

info

Das Magazin für
Medizinische Fachangestellte

praxisteam

praxisorganisation:

sprechstunde:

kaffeepause:

Schutz von Patientendaten

Multimedikation – ein ernstes Problem

Das Frühjahr kann kommen



rezeption

Neue Serie zur
kulturellen
Vielfalt



rezeption

4 Kulturelle Vielfalt in der Praxis

Die neue Serie zur interkulturellen Kommunikation

sprechstunde

8 Gute Pillen, schlechte Pillen

Mögliche Lösungen für das Problem Multimedikation

10 Alkoholsucht

Wie man sie erkennt und wie Sie Patienten unterstützen können

praxisorganisation

11 Fehler des Monats

Ein neuer Fall für das Praxisteam

12 Schutz von Patientendaten

Im täglichen Praxisablauf gilt es, Vertraulichkeit zu wahren

14 info praxisteam regional

Aktuelle Meldungen aus den Bundesländern

15 kaffeepause

Was das Praxisteam sonst noch interessiert

impressum

Herausgeber:

Springer Medizin Verlag GmbH in Kooperation mit dem AOK-Bundesverband

Verlag

Springer Medizin Verlag 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

Titelbild: © Klaus Rose

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

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

Farbe bekennen



Farbe bekennen ist eigentlich keine Aufgabe für MFA. Unser Berufsethos verlangt von uns, dass wir uns neutral, empathisch und unparteiisch

verhalten. Egal, wie es uns geht, wie viel Stress wir haben – wir sind für alle Patienten gleich freundlich da. Das ist nicht immer einfach.

Die Zusammenarbeit im Team verlangt ebenfalls Toleranz, Vertrauen und Wertschätzung. Da treffen unterschiedliche Charaktere aufeinander, Auszubildende und Berufserfahrene. Ein Team lebt von der Unterschiedlichkeit der Kompetenzen und Mitglieder. Noch bunter und vielfältiger ist unsere Patientenklintel durch die vielen Asylbewerber und Flüchtlinge geworden – auch in Regionen, wo es bisher wenige ausländische Mitbürger gab. Dieser Zustand macht manchen Angst.

»Wir können in den Praxen Vorbilder dabei sein, Farbe zu bekennen«

Doch die Angst vor dem Fremden hängt sehr von unserem eigenen Erleben und unseren Wertevorstellungen ab. Sie als MFA leisten täglich in den Praxen etwas Besonderes und gleichzeitig auch Alltägliches. Die Behandlung von Asylsuchenden ist schwierig und zeitaufwendig. Trotzdem stellen

Sie sich diesen Aufgaben mit besonderem Engagement. Viele von Ihnen engagieren sich darüber hinaus noch ehrenamtlich, bekennen Farbe zu bürgerschaftlichem Engagement. Sich zu einer Sache zu bekennen, heißt aber auch, klar strukturiert und nach gewissen Regeln zu handeln. Hier können wir in den Praxen Vorbild sein.

Auch für unsere „neuen Patienten“ gelten Regeln und Wartezeiten. Kultursensibel zu sein, bedeutet, den anderen mit seiner Religion und Herkunft zu achten, aber nicht, es ihm um jeden Preis recht machen zu wollen. Sachverhalte erklären und geduldig auf unsere Regeln hinzuweisen, ihn zu respektieren und gleichzeitig das „Hineinkommen“ in unsere Gemeinschaft zu ermöglichen – das finde ich, ist Integration. Wenn unsere Patienten merken, dass weder sie noch die Asylsuchenden bevorzugt oder benachteiligt werden, dass wir offen auf alle zugehen, ihre Bedürfnisse wahrnehmen und individuelle Lösungen suchen, dann können Wartezimmer zu „angstfreien“ Begegnungsplätzen werden.

„Farbe bekennen“ ist auch Titel des Buches der afrodeutschen Aktivistin May Ayim. Sie war eine Frau, die Farbe bekannt hat: Unaufgeregt, alltäglich, bunt – so wünsche ich Ihnen den Praxisalltag.

Sabine Ridder

Präsidentin, Verband medizinischer Fachberufe e.V.

MFA kaum von Automatisierung betroffen

Soziale und Gesundheitsberufe sind am wenigsten durch die zunehmende Automatisierung bedroht. Zu diesem Schluss kommt eine Studie der Unternehmensberatung A.T. Kearney.

Sie geht davon aus, dass in den nächsten beiden Jahrzehnten 45 Prozent der derzeitigen Jobs durch den Einsatz von Robotern gefährdet sind. An erster Stelle mit 2,7 Millionen Betroffenen stehen dabei Büro- und Sekretariatskräfte.

In die Top 10 der ungefährdetsten Berufe haben es vor allem die Berufe im Bereich der Kinderbetreuung und -erziehung geschafft sowie die Gesundheitsberufe und die Kranken- und Altenpflege.

Delegation vertragsärztlicher Leistungen richtig abrechnen

Müssen medizinische Leistungen vom Arzt persönlich erbracht werden? Das ist rechtlich im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) und in der GOÄ geregelt. In erster Linie sind in diesem Zusammenhang haftungsrechtliche Probleme zu sehen: Wenn eine MFA eine nicht delegierbare Leistung übernimmt, und ihr dabei ein Fehler unterläuft, dann muss der Arzt dafür haften. Höchstpersönlich vom Arzt zu erbringen sind zum Beispiel die Anamnese, die Indikationsstellung und die Diagnosestellung sowie Entscheidungen über die Therapie.

Die Delegation vertragsärztlicher Leistungen wurde in den Bundesmantelvertrag als Anlage 24 aufgenommen. Hausbesuche einer nichtärztlichen Praxisassistentin (EBM-Nrn. 03062 und 03063) lassen sich z. B. dann abrechnen, wenn es im Quartal einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt gegeben hat. Hintergrund dieser Regelung: Der Arzt muss die Entwicklung der Krankheit des Patienten selbst im Blick behalten, sonst kann er die Leistung nicht abrechnen.

Aus der Ärzte Zeitung

Video-Sprechstunde mit Arzt ist gefragt

Fast die Hälfte der Patienten würden per Videotelefonie mit ihrem Arzt in Verbindung treten und für 74 Prozent könnte das Telefongespräch eine Alternative zum Arztbesuch darstellen. Das hat eine Studie des Meinungsforschungsinstituts Forsa ergeben, die im Januar 2016 veröffentlicht wurde. Einbezogen waren 1.000 Bundesbürger im Alter von 16 bis 69 Jahren. Von ihnen würden auch 39 Prozent per E-Mail mit dem Arzt kommunizieren und 33 Prozent über das Internet chatten.

