehrheitlich unter Frauen. Und die interessieren sich eher für gut aussehende Fußballer, nicht aber für Abseitsfalle oder zu Unrecht gepfiffene Strafstoße.

Seine Ausbildung zum MFA hat der 32-Jährige in den Jahren 2003 bis 2006 absolviert. René, der in der Praxis hellgrünes Poloshirt, Jeans, Birkenstock und einen gepflegten Drei-Tage-Bart trägt, gehört einer Minderheit an. Denn von den rund 398.000 MFA, die in Praxen, Medizinischen Versorgungszentren oder Krankenhäusern arbeiten, sind nur zwei Prozent männlich.

Dass René MFA wurde, ist mehr Zufall denn Kindheitstraum. Er startete zunächst eine Lehre als Mechatroniker

und lernte, wie man aus festem Kunststoff bunte Taubenringe oder weiße Gitter für Pissoire in öffentlichen Herrentoiletten fertigt. Eineinhalb Jahre machte er das, dann gab er die Lehre auf. „Es machte mir einfach keinen Spaß mehr.“ Auch atmosphärisch sei diese Zeit anstrengend für ihn gewesen, erzählt er. Kollegen, die schon in der Mittagspause angetrunken Sprüche droschen, ein Chef, der ständig an ihm herumnörgelte. „Damit kam ich nicht zurecht. Ich hatte auch kaum Umgang mit anderen Menschen. Ich wollte einfach nur noch weg.“

Er verordnete sich zunächst eine sechsmonatige Auszeit, um herausfinden, wie es beruflich weitergeht. Dann kam das Angebot seines Vaters, in dessen Praxis ein Praktikum zu absolvieren, um die Arbeit des Arzthelfers näher kennenzulernen. René nahm das Angebot an. Aus dem mehrwöchigen Praktikum wurde eine dreijährige Ausbildung. Der praktische Teil fand in den Räumen der väterlichen Praxis statt, den theoretischen

absolvierte René im Berufsbildungszentrum Neustadt am Rübenberge. Seit knapp zehn Jahren macht René den Job nun. Und es macht ihm noch immer großen Spaß, als MFA in der Praxis des Vaters zu arbeiten. Auch weil es für ihn viele Möglichkeiten gibt, sich weiterzuentwickeln. Vor zwei Jahren erst ließ er sich zum Diabetesberater fortbilden. „Das heißt, ich mache jetzt vermehrt Einzel- und Gruppenschulungen mit den Patienten, zeige und erkläre ihnen beispielsweise, worauf sie in punkto Ernährung und Blutzuckerspiegel zu achten haben.“

Gemischte Teams klar im Vorteil

Zweiter Mann im Team ist Jan Vormeister (21), der seit gut einem Jahr MFA lernt. „Das hat auch damit zu tun, dass wir mit männlichen MFA gute Erfahrungen gemacht haben“, betont Praxisinhaber Dr. Olaf Ney. „Absolut förderlich fürs Team“ seien die Jungs, findet er. Im Übrigen gelte: „Wir suchen in erster Linie Leute, die ambitioniert sind und etwas auf die Beine stellen wollen.“ Ob das am Ende Frauen sind oder Männer, sei egal.

Dass mancher Kumpel die Nase wegen seiner Berufswahl rümpfte, habe ihn nicht gestört, sagt Jan. Schnell habe sich die Skepsis der Freunde gelegt. Wohl auch, weil Jan ihnen etwa über die Inhalte seiner Ausbildung erzählt hat. Darüber zum Beispiel, dass er sich mit um die Praxis-EDV kümmern dürfe und so viel mit Computern und Netzwerken zu tun habe.

Im weiblich dominierten Praxisteam sind die beiden Männer gut integriert. „Wenn Frauen und Männer zusammenarbeiten, fördert dies das Arbeitsklima und schafft neue Sicht- und Denkweisen im Team“, ist Praxischef Ney überzeugt. „Hier arbeiten verschiedene Geschlechter und auch verschiedene Generationen zusammen. Die älteste Kollegin ist 62, steht kurz vor der Rente und wird im Team liebevoll „Mutti“ genannt. René Ney: „Sie hat uns wie Kinder unter sich.“ Vor Mama sind eben alle gleich.

Thomas Hommel

Gewinnspiel

100 Euro
gewinnen!

Ihr Lieblingstitel aus 50 Heften

Die letzte Ausgabe 2/2015 von info praxisteam war die Fünzigste. Und wir wollen wissen: Welches der 50 Titelbilder hat Ihnen am besten gefallen? Machen Sie mit auf www.info-praxisteam.de/50titel und gewinnen Sie einen unserer wertvollen Preise.





Patienten mit Tremor

Zitterpartie

Zittern ist eine unbeabsichtigte Bewegung der Muskeln. Und neben den Extremitäten können auch Rumpf, Kopf und Stimme mit von der Partie sein. Wir stellen die wichtigsten Formen von Zittern vor und erklären die medizinischen Hintergründe.

Zittern ist in der deutschen Sprache nicht gerade positiv belegt. Geht ein Schüler mit Angst zur Klassenarbeit, dann heißt es: Ihm zittern die Knie. Spielt der Fußballclub am letzten Spieltag noch gegen den Abstieg, dann wartet ein Zitterspiel auf ihn. Und selbst über die politischen Diskussionen um den Euro und die Zukunft Griechenlands informierte eine große Boulevardzeitung unter der Überschrift: Das große Zittern.

Dabei ist Zittern, in der medizinischen Terminologie auch als Tremor bezeich-

net, ein ganz normaler Vorgang in unserem Körper. Unsere Muskeln bewegen sich stets ein bisschen, ohne dass wir das überhaupt bemerken. Dieser Vorgang heißt physiologisches Zittern. Wir bemerken ihn aber erst, wenn er sich verstärkt und sichtbar wird, zum Beispiel bei Kälte. Denn dann soll die Bewegung der Muskeln Wärme erzeugen und den frierenden Körper aufheizen.

Die unbeabsichtigte Muskelbewegung kann aber auch krankheitsbedingt sein. Sicher sind Ihnen an der Rezeption auch schon Patienten aufgefallen, die auffällig

zittern. Und meist sind es ältere Patienten, denn die Häufigkeit des Zitterns steigt mit dem Alter. Bei den in der Regel rhythmischen Bewegungen können verschiedene Körperteile betroffen sein: Hände oder Arme, der Kopf, die Stimme, Beine oder der Rumpf. Entweder zittert der Patient ständig oder gerade dann, wenn Sie ihm einen Stift zum Ausfüllen eines Formulars hinhalten. Beobachten Sie mal genauer, welche Tremorformen Sie in Ihrer Praxis unterscheiden können.

Wann zittert der Patient?

Man kennt verschiedene Arten von Tremor. Wichtigstes Unterscheidungsmerkmal ist dabei die Frage, wann das Zittern auftritt. Beim **Ruhetremor** setzt das Zittern ein, wenn die betroffene Körperregion gerade nicht bewegt wird. Die Hand beginnt also immer dann zu zittern, wenn sie ganz entspannt im Schoß liegt. Greift die Hand jedoch nach einem Gegenstand (wie dem Stift in unserem Beispiel an der Rezeption), geht das Zit-

tern zurück oder hört ganz auf. Da Handlungen weiter koordiniert ausgeführt werden können, beeinträchtigt der Ruhetremor den Patienten im Alltag eher wenig. Trotzdem kann der Zustand als belastend empfunden werden.

Beim **Haltetremor** ist es umgekehrt: Das Zittern setzt bei einer Bewegung ein, etwa beim Anheben einer Kaffeetasse oder einer anderen Aktion, bei der die Muskeln gegen die Schwerkraft arbeiten müssen. Man kann das selbst ausprobieren: Hält man einen Gegenstand eine zeitlang am geraden Arm ausgestreckt in der Hand, dann beginnt die Hand irgendwann zu zittern.

Ein Sonderfall ist der **Intentionstremor**. Er macht sich immer dann bemerkbar, wenn ein ganz bestimmtes Ziel angesteuert wird. Das Zittern beginnt, wenn die Hand an der Rezeption den Stift anpeilt und verstärkt sich, je näher die Finger dem Stift dann kommen. Das Halten des Gegenstandes kann dann wieder problemlos möglich sein. Diese Form des Zitterns kann Patienten im Alltag deutlich stärker einschränken.

Wie schnell und stark zittert der Patient?

Andere Kriterien zur Einteilung sind die Schnelligkeit der Bewegung und die Intensität. Die Schnelligkeit wird dabei als Frequenz angegeben, also als Zahl der Bewegungen pro Sekunde. Die Dimension ist Hertz (Hz). Eine Bewegung pro Sekunde entspricht dabei einer Frequenz von 1 Hz, zwei Bewegungen pro Sekunde 2 Hz, usw. Medizinisch unterscheidet man den niederfrequenten Tremor (langsameres Zittern) mit einer Frequenz von 2 bis 4 Hz, den mittelfrequenten Tremor mit 4 bis 7 Hz und den hochfrequenten Tremor (schnelles Zittern) mit über 7 Hz. Sehr weit ausladendes Zittern heißt grobschlägig, weniger ausladendes Zittern mittel- und feinschlägig. Die genaue Beschreibung des Tremors hilft bei der Diagnose einer zugrunde liegenden Erkrankung.

Parkinson-Tremor

Nach der Häufigkeit gehören der verstärkte „normale“, physiologische Tre-

mor, der essenzielle Tremor und der Parkinson-Tremor zu den wichtigsten Arten von Zittern. Ein einseitiger Ruhetremor ist ein typisches Symptom des Parkinson-Syndroms. Häufig ist hier ein mittelfrequentes Zittern.

Greifen ist für Parkinson-Patienten meistens unproblematisch, sie können aber durch etwas ungelenke Bewegungen auffallen, die an einen steifen Arm erinnern. Parkinsonpatienten haben insgesamt langsamere Bewegungen, fallen oft auch durch steifere Mimik auf. Bei der Therapie der Parkinson-Krankheit besteht ein wichtiges Behandlungsziel darin, den Botenstoff Dopamin im Gehirn wieder verfügbarer zu machen.

Physiologischer Tremor

Medikamente können zu einer sichtbaren Form des physiologischen Zitterns führen, zum Beispiel Antidepressiva, Valproinsäure, Lithium sowie Herz- und Asthmapräparate. Als Auslöser kommen auch Alkoholmissbrauch, Muskeler-schöpfung oder Angst infrage, Vergiftungen sowie Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenentzug. Diese Tremorform ist meist feinschlägig, hochfrequent und beidseitig sowie von anderen klinischen Zeichen begleitet.

Psychogener Tremor

Zittern kann auch psychisch bedingt sein und fällt oft durch plötzliches Auftreten und Stoppen, Ablenkbarkeit und untypisches, nicht rhythmisches Erscheinungsbild auf. Man spricht dann von psychogenem Tremor.