Die Meinungsforscher haben auch die Nutzung technischer Gesundheits-Anwendungen wie Fitness- und Ernährungs-Apps für Smartphones und Tablet-Computer abgefragt. Die kleinen, oft schon vorinstallierten Programme sind insgesamt 93 Prozent aller Befragten bekannt, werden jedoch nur von 17 Prozent genutzt. 23 Prozent der Befragten könnten sich vorstellen, eine solche Anwendung zu nutzen. Bei 60 Prozent ist das überhaupt nicht der Fall.

Bei Personen zwischen 16 und 29 Jahren ist die Nutzung mit 24 Prozent von allen Altersgruppen zwar am höchsten, bleibt aber trotzdem niedrig. Unter den ältesten Befragten sind es sogar nur 13 Prozent. Fitness-Apps liegen mit 60 Prozent weit vorne, gefolgt von Ernährungs-Apps mit 21 Prozent und krankheitsbezogenen Apps mit drei Prozent. Die große Mehrheit der Nutzer wertet ihre aufgezeichneten Daten aus, wenige teilen sie jedoch mit anderen. 63 Prozent könnten sich vorstellen, ihre Daten mit ihrem Arzt zu teilen, neun Prozent jedoch nur, wenn sie dafür jederzeit Einblick in ihre elektronische Krankenakte bekommen können

Aus der Ärzte Zeitung



Videochat mit dem Arzt? Für viele Patienten durchaus eine Alternative zum Praxisbesuch.

Anfragen bei Atemwegsinfekten

Sicher kennen Sie das Problem auch: Am Morgen klingelt das Telefon und ein Patient ruft an, erklärt er habe eine Erkältung, aber auch einen wichtigen Termin und brauche schnell ein Rezept für ein Antibiotikum.

Patienten mit einem Atemwegsinfekt haben in der Regel einen hohen Leidensdruck. Wichtig ist in dieser Situation die richtige Kommunikation bereits am Telefon durch das Praxisteam. Atemwegsinfekte sind in 90 Prozent der Fälle von Viren verursacht und Antibiotika sind unwirksam. Wenn überhaupt, kommen sie erst im Rahmen einer gut überlegten Therapie zum Einsatz, um eine zusätzliche bakterielle Infektion zu bekämpfen

oder zu verhindern. Internationale Studien belegen, dass eine reduzierte Antibiotikaverordnung keinen negativen Einfluss auf die Symptome und damit auf die Rekonvaleszenz hat.

Fragen Sie Patienten nach den Symptomen und vermitteln Sie, wenn es angebracht erscheint, den Arztkontakt. Die Patienten sind mit dem Vorgehen durchaus zufrieden, auch das belegt eine Studie. Informationen zum Thema kann man auch auf Plakaten oder Videos im Wartezimmer oder im Internetauftritt der Praxis kommunizieren. Die Therapie sollte auf eine Linderung der Symptome zielen, um dem Patienten direkt zu helfen. Ansonsten sind ein paar Tage Ruhe die beste Medizin.



Neue Serie: Kulturelle Vielfalt in der Hausarztpraxis

Klare Rollenverteilung

Migration ist nicht nur das politische Thema unserer Zeit, in den Hausarztpraxen erwachsen daraus ganz praktische Herausforderungen. In der ersten Folge der neuen info praxisteam-Serie „Kulturelle Vielfalt in der Hausarztpraxis“ geht es um Unterschiede im Rollenverständnis und den Ansichten zur Gesundheit sowie um Sprachbarrieren.

Unterschiede zwischen Menschen aus dem eigenen Kulturkreis und Migranten aus Südosteuropa, dem Nahen Osten, Asien und Afrika gibt es viele – auch im Bereich der Medizin. Denn was wir unter Krankheit verstehen und wie wir Beschwerden äußern, ist stark kulturell geprägt. Mehr noch: Während in Deutschland die klassische Schulmedizin den Alltag einer Arztpraxis bestimmt, sind in vielen Ländern, aus denen Migranten nach Deutschland kommen, magische Praktiken noch weit verbreitet.

Wenn Migranten aus Südosteuropa über diffuse Schmerzen klagen, wird mancherorts gerne etwas respektlos „Morbus Bosphorus“ diagnostiziert. Die kulturellen

Hintergründe liefern in vielen Fällen einen Ansatzpunkt für die Therapie. Die Patienten sind manchmal nicht in der Lage, die genaue Lokalisation von Schmerzen zu beschreiben. Sie äußern deshalb zum Beispiel somatische Symptome auf Basis von seelischen Problemen häufig als Bauchschmerzen.

Die Erwartungen der Patienten kennenlernen

Mancher Patient fühlt sich mit dem Ansinnen, das Unwohlsein genau zu beschreiben, überfordert. Stattdessen ist es nicht ungewöhnlich, dass erwachsene Patienten in der Sprechstunde stöhnen und jammern oder während der Untersu-

chung laut aufschreien, ohne dass es dafür einen konkreten Anlass gegeben hat. Das starke Stöhnen soll das real erlebte Kranksein („Alles tut weh“) deutlich machen. Oft erwarten die Patienten vom Arzt eine Diagnose ohne eigene Beteiligung.

Für die interkulturelle Kommunikation zwischen Arzt und Praxisteam auf der einen Seite sowie dem Patienten auf der anderen Seite gibt es eine Reihe von Dingen zu beachten. Es gibt weder „den“ Muslim, noch „den“ Migranten. Wichtig ist es immer, heraus zu finden, was der Patient selbst als Ursache für das Gesundheitsproblem erlebt, und was er selbst für die „beste“ Behandlung dieses Problems hält.

Fragen wie: „Wie nennt man denn die Beschwerden in ihrer Muttersprache?“ oder „Wie wirken Ihre Beschwerden auf Ihren Körper und Geist?“ können bei der Diagnose und Therapie durchaus hilfreich sein. Genauso wichtig ist es, heraus

zu finden, was die geeignete Umgangsform zwischen Patient und Arzt bzw. Praxis ist: Wer ist der Ansprechpartner in der Familie? Wer entscheidet? Dazu kann man zum Beispiel fragen, wie Familie und Freunde auf die Beschwerden reagieren.

Sprachprobleme und kulturelle Missverständnisse

Erfolgreiche Behandlung setzt voraus, dass sich Arzt/Praxisteam und Patient miteinander verständigen können. Es gibt unter den Migranten einen durchaus relevanten Anteil an Analphabeten und ein großes Wissensdefizit.

„Wir haben gerade einen Diabetiker in unserer Praxis, der uns wirklich Sorgen macht“, berichtet eine MFA in der Ärzte Zeitung. „Ich habe ihm jetzt schon vier Mal in langsamer Sprechweise erklärt, wie er sich sein Insulin spritzen muss. Immer sagt er: Ja, das habe ich verstanden! Hake ich nach, wird er zornig und schimpft, ich soll ihn nicht wie ein Kind behandeln.“

Die Sprachbarriere kann für Frustration auf beiden Seiten sorgen. Eine neugierige, akzeptierende und wertschätzende Haltung ist deshalb enorm wichtig. Sonst sind hohe Therapieabbruchraten die zwangsläufige Folge. Besser als ein Familienmitglied ist oft eine außenstehende Person als Dolmetscher.