Essenzieller Tremor

Essenzieller Tremor heißt eine sehr verbreitete Form des Zitterns, die überwiegend als beidseitiger Halte- und Aktionstremor in Erscheinung tritt, selten als Ruhetremor oder als zusätzlicher Intentionstremor. Die Ursachen sind Störungen in bestimmten Hirnbereichen, die aber eigentlich „harmlos“ sind. Essenzieller Tremor kann schon in der Jugend beginnen, am häufigsten beginnt er aber im Alter ab Fünfzig.

Innere Krankheiten

Auch eine ganze Reihe von inneren Erkrankungen kommen als mögliche Ursache von Tremor infrage. So zittern Diabetes-Patienten im Unterzuckerzustand. Auch gesunde Personen fangen zu Zittern an, wenn ihr Blutzuckerspiegel einen kritischen Wert unterschreitet. Andere Krankheiten mit Zittern als typischem Symptom sind Überfunktion der Schilddrüse und der Nebenschilddrüsen sowie eine schwache Nierenfunktion (Niereninsuffizienz). Auch die mangelnde Versorgung mit Mineralien und Vitaminen kann Ursache sein, etwa ein zu niedriger Kalziumspiegel im Blut oder Vitamin-B12-Mangel.

Der essenzielle Tremor kann sich im Verlauf verstärken, und das Zittern kann zunehmend als störend oder behindernd empfunden werden. Interessanterweise verringert Alkoholgenuß bei vielen Betroffenen den Tremor deutlich.

Therapeutisch werden beim essenziellen Tremor unter anderem die Medikamente Propanolol, Primidon und Gabapentin eingesetzt, wenn das Ausmaß der Beeinträchtigung einen großen Leidensdruck erzeugt.

Muskelzucken

Kurz dauernde Zuckungen einzelner Muskelanteile sind meist unrythmisch, unter der Haut sichtbar und münden nicht in Bewegungen. Es handelt sich dabei definitionsgemäß nicht um Tremor. Manchmal treten sie in den Beinen in Verbindung mit Muskelschmerzen, Kribbeln der Beine und Wadenkrämpfen oder bei Ermüdung und psychischem Stress auf. Als weitere Störung kann auch ein vibrationsartiges Zucken oder Flattern der Augenlider auftreten (Augenzucken). Diese Formen von Muskelzucken sind in der Regel gutartig, wenn keine anderen neurologischen Ausfälle vorliegen, und bedürfen keiner speziellen Therapie.



Serie DMP: Diabetes Typ 2

Zielwerte erreichen

Eines der wichtigsten Ziele im DMP Diabetes Typ 2 ist es, Folgeerkrankungen wie zum Beispiel eine Retinopathie oder eine periphere Neuropathie zu vermeiden. Wir fassen die wichtigsten Maßnahmen zur Erreichung dieses Ziels zusammen.

Diabetes ist eine schwerwiegende Erkrankung. Trotzdem kann man gut damit leben, wenn man ein paar Dinge beachtet. So haben Typ-2-Diabetiker im Verlauf der Erkrankung häufig mit den Folgen von Veränderungen an den großen und kleinen Blutgefäßen sowie an den Nerven zu kämpfen. Ziel des DMP ist es, diese Folgeschäden durch regelmäßige Untersuchungen und bei Bedarf auch durch eine Anpassung des Lebensstils zu verhindern. So soll die Lebensqualität der Patienten möglichst lange erhalten werden. Neben dem erhöhten Risiko für Herzinfarkt oder Schlaganfall sind die Nieren, Augen und Füße besonders gefährdet.

Nieren schützen

Die Nieren sind bei Diabetes besonders belastet. Daher muss die Nierenfunktion regelmäßig überprüft werden. Bei diesem Thema hat es gerade eine Änderung in der Dokumentation gegeben: Das bisher zur Bestimmung der Nierenfunktion verwendete Dokufeld „Serum-Kreatinin“ ist seit Inkrafttreten der neuen DMP-Richtlinie am 1. Juli 2015 durch das Dokufeld „eGFR“ ersetzt worden. Die Abkürzung steht für „estimated glomerular filtration rate“, also die geschätzte Glomeruläre Filtrationsrate. Die eGFR wird auf Basis des Serum-Kre-

atin-Wertes mindestens einmal jährlich berechnet. Sie dient unter anderem als Grundlage für die Auswahl der richtigen Medikamente und für die richtige Dosierung der nierengängigen Arzneimittel.

Regelmäßige Augenuntersuchung

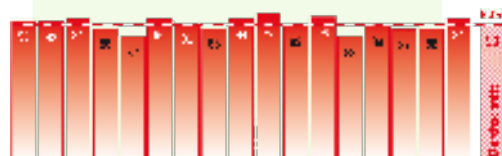
Die Diabetische Retinopathie oder Makulopathie gehört zu den häufigsten Spätkomplikationen bei Diabetes mellitus und ist die häufigste Ursache der Erblindung im Alter zwischen 40 und 80 Jahren. Die Spiegelung des Augenhintergrundes (Funduskopie) durch einen Augenarzt dient der Früherkennung von Veränderungen an der Netzhaut, die behandelt werden müssen. So soll weiteren Schäden bis hin zur Erblindung vorgebeugt werden. Alle Typ-2-Diabetiker sollen regelmäßig eine Funduskopie erhalten, sofern noch keine Retino- oder Makulopathie vorliegt. Kennzeichnen Sie die DMP-Teilnahme Ihres Patienten auf der Überweisung, dann erhalten Sie vom Augenarzt den Befund mitgeteilt. Für Diabetiker sind Funduskopie und – wenn der Augenarzt das für erforderlich hält – auch die Augeninnendruckmessung Kassenleistungen. Es ist also wichtig, den Diabetes als Begründung der Augenuntersuchung auf der Überweisung zu vermerken.