Bei Verständigungsschwierigkeiten mit Patienten können Praxen auf kostenloses Infomaterial zurückgreifen, das unter anderem bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bestellt werden kann: Therapiepläne als Bilder-geschichte, Anamnesebögen, auf denen Patienten an einer aufgezeichneten Person ihre persönlichen Schmerzpunkte ankreuzen können. Auch die Krankenkassen bieten fremdsprachiges Informationsmaterial für die Kommunikation mit Migranten an, etwa die AOK den deutsch-türkischen Vorsorgemanager „AOK-Sağlık hizmeti“ als App für Smartphones. Die Nutzer können entscheiden, ob sie die App auf Deutsch oder auf Türkisch nutzen wollen. Andere nützliche Hilfsmittel sind die in mehreren Sprachen verfassten Impfpäne des

Robert Koch-Instituts. Videos helfen häufig am besten, die Sprachbarrieren zu überwinden.

Besondere Fallstricke gibt es auch bei der nonverbalen Kommunikation. Das fängt schon bei der Begrüßung an. Der 50-jährige muslimische Patient ist vielleicht irritiert, weil der vermeintliche Arzt in der Gemeinschaftspraxis eine Frau ist. Er möchte ihr nicht die Hand geben, weicht ihrem Blick aus und scheut sich, Hemd und Hose abzulegen. Eine Situation, die durchaus schwierig sein kann.

Ärztin und MFA können in einem solchen Fall interkulturelle Kompetenz zeigen, indem sie betont sachlich mit der Situation umgehen: nur ärztlich notwendige Nähe herstellen, auf länger andauernden Augenkontakt verzichten und die Situation empathisch erklären.

Andere Kulturen richtig einschätzen

Nun ist es unmöglich, sich auf jede einzelne Kultur einzustellen. Doch das müssen Sie auch nicht. Ein einfaches Modell zur Kommunikation ist das Business Behaviour-Modell über soziales Verhalten im beruflichen Alltag. Es wurde von dem US-Amerikaner Richard R. Gesteland entwickelt und lässt sich gut auf die Arztpraxis übertragen.

Demnach beziehen sich die Erwartungen (hier des Patienten) im Wesentlichen auf die Achtsamkeit und die Wertschätzung durch den Geschäftspartner – in unserem Fall also Arzt und Praxisteam. Nach dem Modell von Gesteland gibt es nur zwei verschiedene Typen:

- > **Abschlussorientierte Personen** konzentrieren sich auf die Sache, nehmen zeitliche Verpflichtungen und Termine ernst, fragen nach detaillierten Hintergrundinformationen und halten Anweisungen gewissenhaft ein. Sie sind an kurzfristige Beziehungen gewöhnt.
- > **Beziehungsorientierte Personen** legen extrem viel Wert auf die persönliche Beziehung, neigen zu Unterbrechungen, sehen Termine als Richtwerte und ändern ihre Pläne oft und ohne Umstände. Sie sind sehr besorgt um

enge Verwandte und haben eine Tendenz, lebenslange Beziehungen aufzubauen.

Das Praxisteam wird in dieser Typologie in der Regel abschlussorientiert sein. Wir erwarten von Patienten in erster Linie Kooperation mit unserer Arbeitsweise und mit den Erfordernissen des Praxisalltags. Viele Patienten erwarten aber eher aufmunternde Worte, mitfühlende Gesten, das Gefühl, umsorgt zu werden. Bei ausländischen Patienten wird das Ganze noch verstärkt, weil viele davon überzeugt sind, eine Krankheit nur mit Hilfe ihrer Familie bewältigen zu können. Die Angehörigen sind für die Behandlung des Patienten dann ein wichtiger Bestandteil. Wenn man sich diese Diskrepanz der Erwartungen deutlich macht, werden viele Alltagsschwierigkeiten verständlich und sind leichter auszubalancieren.

Ältere Migranten

Schon vor Ausbruch der Flüchtlingskrise prognostizierte das Statistische Bundesamt, dass sich die Zahl der über 64-jährigen Personen mit ausländischer Herkunft bis 2030 mehr als verdoppeln wird auf dann weit über drei Millionen. Viele waren während ihres Erwerbslebens selten bis nie krank und benötigen erst jetzt im Alter ärztliche Betreuung und Pflege. Erste Anlaufstelle ist dann die Hausarztpraxis.

Ihr Gesundheitszustand ist oft schlechter als der Durchschnitt – unter anderem auch deshalb, weil sie angebotene Dienstleistungen seltener in Anspruch nehmen. So besagt die Jahresstatistik der Deutschen Rentenversicherung Bund, dass Versicherte mit Migrationshintergrund deutlich seltener eine Reha nutzen. Während bei deutschen Versicherten 103 Rehabilitanden auf 10.000 Versicherte kommen, sind es bei Migranten aus der Türkei oder anderen Ländern Südeuropas zwischen 86 und 77 auf 10.000 Versicherte und bei DRV-Versicherten aus der ehemaligen Sowjetunion nur 57 von 10.000 Versicherten.

Ihr Newsletter

Einmal im Quartal informiert info praxisteam Sie über aktuelle Entwicklungen im Praxisumfeld und gibt Tipps für die persönliche Weiterbildung. Und natürlich können Sie info praxisteam auch bequem auf Ihrem Smartphone oder Tablet lesen – auf der Fahrt in die Praxis oder abends auf dem Sofa.

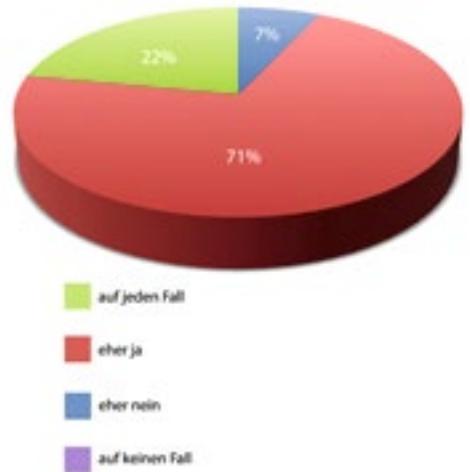
Unser Newsletter-Service informiert Sie per eMail über die neueste Ausgabe – natürlich kostenlos und jederzeit kündbar. Kreuzen Sie einfach das Kästchen unter den Fragen auf dieser Seite an, wenn Sie den Newsletter abonnieren möchten. Sie können natürlich auch online abonnieren:

www.info-praxisteam.de

Optimismus bei den Inhalationssystemen

In der letzten Ausgabe hatten wir eine Reihe von Fragen zum DMP Asthma gestellt. Die Ergebnisse belegen, dass Rauchen und Rauchverzicht ein wesentlicher Bestandteil der DMP-Sprechstunde sind. Die Aussage „Bei uns wird mit Rauchern in jeder DMP-Sprechstunde über Rauchverzicht gesprochen“ beantworteten 87 Prozent mit auf jeden Fall oder eher ja, bei der Frage nach Hilfen für ausstiegswillige Raucher waren es sogar 91 Prozent. Nicht ganz so positiv sind die Antworten auf „Alle unsere Patienten im DMP Asthma können mit ihrem Inhalationssystem richtig umgehen“. Denn nur 22 Prozent antwortet „auf jeden Fall“. Die Mehrheit sagt „eher ja“.