Diabetischen Fuß verhindern

Diabetiker, insbesondere solche mit peripherer Neuropathie oder peripherer arterieller Verschlusskrankheit, sind gefährdet, ein Diabetisches Fußsyndrom zu erleiden. Wenn dieses Fußsyndrom nicht adäquat behandelt wird, muss der Fuß im schlimmsten Falle amputiert werden. Um dem vorzubeugen, soll bei allen Patienten mindestens einmal jährlich eine Inspektion der Füße vorgenommen werden, einschließlich der Prüfung auf Neuropathie und der Erhebung des Pulsstatus. Bei Patienten mit erhöhtem Risiko ist die Prüfung mitsamt der Kontrolle des Schuhwerks mindestens quartalsweise fällig. Wenn der Fußbefund auffällig ist, soll der Patient zur Mitbehandlung an eine Einrichtung überwiesen werden, die auf die Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms spezialisiert ist. In diesem Falle ist das neue Dokufeld „Behandlung / Mitbehandlung in einer für das Diabetische Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung“ anzukreuzen. Das Feld muss übrigens auch angekreuzt werden, wenn die Praxis gar nicht überweist, sondern – beispielsweise als Diabetologische Schwerpunktpraxis – selbst eine solche Einrichtung ist.

DMP in Zahlen

Wichtigste Grundlage der DMP-Evaluationsberichte sind die Dokumentationen, die bei jedem DMP-Termin ausgefüllt werden. Vergleicht man diese dokumentierten Daten mit den Zielwerten, die in den DMP-Verträgen vereinbart sind, zeigen sich Trends und Schwachstellen bei der Umsetzung. Ein Beispiel: Bei mindestens 90 Prozent der Patienten soll eine jährliche oder häufigere Serum-Kreatinin-Bestimmung erfolgen. Das DMP-Ziel wird knapp erreicht. In den einzelnen KVen variiert der Anteil der untersuchten Patienten aber zwischen 82 und 97 Prozent.





Fehler im Praxisalltag

Unbrauchbarer Funktionstest

In der Rubrik „Fehler im Praxisalltag“ stellen wir in jedem Heft einen Fall vor. Dieses Mal geht es um einen Lungenfunktionstest, der nicht adäquat durchgeführt wurde.

Dieses Ereignis wird aus einer Hausarztpraxis berichtet:

➤ Was ist passiert?

Ein jugendlicher Patient hat berichtet, dass er in den letzten Tagen „schlechter Luft bekommen hat“. Da die Lunge beim Abhören frei war, wurde vom Arzt eine Lungenfunktionsuntersuchung angeordnet. Diese wurde im Nachbarraum von einer MFA wie folgt durchgeführt:

Der Patient saß nicht aufrecht auf einer Liege, wurde sachgemäß an das Gerät angeschlossen und sollte den Anweisungen auf dem Bildschirm folgen. Das tat er äußerst demotiviert. Das Ergebnis dieser verfälschten Messung lag etwas unterhalb des Normwerts.

➤ Was war das Ergebnis?

Der Arzt hat sich die Kurve digital angesehen und dem Jugendlichen ein Beta-2-Sympathomimetikum zum Erweitern der Lunge mitgegeben, welches er für ein paar Tage einnehmen sollte.

➤ Welche Faktoren trugen zu diesem Fehler bei?

Die MFA hat die Untersuchung in der Ausbildung nicht gelernt und sich somit selbst aneignen müssen. Daher fehlte hier eine qualitative Kontrolle:

1. Der Patient muss aufrecht sitzen, damit ein vollständig freies Atmen möglich wird.
2. Wichtig sind eine tiefe Inspiration und zügige Expiration, damit die richtigen Volumina und ein korrekter FEV1-Wert gemessen werden können (FEV1 = Volumen, das in der ersten Sekunde ausgeat-

met wird). Damit hätte der Jugendliche bei der Messung die Normwerte erreicht.

➤ Wie hätte das Ereignis verhindert werden können?

Hier kommen mehrere Problembereiche zusammen: Ausbildung und Training, Motivation des Patienten, Kommunikation. Die ausführende MFA sollte entsprechend geschult sein und die Relevanz der Untersuchungstechniken sowie die Tricks zur Motivation der Patienten kennen. Ideal ist eine Schulung im Rahmen des Teammeetings.

Tatjana Blazejewski ■

Fehler melden

In der Medizin können Fehler fatale Folgen haben. Und Sie können mithelfen, die Wiederholung von Fehlern zu verhindern. Melden Sie dazu Fehler, die in Ihrer Praxis passiert sind, anonym im Internet an das Fehlerberichts- und Lernsystem beim Institut für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt.

Im besonderen Fokus stehen dabei auch die „Schnittstellen“. Sie sind immer auch Lücken im Hinblick auf die Patientensicherheit. Ziel ist es, Qualität des Informationsaustauschs und der Kooperation zwischen den Beteiligten zu verbessern. **info praxis-team** veröffentlicht besonders für MFA interessante Fälle.

www.jeder-fehler-zaehlt.de

Qualitätsmanagement auf gutem Weg

Das Qualitätsmanagement (QM) hat sich in der ambulanten Versorgung etabliert. Gerade einmal 1,6 Prozent der Vertragsärzte und -psychotherapeuten haben sich nach der aktuellen KBV-Statistik zum Stand des QM noch gar nicht mit dem Thema beschäftigt. 67,4 Prozent befinden sich hingegen in der Weiterentwicklungsphase ihres praxisinternen QM.