Alle unsere Patienten im DMP Asthma können mit ihrem Inhalationssystem richtig umgehen.



Nur 22 Prozent sind überzeugt, dass die Patienten sicher mit dem Inhalationsgerät umgehen.

Umfrage

Welche Erfahrungen machen Sie mit Migranten in der Praxis?

Wir wollen von Ihnen wissen, welche Erfahrungen Sie in Ihrer Praxis mit Migranten gemacht haben. Wählen Sie beim Beantworten unserer Fragen zwischen Zustimmung (links), Ablehnung (rechts) und den Zwischenwerten (eher ja, eher nein). Die Umfrage ist anonym, persönliche Angaben dienen nur zur Ermittlung des Gewinners.

100 Euro gewinnen!

auf jeden Fall eher ja eher nein auf keinen Fall

In unsere Praxis kommen häufig Migranten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir beobachten häufig Sprachprobleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir beobachten häufig nonverbale Kommunikationsprobleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir haben Kolleginnen mit Migrationshintergrund im Team.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir nutzen externe Unterstützung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir reden im Team über den richtigen Umgang mit Menschen anderer Kulturkreise.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bin damit einverstanden, von Springer Medizin schriftlich oder per Newsletter Informationen zu erhalten.

Vorname, Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

E-Mail-Adresse

Unter allen Teilnehmern verlosen wir **100 Euro in bar.**

Einsendeschluss ist der **15. April 2016.**

Bitte schicken Sie den Fragebogen an:

Springer Medizin, Urban & Vogel GmbH
Redaktion Info Praxisteam

Stichwort: **Leserbefragung 1/2016**
Aschauer Str. 30, 81549 München

oder schicken Sie uns ein Fax unter:

089-203043-31450

Sie können den Fragebogen natürlich auch im Internet beantworten:

www.info-praxisteam.de

Datum, Unterschrift

HPV-Impfung wird wenig genutzt

Weniger als die Hälfte der 17-jährigen Mädchen in Deutschland sind gegen das krebserregende humane Papillomvirus (HPV) geimpft. Das ist das Ergebnis einer Studie, die das Robert Koch-Institut (RKI) unter Nutzung der Abrechnungsdaten von 16 Kassenärztlichen Vereinigungen erstellt und in Zusammenarbeit mit den KVen veröffentlicht hat.

Die Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) empfiehlt seit 2007 jungen Mädchen, sich unter anderem zur Vorbeugung von Gebärmutterhalskrebs gegen HPV impfen zu lassen. Der Studie zufolge hatten bei den Zwölfjährigen bundesweit weniger als ein Prozent die zum Auswertungszeitraum erforderlichen drei Immunisierungen erhalten. Von den 17-jährigen Mädchen waren 40 Prozent vollständig geimpft, dabei gibt es erhebliche regionale Unterschiede. Die aktuelle STIKO-Empfehlung sieht zwei Impfdosen für 9- bis 14-Jährige vor.

www.versorgungsatlas.de
> **Neueste Auswertungen**

Lebensstil-Beratung in der Hausarztpraxis

Wie gut beraten Hausärzte in der Stadt und auf dem Land ihre Patienten zu einem gesunden Lebensstil? Um diese Frage ging es in einer bundesweiten Befragung von über 4.000 Hausärzten. Die Studie ergab, dass Stadtärzte im Vergleich zu ihren Kollegen auf dem Land ihre Patienten wesentlich häufiger auf die Möglichkeit hinweisen, gesundheitsschädigendes Verhalten zu reduzieren. Die Studie deutet auch darauf hin, dass sich viele Land-, aber auch einige Stadtärzte für die Lebensstilberatung nicht gut ausgebildet fühlen. Ein Ausweg könnte sein, das Beratungsangebot durch die Einbindung geschulter Praxismitarbeiter zu verbessern.

www.aok-gesundheitspartner.de
Webcode W220560

Score unterstützt bei Ermittlung des Schlaganfallrisikos

Patienten mit Vorhofflimmern gehören zum Alltag jeder Hausarztpraxis. Bei Vorhofflimmern gerät das Herz aus dem Takt, der Blutfluss wird unregelmäßig und das Blut staut sich in den Vorhöfen des Herzens. Das erhöht das Risiko für Blutgerinnsel, die sich lösen und ins Gehirn wandern können. Die Folge: Schlaganfall. Doch nicht alle Patienten sind gleich stark gefährdet. Zur Abschätzung des Risikos empfiehlt die European Society for Cardiology (ESC) den CHA₂DS₂-VASc-Score, der anhand definierter diagnostischer Kriterien eine Einordnung zulässt. Bei niedrigem Risiko rät die ESC, keine Antikoagulanzen zu verordnen, bei hohem Risiko (2 Punkte oder mehr) eine Antikoagulation beispielsweise mit einem Vitamin-K-Antagonisten (VKA).

Eine aktuelle Studie (PREFER-in-AF) hat gezeigt, dass die Zahl der Patienten mit Vorhofflimmern, die mit oralen Antikoagulanzen (VKA oder NOAK) behandelt wurden, sehr hoch ist. Sie belegt aber auch, dass die Therapie oft nicht an das Schlaganfallrisiko angepasst ist. Mehr als 60 Prozent der Patienten mit einem Score-Wert von 0 bzw. 1 (und somit keiner oder nur relativer Indikation für eine Therapie) erhielten ein orales Antikoagulanz. Rund 10 Prozent der Patienten, die einen Wert größer oder gleich 4 hatten, bekamen hingegen keines.