Die Daten stammen aus der Stichprobenprüfung von Oktober 2013 bis Januar 2014, die die einzelnen KVen jährlich durchführen müssen. Dazu werden je KV 2,5 Prozent der Vertragsärzte und -psychotherapeuten zum Entwicklungsstand ihres internen Praxis-QM befragt. „Die Zahlen zeigen, dass nach der Umsetzung und der Überprüfung nun die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements bei den Vertragsärzten und -psychotherapeuten weiterhin sehr kontinuierlich erfolgt“, schreibt die KBV in ihrem Bericht an den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA).

Regionaler Spitzenreiter in Sachen Qualitätsmanagement ist seit Jahren die KV Rheinland-Pfalz. Dort haben 79,3 Prozent der Praxen die Weiterentwicklungsphase ihres QM erreicht (2012: 74 Prozent). Aber auch in Mecklenburg-Vorpommern (72,1 Prozent), Nordrhein (69,8 Prozent) und Baden-Württemberg (69,6 Prozent) schrauben die Praxen fleißig an der weiteren Entwicklung ihrer internen Qualitätsvorgaben. Bei den Hausärzten befinden sich 69 Prozent in der Weiterentwicklungsphase, nur ein Prozent hat mit dem QM noch gar nicht begonnen.





Behandlung von Patienten aus dem Ausland

Aus aller Welt

Sie kommen aus anderen Ländern und damit auch aus einem anderen Versicherungssystem: Für Patienten aus dem Ausland, die als Touristen hier in Deutschland unterwegs sind, gibt es klare Vorgaben für die medizinische Versorgung – und für die Abrechnung. Wir geben Tipps für den Umgang mit diesen Patienten.

Wer reist, kann krank werden – auch in der Fremde. Eine Reihe von Abkommen soll sicherstellen, dass gesetzlich Krankenversicherte dann vor Ort angemessen behandelt werden – und dass die bei der Behandlung erbrachten Leistungen auch zwischen den Systemen abgerechnet werden können.

Für Touristen gibt es unterschiedliche Regelungen, die vom Heimatland des Patienten abhängig sind. Am einfachsten ist die Vorlage der Europäischen Krankenversichertenkarte (EHIC) oder einer Ersatzbescheinigung (PEB). Über eine EHIC verfügen in der Regel Touristen aus anderen EU-Ländern oder aus den der EU gleichgestellten Ländern (siehe Kasten S. 13). Sie haben Anspruch auf alle Leistungen, die sich während ihres Aufenthalts in Deutschland als medizinisch notwendig erweisen. Das heißt: Eine unmittelbar erforderliche medizinische Versorgung (Akutbehandlung wie eine Blinddarmentzündung oder eine Virusinfektion),

aber auch beispielsweise eine fortlaufende Versorgung für chronisch Kranke (z.B. Dialysepatienten).

Patienten mit EHIC

Legt der Versicherte seine Europäische Krankenversichertenkarte vor, ist das Vorgehen wie folgt: Das Praxisteam überprüft die Identität des Patienten anhand seines Ausweises (Personalausweis, Reisepass). Diese Überprüfung „beschränkt sich auf offensichtliche Unstimmigkeiten zwischen der vorgelegten Karte und der Person hinsichtlich des Alters, des Geschlechts und des aufgebrachten Fotos.“ So schreibt es die Verordnung vor. Bei bestimmten Versichertengruppen wie Kindern ist der Identitätsnachweis auch ohne Foto gültig. Karte und Identitätsnachweis müssen je zweimal beidseitig fotokopiert werden, einmal für die Krankenkasse und einmal zum Aufbewahren in der Praxis (zwei Jahre). Für diese Fotokopien ist jeweils die EBM-Ziffer 40144 berechnungsfähig (0,13

Euro). Dazu müssen die Muster 80 und 81 ausgefüllt werden.

Besonders wichtig: Das Muster 81 muss vom Patienten selbst ausgefüllt werden. Denn auf diesem Formular bestätigt er, dass er nicht zum Zwecke der Behandlung eingereist ist und gibt an, wie lange er sich in Deutschland aufhält. Denn wer längerfristig in Deutschland ist oder zum Zweck der Behandlung einreist, kann nicht über die EHIC abgerechnet werden. Zudem richtet sich der Leistungsanspruch nach der voraussichtlichen Aufenthaltsdauer.

Durch das richtige Ausfüllen der Formulare wird verhindert, dass ein Schaden für das deutsche Gesundheitssystem entsteht, den letztlich alle Krankenversicherten zu bezahlen hätten. Denn nur, wenn alles korrekt dokumentiert vorliegt, können die erbrachten Behandlungen auch mit den Kostenträgern im Ausland abgerechnet werden.

Ebenfalls wichtig beim Ausfüllen von Muster 81: Jede gesetzliche Krankenkasse ist wählbar, die auch nach deutschem Recht wählbar ist. Darauf sollten Sie den Patienten aufmerksam machen. Dem wird es womöglich egal sein, denn die Leistungen sind ja vergleichbar. Um ungleiche Verteilungen innerhalb des Gesundheits-

Webtipp
Webportal des GKV-
Spitzenverbandes
www.dvka.de

systems zu vermeiden, ist es am sinnvollsten, die Patienten ohne spezielle Wünsche gleichmäßig auf alle Kassen zu verteilen. Bei der Verordnung von Medikamenten muss darauf geachtet werden, dass die Packungsgrößen entsprechend der Aufenthaltssdauer gewählt werden. Kehrt ein Patient am darauffolgenden Wochenende in sein Heimatland zurück, macht eine Großpackung keinen Sinn – und wird mitunter auch nicht erstattet.

Sie können die Kosten für die Behandlung mit Ihrer KV nach den Regelungen des Ersatzverfahrens abrechnen. Dazu stellen Sie einen Abrechnungsschein (Muster 5) aus. Ins Adressfeld tragen Sie Name, Vornamen und Geburtsdatum sowie die gewählte Krankenkasse ein. In das Feld „Status“ fügen Sie bei *Versichertenart* eine 1 und bei *Besondere Personengruppe* eine 7 ein. Dadurch laufen diese Abrechnungen außerhalb des normalen Budgets – und bedeuten somit bares Geld für die Praxis.

Die gesammelten Dokumente – also Kopien der EHC und des Ausweises sowie die ausgefüllten und unterschriebenen Muster 80 und 81 – schicken Sie noch am gleichen Tag zur gewählten Krankenkasse. Hier bitte nicht bis zum Ende des Quartals warten, denn in der Zwischenzeit können im ungünstigsten Fall viele Leistungen auflaufen, die dann nicht erstattet werden. Die Praxis als Leistungserbringer ist verpflichtet, die Unterlagen „unverzüglich“ an die Kasse zu schicken.

Patienten aus Vertragsländern

Patienten, die auf Basis eines bilateralen Abkommens über Soziale Sicherheit Anspruch auf Leistungen bei Krankheit haben (Kasten auf dieser Seite oben), können bei einem Aufenthalt in Deutschland ebenfalls ärztliche Hilfe beanspruchen. Diese Patienten müssen sich mit dem Anspruchsnachweis ihrer heimischen Krankenkasse zunächst an eine deutsche Krankenkasse wenden, die dann einen Abrechnungsschein ausstellt.

Mit diesem Abrechnungsschein, auf dem auch die Einschränkungen des Leistungsspektrums („Für sofort notwendige Leistungen“) vermerkt sind, kommt der Patient in die Praxis. Sie prüfen die Dringlich-

Who is who? Das Länderquiz in der Praxis

Die Länder des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) umfassen neben Deutschland Belgien, Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Island, Italien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien und Ungarn. Bilaterale Abkommen über Soziale Sicherheit

gibt es mit Bosnien-Herzegowina, Mazedonien, Montenegro, Serbien, der Türkei und Tunesien. Diese beiden Gruppen haben unterschiedliche Ansprüche, die im Text ausführlich erklärt sind.

Patienten aus allen anderen Ländern (also vor allem aus Osteuropa, aber auch aus allen afrikanischen, amerikanischen, asiatischen und ozeanischen Ländern) können nur gegen Privatrechnung behandelt werden.

keit der Behandlung und achten auf diese Behandlungseinschränkungen. Tatsächlich ist es wichtig, dass Sie sich die aktuellen Unterlagen genau ansehen. Ein Patient, den Sie vielleicht seit Jahren kennen, weil er in Deutschland lebte und auch hier versichert war, kann in sein Heimatland zurückgekehrt und jetzt nicht mehr in Deutschland versichert sein. Auch diese Patienten werden nur akut versorgt. Anfallende Routineuntersuchungen, -eingriffe und bereits im Heimatland begonnene Behandlungen dürfen nur privat abgerechnet werden.

Eine Überweisung zu einem weiteren Arzt ist nicht möglich. Bei Patienten mit Abrechnungsschein bescheinigt der Hausarzt die Notwendigkeit anderweitiger ärztlicher Behandlung auf einem Rezept (Muster 16). Das muss der Patient bei der aushelfenden deutschen Krankenkasse vorlegen, dann bekommt er wieder einen Abrechnungsschein und kann einen weiteren Arzt aufsuchen.

Patienten aus anderen Ländern

Patienten aus anderen Ländern, etwa aus Amerika oder Asien, können nur gegen Privatrechnung und nicht zu Lasten der GKV behandelt werden. Touristen schließen für solche Fälle normalerweise eine eigene Reisekrankenversicherung ab. Notfälle müssen natürlich in jedem Fall behandelt werden – schlagen aber selten in der Hausarztpraxis auf, sondern eher in einem Krankenhaus.

Patienten treten mitunter massiv fordernd auf und fordern eine Behandlung. Dadurch sollten Sie sich nicht unter Druck

setzen lassen. Wenn die Voraussetzungen dazu fehlen, geht es nur gegen Privatrechnung. Und das muss zur Not dann auch der Chef den Patienten erklären. Es ist auf keinen Fall so, dass Patienten aus dem Ausland zwangsläufig über eine Gesetzliche Krankenversicherung abgerechnet werden müssen. Sie bekommen bei Privatrechnungen zu Hause die dort gültigen Sätze erstattet.

Bringen Patienten keine gültigen Unterlagen mit, ist also grundsätzlich eine Privatrechnung auszustellen. Kann der Patient dann innerhalb von zehn Tagen doch eine Versicherung nachweisen, ist die Praxis verpflichtet, rückwirkend über Muster 80/81 abzurechnen und die angelegte Rechnung wieder zu stornieren. Bei Patienten, die eine Privatrechnung auf GOÄ-Basis erhalten, können auch Arznei-, Heil- und Hilfsmittel nur auf Privatrezept verordnet werden.

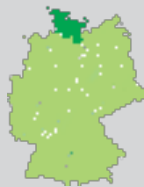
Bei Fragen und Unklarheiten sollten Sie den direkten Weg zur Krankenkasse suchen – ein kurzer Anruf bei der aushelfenden deutschen Krankenkasse schafft hier Durchblick.



Spezielle Regelungen gibt es vor allem für Patienten aus dem europäischen Ausland.