Die Autoren vermuten, dass Ärzte im Praxisalltag oft eher nach ihrer persönlichen Erfahrung handeln als einen Score heranzuziehen. Dies könne bei Patienten mit Vorhofflimmern zu Fehleinschätzungen hinsichtlich der Risiken für Schlaganfall bzw. schwere Blutungen führen. Darauf weist die AOK Baden-Württemberg hin.

de.wikipedia.org/wiki/CHA2DS2-VASc_Score

	Merkmal	Punkte
C	Herzinsuffizienz (engl. <i>Congestive heart failure</i>)	1
H	Bluthochdruck (engl. <i>Hypertension</i>)	1
A ₂	Alter ≥ 75 Jahre	2
D	Diabetes mellitus	1
S ₂	Vorausgegangener Schlaganfall oder TIA oder Thrombembolie	2
V	Vaskuläre Erkrankungen wie PAVK oder Herzinfarkt	1
A	Alter 65–74 Jahre	1
Sc	Weibliches Geschlecht (engl. <i>Sex category</i>)	1

RKI: Kein Grund zur Panik beim Zika-Virus

Das Zika-Virus ist seit fast 70 Jahren bekannt. Bislang galt es als relativ harmlos, jetzt gibt es Hinweise darauf, dass infizierte Schwangere ein höheres Risiko für Schädeldefektbildungen ihrer Kinder haben. In Brasilien ist von Oktober bis Anfang Februar die Zahl bewiesener Mikrozephalie-Fälle auf 404 gestiegen – in 17 Fällen konnte nachgewiesen werden, dass sich schwangere Frauen zuvor mit dem Zika-Virus infiziert hatten. Nach Angaben des Robert Koch-Instituts (RKI) ist auch denkbar, dass es einen anderen Auslöser geben könnte, beispielsweise ein Medikament.

Seit 2015 verbreitet sich der Erreger sehr rasch in Lateinamerika, vor allem in Brasilien und Kolumbien. Er wird vor allem von der tropischen Gelbfiebermücke *Aedes aegypti* übertragen, die auch Dengue-, Chikungunya- und Gelbfieber verbreiten kann. Diese Mücke kommt in Deutschland nicht vor. Zika-Viren können wahrscheinlich auch durch Sex übertragen werden. Die WHO geht aber davon aus, das „beinahe 100 Prozent aller Ansteckungen durch Stechmücken erfolgen“. Für größere Ausbrüche ist das Klima in Deutschland zu ungünstig, ist man beim Robert Koch-Institut überzeugt.



Multimedikation

Gute Pillen, schlechte Pillen

Patienten mit mehreren Erkrankungen wird oft ein ganzer Mix von Medikamenten verordnet – und zudem nehmen sie oft zusätzlich nicht rezeptpflichtige Präparate ein. 10 oder 15 Pillen pro Tag sind deshalb für viele Patienten keine Seltenheit. Doch mit der Pillenzahl wächst das Risiko, dass diese Medikamente sich gegenseitig ungünstig beeinflussen. Dann können selbst wichtige Medikamente lebensbedrohlich werden.

Zwölf verschiedene Tabletten zu fünf verschiedenen Tageszeiten sind keine Seltenheit, wenn Menschen mit mehreren, teilweise chronischen Krankheiten leitliniengetreu behandelt werden. Man spricht von Polypharmazie. Das Risiko für unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) steigt dadurch beträchtlich: Stürze beim nächtlichen Toilettengang aufgrund muskelrelaxierender Schlafmittel, Verwirrtheit, Magenbeschwerden als Folge von Dauermedikationen – um nur einige zu nennen. Davon sind vor allem ältere Menschen betroffen. Das hat verschiedene Ursachen:

- > Sie leiden häufiger als junge Menschen an mehreren Erkrankungen gleichzei-

tig, und meist bekommen sie für jede einzelne Medikamente.

- > Die Ausscheidung von Wirkstoffen über die Niere nimmt mit dem Alter ab, die altersbedingte Reduktion des Gesamtkörperwassers und die Zunahme des Körperfetts können zu einer Kumulation und verlängerter Wirkdauer führen und die Empfindlichkeit für bestimmte Arzneistoffe kann zu- oder abnehmen. Überdies kann die gleichzeitige Einnahme mehrerer Medikamente zu Enzyminduktionen und Wechselwirkungen führen, die den Wirkspiegel verändern.
- > Löst der Medikamentenmix Beschwerden aus, werden diese nicht immer als

Nebenwirkungen erkannt, sodass nicht das auslösende Medikament modifiziert, sondern ein weiteres angesetzt wird.

Doch weder die Leitlinien für krankheits-spezifische Behandlungsempfehlungen, noch Arzneimittelstudien berücksichtigen die Besonderheiten des alternden Körpers bisher ausreichend.

Ein großes Problem ist oft auch der fehlende Überblick. Den Diabetes behandelt der Diabetologe, die Arthrose der Orthopäde, die Herzbeschwerden der Kardiologe, die Lungenerkrankung der Pneumologe und die anhaltenden Blasenentzün-

Webtipp

Unter www.priscus.net gibt es weitere Informationen zum Priscus-Projekt. Informationen zum Thema Polypharmazie finden Sie auch unter www.aok-gesundheitspartner.de Webcode W87o81

dungen der Urologe. Noch schwieriger wird es bei einem Krankenhausaufenthalt. Hier bekommt der Patient oft einen veränderten Medikationsplan – zum Teil mit Medikamenten, die Komplikationen im Rahmen des stationären Aufenthaltes vermeiden sollen, dann aber ohne Fortbestehen des ursprünglichen Verordnungsgrundes doch weiter eingenommen werden.

OTC-Präparate werden kaum erfasst

Dazu kommen noch die nicht verschreibungspflichtigen OTC-Präparate, die der Patient selbst in der Apotheke kauft und die ebenfalls Nebenwirkungen und insbesondere auch erhebliche Wechselwirkungen mit den verordneten Medikamenten haben können. Theoretisch sollen alle Fäden beim Hausarzt zusammenlaufen. Doch selbst wenn es ihm gelingt, sich in der Eile der Sprechstunde einen Überblick über die Medikation eines Patienten zu verschaffen, ist die Frage nach der Priorisierung einer Therapie noch nicht entschieden. Kopf vor Herz oder Herz vor Kopf? Lieber einen Wirkstoff mit nur geringen kognitiven Nebenwirkungen, der den Blutdruck aber nur sanft senkt und damit höhere Blutdruckwerte erreicht? Um Beschwerden zu verringern, hilft manchmal nur, ein oder mehrere Medikamente wegzulassen. Dafür muss man allerdings in Kauf nehmen, dass viel-

leicht eine der Erkrankungen nicht mehr optimal behandelt wird. Leitlinien, wie die Hausärztliche Leitlinie „Multimedikation“ oder die unter Federführung der DEGAM bis Ende 2016 entwickelte Leitlinie „Multimorbidität“ können bei dieser oft schwierigen Abwägung helfen. Arzneimittellisten, wie die Priscus-Liste, die ungeeignete Medikamente für ältere Patienten benennen und besser geeignete Therapiealternativen vorschlagen, sind weitere wichtige Hilfsmittel (siehe Kasten rechts).

Ein Thema für die MFA im DMP

Polypharmazie ist im hektischen Praxisalltag zunächst eine Frage des Bewusstmachens: Wie wirkt der Patient auf mich? Macht er einen stabilen Eindruck oder baut er ab? Wie ist seine häusliche Situation? War er kürzlich in einem Krankenhaus? Wann gab es den letzten Medikamenten-Check, etwa im Rahmen des DMP?