Abrechnungs-Check in Schleswig-Holstein

Hausarztpraxen können sich eine unzureichende Kodierung spätestens seit Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) nicht mehr leisten, denn die ambulante Kodierung hat Auswirkungen auf das eigene Honorar in der Praxis. Die jeweils jahresbezogene Veränderung der Morbiditätsstruktur eines KV-Bezirks fließt in die Honorarverhandlung ein.



Daher unterstützt die KV Schleswig-Holstein (KVSH) Vertragsärzte, die die Qualität ihrer Kodierung verbessern wollen, mit Informationen und Tipps sowie mit dem „eAbrechnungsscheck“. Dabei werden die Abrechnungsdaten zwischen dem 20. Tag des letzten Quartalsmonats und dem 15. Tag des ersten Quartalsmonats von einem aktuellen Testregelwerk geprüft und bearbeitet. Alle Abrechnungsfälle mit Auffälligkeiten werden in einem separaten Protokoll auf dem eKVSH-Portal schnell an die Praxis zurückgemeldet. Das Protokoll enthält patientenbezogene Informationen zur formalen und inhaltlichen Richtigkeit, unabhängig von der eingesetzten Praxisverwaltungssoftware. Die Praxis kann ihre Abrechnung anhand dieser Hinweise korrigieren, bevor sie die „Echt-Abrechnung“ übermittelt.

Der eAbrechnungsscheck funktioniert so:

1. Einwahl in das eKVSH-Onlineportal www.ekvsh.de bzw. www.ekvsh.kv-safenet.de (für KV-SafeNet-Anwender)
2. Menüpunkt Daten zur KV → eAbrechnungsscheck auswählen
3. Übertragung der Abrechnungsdatei
4. Das Ergebnisprotokoll erhalten Sie ca. 15 Minuten später auf dem Portal: Daten zur KV → eAbrechnungsscheck → Historie

Weitere Informationen unter:

www.kvsh.de

AOK Nordost bietet MFA-Schulungen

Chronische Wunden, nekrotische Wunden, infizierte Wunden – Katharina Primas weiß eine Menge über Wunden und die jeweils beste Behandlungsmethode. Heute erklärt die AOK-Fallmanagerin für Wunden Medizinischen Fachangestellten aus Berliner Hausarztpraxen, worauf es bei der Wundversorgung ankommt. „Die Diagnostik ist wichtig, aber auch die Infektionsprophylaxe“, sagt die gelernte Krankenschwester. „Und von einer ausführlichen Aufklärung der Patienten, etwa darüber, wie man sich präventiv verhalten kann und dass man seine Arzttermine unbedingt einhalten soll, kann abhängen, wie lange eine Therapie dauert und ob die Wunden erfolgreich verschlossen werden können“, ergänzt sie.

Chance zum Perspektivwechsel

Die Wundversorgung ist nur eines von insgesamt 11 Themenmodulen bei der „AOK-Schulung Praxispersonal“, die die Gesundheitskasse kostenlos in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern anbietet. Neben fachspezifischen Modulen zu DMP-Versorgungsprogrammen, Grundlagen zum Gesundheitsfonds, morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, Arzneimittel, Sprechstundenbedarf, Fahrkosten, Häusliche Krankenpflege und Heil- und Hilfsmittel bietet die AOK Nordost Module für den stressigen Praxisalltag an, wie u. a. Kommunikation mit „schwierigen“ Patienten und Entspan-

nung am Arbeitsplatz. Im vergangenen Jahr wurden 44 Schulungen mit 515 Teilnehmern durchgeführt.



Das Seminarangebot bietet beiden Seiten die Chance zum Perspektivwechsel. Die AOK-Experten schaffen Vertrauen, fördern Verständnis für das Handeln einer Krankenkasse und liefern wichtigen Input, mit dem die Zusammenarbeit verbessert werden kann. Den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich etwa leiten die Expertinnen und Experten der AOK nicht theoretisch her, sondern vermitteln der MFA das, worauf es im Praxisalltag ankommt: auf das sorgfältige und richtige Dokumentieren anhand des zehnstelligen ICD-Codes. Nur dann fließt das benötigte Geld für die Versorgung der Patienten – und die Honorierung der Ärzte.

Schulungstermine anfordern

Interessierte Arztpraxen aus Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern können ein formloses Fax mit dem Stichwort „AOK-Schulung Praxispersonal“ mit ihrer BSNR und ihrem Praxisstempel an die Nummer 0800 265080-31506 senden. Die AOK schickt dann einen Anmeldebogen mit einer Übersicht der Schulungstermine und -themen per Fax zu.

Mehr Informationen

In allen drei Bundesländern stehen die Arztberaterinnen und Arztberater der AOK Nordost Praxisteams als persönliche Ansprechpartner zur Verfügung. In einem „Arzt & Praxis“-Ordner finden Ärzte und Praxispersonal zudem wichtige Informationen und Unterlagen zu den Themen Arzneimittel, Fahrkosten, Häusliche Krankenpflege, Heilmittel, Hilfsmittel, Krankenhaus, Prävention und AOK-Versorgungsprogramme.

www.aok-gesundheitspartner.de



Sarah Tralles, MFA in Berlin: „Wir haben viele Patienten, die am DMP COPD teilnehmen. Mich hat interessiert, wie wir den Informations- und Datenaustausch verbessern können.“

VERAHs– Versorgung der Zukunft



Seit einem Jahr übernehmen die VERAHs (Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis) in Baden-Württemberg im Rahmen des strukturierten Versorgungskonzeptes „PraCMan“ das Case Management für chronisch Erkrankte im AOK-Hausarztprogramm. Das Interesse ist sehr hoch: Mittlerweile wurden durch die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft (HÄVG) in Baden-Württemberg bereits jeweils ca. 750 VERAHs und HZV-Hausärzte geschult. VERAHs sind erfahrene Medizinische Fachangestellte, die eine hoch qualifizierte Fortbildung durchlaufen haben und den Arzt bei vielen Tätigkeiten unterstützen und entlasten können.

Der Begriff PraCMan steht für praxisbasiertes Case Management in der Hausarztpraxis. An PraCMan können multimorbide Patienten mit einer hohen Wahrscheinlichkeit für einen Krankenhausaufenthalt in den nächsten 12 Monaten teilnehmen, die an einer oder mehreren der folgenden Diagnosen leiden: Herzinsuffizienz, Diabetes Typ 2 und COPD. Das Risiko wird mittels einer entwickelten Prädiktionssoftware des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) quartalsweise von der AOK Baden-Württemberg berechnet.

Technische Unterstützung erfährt die VERAH durch das „PraCMan-Cockpit“, eine spezielle Software, die von der Abteilung Allgemeinmedizin und Versor-

gungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg entwickelt wurde. Mithilfe der Software werden die PraCMan-Patienten durch die VERAH erfasst und verwaltet. Zu Beginn führt sie mittels strukturierter, evaluierter Fragebögen ein Assessment (z. B. Allergien, Impfstatus, Medikamentencheck, Depressionscreening) durch, das als Grundlage für den bedarfsgerechten Versorgungsplan und die individuelle Zielvereinbarung zwischen Arzt und Patient dient.

Während des telefonischen Monitorings erkundigt sich die VERAH regelmäßig nach dem aktuellen Befinden des Patienten. Als Coach unterstützt sie ihn gegebenenfalls bei seinen Zielen, wie beispielsweise bei der richtigen Medikamenteneinnahme oder mehr Bewegung. Die kontinuierliche Begleitung durch die VERAH zielt darauf ab, den Gesundheitszustand des Chronikers zu stabilisieren, seine Selbstmanagementfähigkeiten zu steigern und bei Verschlechterung rechtzeitig zu intervenieren. PraCMan wird von der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg wissenschaftlich begleitet, um die Versorgungsqualität multimorbider Patienten stets zu optimieren.

www.pracman.org

www.aok-bw.de

Elektronische Teilnahmeerklärung für AOK-Haus- und -FacharztProgramm



Für Versicherte der AOK Baden-Württemberg werden seit 1. Juli 2015 die unterschriebenen Teilnahmeerklärungen (TE) nicht mehr in Papierform per Post an die AOK Baden-Württemberg verschickt, sondern die Arztpraxen übermitteln ihre TE-Datensätze über das HÄVG-Rechenzentrum elektronisch. Beide Partner profitieren gleichermaßen durch das neue Verfahren. Durch Entfallen des Belegleseverfahrens reduziert sich die Verarbeitungsdauer sowie der Korrekturaufwand bei Einlesefehlern deutlich. Kurz vor den Stichtagen

gehäuft eintreffende TES können automatisiert viel schneller verarbeitet werden. Darüber hinaus werden gleichzeitig Einsparungen durch nicht mehr benötigte Formulare sowie entfallenes Porto realisiert. Der Versicherte und der einschreibende Arzt erhalten weiterhin einen persönlich unterschriebenen Papierausdruck, der vom Arzt mindestens 10 Jahre aufzubewahren ist.

www.aok-bw.de

Tagebuch-Formulare und Notfallpläne zum kostenlosen Download

Die AOK bietet auf ihren Internetseiten verschiedene Tagebuch-Formulare und Notfallpläne für chronisch kranke Patienten zum kostenlosen Download an. Abrufbar sind Vorlagen für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, chronischer Herzinsuffizienz, Asthma und COPD. Die Tagebücher helfen auch dem behandelnden Arzt zu erkennen, ob die Therapie des Patienten eventuell angepasst werden muss. Bei Bedarf können sich die Patienten die Tagebuchseiten immer wieder neu ausdrucken oder kopieren.

Die Formulare für Typ-2-Diabetiker richten sich an insulinpflichtige Patienten. Neben Blutzuckerwerten und Insulindosis können sie hier auch besondere Vorkommnisse wie Unterzuckerungen eintragen. Im Tagebuch für Herzinsuffizienz-Patienten wird insbesondere die Entwicklung des Körpergewichts dokumentiert, das wertvolle Hinweise auf mögliche Flüssigkeitseinlagerungen gibt. Außerdem sind Felder für das Eintragen der Blutdruckwerte und für weitere Angaben zum Gesundheitszustand vorgesehen.

Für Patienten mit Asthma und COPD gibt es neben Tagebuch-Vordrucken auch spezielle Vorlagen für Notfallpläne. Sie helfen Patienten und ihren Angehörigen, sich bei Anfällen akuter Atemnot richtig zu verhalten. Die Notfallpläne sollten gemeinsam mit dem behandelnden Arzt ausgefüllt und zusammen mit den Notfall-Medikamenten aufbewahrt werden. Alle Dokumente sind abrufbar unter:

www.aok-gesundheitspartner.de
Webcode W171358



Das gesündeste Lieblingsgericht: Gemeinsamgekochtes

Kochen macht Spaß – auch Ihren Kindern. Gemeinsam kneten, würzen und anrichten – das fördert die Lust, Neues zu probieren. Sterneköchin Sybille Schönberger, Philipp Lahm und die AOK-Ernährungsexperten zeigen Ihnen kinderleichte Rezepte und praktische Tipps, wie aus gesund lecker wird.

Gesundheit in besten Händen

www.aok.de/familie