Ungeachtet des Wissens um unerwünschte Wechselwirkungen ist Polypharmazie immer auch eine Frage der Interaktion zwischen Arzt, MFA und Patient. 85 ist nicht gleich 85, durch die lange Lebenserfahrung und unterschiedliche körperliche und soziale Voraussetzungen hat jeder Patient spezifische Mitwirkungsmöglichkeiten. Diese Individualität heißt es zu erkennen und in der Therapie zu nutzen.

Der Medikationsplan im E-Health-Gesetz

Im kürzlich verabschiedeten E-Health-Gesetz ist ein Medikationsplan verankert, auf den Versicherte, die gleichzeitig drei oder mehr verordnete Arzneimittel anwenden, ab Oktober 2016 einen Anspruch haben. Allerdings zunächst nur auf einen Medikationsplan auf Papier. Er soll Wegbereiter für die elektronische Version sein, die nach dem Gesetz ab 2019 bundesweit zur Verfügung stehen soll.

Der Papierplan soll dabei die inhaltliche Struktur für die spätere digitale Version vorgeben. Damit haben die Patienten dann zumindest schon einmal ein einheitliches Papier in der Hand, das nicht

nur Ärzte, sondern auch Pflegekräfte schnell erfassen können. Und ihnen liegt ein strukturierter Plan vor, den auf Wunsch auch der Apotheker aktualisieren kann.

Bis Ende 2017 soll dann die Technik für den digitalen Medikationsplan auf der Datenautobahn der eGK stehen. Die digitale Variante kann dann für ein Jahr erprobt und bei Bedarf in ihren Funktionen angepasst werden.



Die Priscus-Liste

Die Priscus-Liste ist Teil eines Verbundprojektes „Multimorbidität im Alter“ der Universitäten Bochum, Münster, Hannover, Bielefeld und Witten/Herdecke. Ziel der Liste ist es Wirkstoffe auszuweisen, die für ältere Menschen potenziell ein erhöhtes Risiko an unerwünschten Arzneimittelwechselwirkungen darstellen und daher vermieden werden sollten. Zu den Entwicklern der Priscus-Liste gehört Professor Petra Thürmann.



Frau Professor Thürmann, was ist bei älteren Menschen denn anders als bei jüngeren?

Da gibt es etliche Unterschiede. Zum einen lassen mit zunehmendem Alter die meisten Organfunktionen nach. Arzneimittel werden über die Nieren oder auch die Leber langsamer ausgeschieden und wirken damit länger und stärker. Zum anderen verändern sich auch die Bindungseigenschaften von Rezeptoren, deshalb spricht ein älterer Organismus z. B. stärker auf Benzodiazepine an als ein jüngerer.

Ist die Altersgrenze von 65 Jahren für die Priscus-Liste sinnvoll, sind Patienten nicht individuell zu verschieden?

Mit der Altersgrenze von 65 Jahren haben wir uns einfach am Rentenalter orientiert. Aber selbstverständlich muss man auch bei der Priscus-Liste beachten, ob man einen sehr fiten Senior vor sich hat oder einen bereits sehr eingeschränkten Menschen.

Ältere Menschen sind oft multimorbid. Was ist hier zu beachten?

Die Einzelstoffe der Priscus-Liste sind natürlich auch in ihrer Gesamtheit zu betrachten. Verträgt beispielsweise ein Patient noch ein Medikament, das als Nebenwirkung die Gedächtnisleistung einschränkt, so kann es mit zwei oder drei dieser Medikamente gleichzeitig zu einer Verstärkung des Problems kommen.



Alkoholsucht

Dunkles Geheimnis

Alkoholsucht wird von den Betroffenen gerne verheimlicht, lässt sich aber nur mit professioneller Hilfe therapieren. Die Hausarztpraxis spielt bei Früherkennung und Therapie eine wichtige Rolle.

Alkoholismus ist eine schleichende Krankheit. Sie kann jeden betreffen, der Alkohol konsumiert. Dabei kommt es weniger auf die Menge an als auf die Regelmäßigkeit des Alkoholkonsums und die Gründe dafür. Rund 75 Prozent der Alkoholkranken suchen mindestens einmal im Jahr mit Symptomen wie Bluthochdruck, chronischen Magenbeschwerden oder psychosomatischen Störungen die Hausarztpraxis auf. Das Hauptproblem ist, dass das Alkoholproblem oft nicht erkannt wird. Wichtig ist also, betroffene Patienten „herauszufiltern“, um sie dann entsprechend behandeln zu können. Das kann zum Beispiel mit einem kurzen Screening-Bogen wie dem „Audit-C“ geschehen, der in die Praxisroutine eingebaut werden kann (siehe Webtipps).

Entscheidend ist der feinfühlige Umgang mit dem Thema. Das konfrontative Ansprechen des Alkoholproblems, („Sie haben ein Alkoholproblem!“) bewirkt bei den meisten Patienten Abwehr und Widerstand. Dennoch ist es wichtig, dass das Thema vom Arzt angesprochen wird. In Studien wurde nachgewiesen, dass selbst kurze ärztliche Gespräche einen längerfristigen positiven Effekt auf die Reduktion des Alkoholkonsums haben. In

allen Phasen der Erkrankung ist die wertschätzende Motivation hilfreich. Als MFA können Sie gegenüber dem Patienten Ihre Sorge ausdrücken, wenn Sie eine Verschlechterung seiner Gesundheit wahrnehmen. Zugleich können Sie ihn ermuntern, ein offenes Gespräch mit dem Arzt zu führen, um eine Perspektive zur Veränderung zu finden.

Seit April 2015 gibt es eine Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“, in der die evidenzbasierten Fakten zu Diagnostik und Therapie dieser Erkrankung zusammengetragen sind. Einige Definitionen sind hilfreich für die tägliche Arbeit:

Risikoarmer Konsum mit bis zu 24 g Reinalkohol pro Tag für Männer (z. B. zwei Gläser Bier à 0,3l) und bis zu 12 g Reinalkohol für Frauen.

Riskanter Alkoholkonsum mit über 24 g Reinalkohol und mehr als 12 g Reinalkohol für Frauen.

Rauschtrinken als risikoreiche Einnahme von großen Alkoholmengen innerhalb kurzer Zeit.

Akute Intoxikation (ICD-10, F10.0) mit Störungen des Bewusstseins, der kognitiven Funktionen oder anderer psychophysiologischer Funktionen und Reaktionen.

Schädlicher Alkoholgebrauch (ICD-10, F10.1), bei dem eine nachweisliche Folgeschädigung der psychischen oder physischen Gesundheit des Konsumenten aufgetreten ist.

Beim **Alkoholabhängigkeitssyndrom** (ICD-10, F10.2) müssen mindestens drei der folgenden Kriterien während des letzten Jahres gemeinsam erfüllt gewesen sein:

- > ein starkes Verlangen, Alkohol zu konsumieren
- > Schwierigkeiten, die Einnahme zu kontrollieren
- > ein körperliches Entzugssyndrom, wenn die Substanz reduziert oder abgesetzt wird
- > Toleranzentwicklung gegenüber den Wirkungen der Substanz (d. h. Trinkmenge wird weiter gesteigert)
- > fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen und sozialer Kontakte
- > fortdauernder Alkoholgebrauch trotz des Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen (z. B. Jobverlust)

Das Praxisteam unterstützt

Je nachdem, wie die ärztliche Diagnose ausfällt und an welchem Punkt der Veränderungsbereitschaft der Patient steht, können unterschiedliche Wege sinnvoll sein. Die Möglichkeiten reichen von der Selbsthilfegruppe über die Suchtberatungsstelle bis zu ambulanter, tagesklinischer oder stationärer Entwöhnung und Reha. Eine besonders niedrigschwellige Hilfe kann das wissenschaftlich geprüfte Online-Selbsthilfeprogramm www.selbsthilfealkohol.de sein. Es ist anonym und kostenfrei- und kann sofort begonnen werden. Das ist besonders hilfreich,

Webtipps
Screening-Test mit drei Fragen
www.alkohol-leitlinie.de/material/AUDIT-C.pdf
Kostenloses Online-Selbsthilfeprogramm von AOK Nordost und Salus-Kliniken
www.selbsthilfealkohol.de
S3-Leitlinie zu Screening und Behandlung von Alkoholsucht
bit.ly/1oickfv

wenn sich Betroffene noch nicht trauen, persönliche Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen.

Viele betroffene Patienten erleben die offenen Gespräche in Selbsthilfegruppen als Entlastung. Sie lernen dort, mit Schamgefühlen umzugehen. Das Akzeptieren des eigenen Problems und den damit verbundenen schädlichen Auswirkungen auf Gesundheit, Familie, Arbeits- und Sozialleben hilft, weitere Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Sie können Betroffene erreichen, indem Sie Informationen über regionale Selbsthilfegruppen oder Suchtberatungsstellen mit detaillierten Informationen zu Zeit, Ort und Art des Angebotes im Wartezimmer auslegen.

Auch die Lebenspartner von Alkoholikern befinden sich oft in einer schwierigen Situation. Aus Ansprüchen wie den Schein zu wahren, Kinder zu schützen und loyalem Verhalten dem Trinker gegenüber entsteht manchmal ein Verhalten, das den Alkoholiker schützt und so sein Trinken unbeabsichtigt unterstützt. Die Suchtforscher sprechen dann von einer Co-Abhängigkeit. Daher gibt es in vielen Regionen auch Angebote für Angehörige, über die Ihre Praxis informieren kann.

Symptome für eine mögliche Alkoholsucht

Die folgenden Symptome können Anzeichen für eine Alkoholsucht sein:

- Müdigkeit und gehäufte Arbeitsunfähigkeitszeiten
- Schwindel
- Magenbeschwerden
- Rückenbeschwerden
- Unsicherheit
- Schlafstörungen
- Erektionsstörungen
- Schwitzen
- Gangunsicherheit
- Zittern der Hände
- psychische Veränderungen wie Reizbarkeit, Aggressivität, Depression



Fehler im Praxisalltag

Das Kreuz mit der Sprache

In der Rubrik „Fehler im Praxisalltag“ stellen wir in jedem Heft einen Fall vor. In dieser Folge geht es um eine Fehleinschätzung, die vor allem auf Verständigungsprobleme zurückzuführen ist.

Aus einem Krankenhaus wird folgendes Ereignis berichtet, das in ähnlicher Weise auch für Hausarztpraxen relevant sein kann:

> Was ist passiert?

Ein Patient kommt nachts ins Krankenhaus. „Er kommt wegen Blutdruck“, hatte das Pflegeheim angekündigt. Der zuständige Arzt misst eine hypertensive Entgleisung (RR 180/80 mmHg) und gibt 10 mg Ebrantil. Der Patient kann kaum deutsch. Er berichtet über eine vergangene Rippenfraktur. Seitdem habe er immer wieder Brustschmerzen, so auch in den letzten zwei Wochen. Da im EKG keine eindeutigen Veränderungen nachweisbar sind, nimmt der Arzt kein Troponin ab. Am nächsten Morgen hat der Patient noch Schmerzen und die Kollegin nimmt Troponin ab. Das Ergebnis ist positiv, was auf ein akutes Koronarsyndrom hinweist. Der Patient wird am selben Vormittag verlegt.

> Was war das Ergebnis?

Der Patient war stabil. Letztlich ist er auch noch rechtzeitig zur Koronarangiografie gekommen.

> Welche Faktoren trugen zu diesem Fehler bei?

Hier kamen mehrere Faktoren zusammen. Die Müdigkeit des Arztes (es war 2 Uhr nachts, der Patient war seit über einer Stunde angekündigt) und die Kommunikation. Das Pflegeheim hatte hohen Blutdruck als Ursache angekündigt und der Patient konnte sich wegen mangelnder Sprachkenntnisse nicht wirklich verständlich machen.

> Wie hätte das Ereignis verhindert werden können?

Genauer auf die Patienten eingehen, egal zu welcher Tages- oder Nachtzeit. Und wichtige diagnostische Schritte nie weglassen.

Kommentar eines Nutzers:

Das ist ein typischer Fehler: Man gibt sich mit der ersten plausibel erscheinenden „Ursache“ zufrieden. Ist mir auch schon passiert: Der Patient kam mit „Magen-Darm-Infekt“. Sein massives Erbrechen erklärte er mit dem „Essen einer verdorbenen Melone“. Am Ende zeigte sich dank einer aufmerksameren Kollegin eine Hirnblutung als wahre Ursache.

Kommentar des Instituts für Allgemeinmedizin:

Neben der Voreingenommenheit („Er kommt wegen Blutdruck“) und der kritischen Uhrzeit (nachts) wurde die bestehende Sprachbarriere als Ursache angegeben. Sprachbarrieren sind eine häufige Quelle für kritische Ereignisse – sowohl stationär als auch ambulant. Wie gehen Sie in der Praxis damit um? Haben Sie Diagnose- und Medikamentenlisten, die den Patienten generell ausgehändigt werden? Nutzen Sie Dolmetscher? Über welche Barrieren sind Sie ggf. dabei schon gestolpert? *Tatjana Blazejewski* ■

Fehler melden

info **praxisteam** veröffentlicht besonders für MFA interessante Fälle.

www.jeder-fehler-zaehlt.de



Datenschutz in der Praxis

Patientendaten richtig sichern

Alle persönlichen Patientendaten sowie Angaben zur Behandlung unterliegen dem Datenschutz. Diese müssen gegen Datenklau durch Hacker geschützt werden – aber auch im täglichen Praxisablauf gilt es, Vertraulichkeit zu wahren.

Ein Ziel des E-Health-Gesetzes ist es, den Datenfluss zwischen den Ärzten und auch mit anderen Leistungsanbietern im Gesundheitswesen zu verbessern. Der Nutzen ist klar: Wenn die in einer Praxis erhobenen Befunde schnell auch andernorts verfügbar sind, kann der weiter behandelnde Arzt auf die Vorarbeiten der Kollegen zurückgreifen und muss mit der Diagnostik nicht von vorne beginnen: Überflüssige Doppeluntersuchungen sollen so vermieden werden.

Nach der aktuellen Version des Gesetzes ist das Verschicken eines E-Arztbriefes bald rechtssicher möglich – mithilfe der Signatur des elektronischen Arztausweises. Der Versand der Online-Briefe soll im Jahr 2017 mit je 55 Cent gefördert werden, wenn dafür sichere elektronische Netze genutzt werden und wenn die Briefe mit qualifizierter elektronischer Signatur (QES) versehen sind. Transportweg soll dabei zunächst KV-Connect

sein, das sichere Netz der KVen, über das auch eine Verschlüsselung der Briefe gewährleistet wird.

Datensicherheit für die IT-Infrastruktur

Eine sichere E-Mail-Verbindung bieten auch andere Anbieter an, etwa die Deutsche Telekom sowie United Internet mit den Diensten 1&1, WEB.DE und GMX. Registrierte Nutzer können von den jeweiligen Internetseiten ein kleines Zusatzprogramm herunterladen und darüber die Ende-zu-Ende-Verschlüsselung installieren.

Der Einsatz sicherer Infrastruktur und Verschlüsselung ist elementar, denn die Daten in Arztpraxen sind durchaus gefährdet. Dabei gibt es mehrere kritische Punkte, die Kriminellen die Tür öffnen. Wenn Nutzer manipulierte Webseiten ansurfen, können die Hacker über vorhandene Schwachstellen in den Browsern direkt Daten abgreifen oder

unbemerkt eine Software auf dem PC ablegen und damit die Kontrolle über den Rechner erlangen. Das passiert auch durch E-Mails mit einem präparierten Link, auf den man geklickt hat.

IT-Experten empfehlen deshalb soweit möglich eine physikalische Trennung aller Internetrechner vom Praxisnetzwerk. Wichtig ist auch, dass auf allen Praxisrechnern Betriebssysteme, Antivirensoftware und Firewall auf dem aktuellen Stand gehalten werden. Im Falle der Antivirensoftware bedeutet das in der Regel tägliche Updates, die bei entsprechender Konfiguration aber ohne Zutun des Benutzers im Hintergrund ablaufen. Für WLAN-Verbindungen sollte eine Verschlüsselung nach dem aktuellen WPA2-Standard eingerichtet werden – mit einem hinreichend sicheren Passwort (siehe Kasten S. 13).

Webtipp
Die Sicherheit der Daten in Ihrer Praxis können Sie überprüfen mit dem PraxisCheck der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)
www.kbv.de/html/6485.php

Jeder im Praxisteam muss ein Bewusstsein für Datensicherheit haben – deshalb ist es sinnvoll, das Thema regelmäßig (z. B. jedes Quartal) mit in die Teambesprechung zu nehmen. Zu den sinnvollen Maßnahmen gehört es auch, dass Praxisrechner generell gesperrt werden, sobald Sie Ihren Arbeitsplatz für eine Pause verlassen. Außerdem sollen Passwörter und andere wichtige Zugangsdaten in regelmäßigen Intervallen erneuert werden – etwa alle drei Monate empfiehlt sich hier als Faustregel.

Ein anderes Sicherheitsrisiko sind mobile Geräte. Werden USB-Sticks in der Praxis verwendet, sollten diese Speicher mit einer Hardwareverschlüsselung gesichert sein. Die sind in der Regel teurer als solche ohne Verschlüsselung, bei Verlust können Dritte die gespeicherten Informationen aber nicht auslesen. Auch Tablet-PC oder Laptops, die z. B. bei Hausbesuchen genutzt werden, sollten eine Festplattenverschlüsselung aktiviert haben. Das gleiche gilt für Cloud-Lösungen wie Microsoft OneDrive, Google Drive oder Dropbox: Wer hier Daten ablegt, sollte auch diese verschlüsseln. Dafür können Programme wie „Boxcryptor“ verwendet werden.

Datenschutz betrifft nicht nur die IT

Wenn von Datenschutz die Rede ist, geht es aber nicht allein um einen Hacker-Einbruch in den Praxis-PC, vielmehr auch um den alltäglichen Umgang mit Patientendaten. So bemängelt das Bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht Missstände in Arztpraxen. Es hat in den Jahren 2013 und 2014 insgesamt 117 Bußgeldverfahren wegen Datenschlampereien bearbeitet und in 37 Fällen Bußgeldbescheide erlassen. Die Höhe der festgesetzten Bußgelder betrug rund 200.000 Euro.

Datenschutz fängt bei der Einrichtung der Praxis an. Ist der Rezeptionsbereich so gestaltet, dass nicht jeder Patient im Wartezimmer gleich die Telefongespräche des Praxisteams mithört? Wenn Empfangsbereich, Warte- und Funktionsräume getrennt sind, kommen wir dieser Situation schon sehr nahe. Ist das aus

baulichen Gründen nicht möglich, sollten Sie trotzdem auf ein Mindestmaß an Diskretion achten, zum Beispiel, indem Sie die Patientendaten schriftlich erheben. Das kann unpraktisch sein, wird von Patienten aber als Wahrung ihrer Intimsphäre geschätzt.

Überhaupt ist die Rezeption die größte Datenschutzfalle der Praxis. Der Arzt gibt laute Anweisungen, die durchaus Einblicke in eine Krankengeschichte geben können, Faxe und Akten liegen herum, die später abgelegt werden sollen und ständig gibt es Anfragen und Auskünfte am Telefon. Dass Patientenakten und Kalender nicht auf den Tresen gehören, dürfte bekannt sein. Mindestens genauso wichtig ist es aber auch, dass Bildschirme immer so aufgestellt sind, dass Patienten den Inhalt nicht lesen können. Falls das nicht möglich ist, sollte ein Sichtschutz für die nötige Diskretion sorgen.

Gerne wird auch übersehen, dass Backup-Medien besonders gesichert werden müssen. Die Aufbewahrung in einem verschlossenen Raum allein ist nicht ausreichend. Dringend empfohlen wird eine kryptografische Verschlüsselung der Datenträger. Dann ist es weniger kritisch, wenn sie mal in falsche Hände fallen.

Denn zum Auswerten der Daten ist dann immer noch ein Passwortschutz zu überwinden.

Datenschutzfalle Praxis-Homepage

Auch beim Einsatz von Web-Formularen oder Apps, die manche Arztpraxen ihren Patienten als Service anbieten – etwa für die Terminvergabe auf der Praxis-Homepage –, müssen datenschutzrechtliche Anforderungen eingehalten werden. Um ein nachträgliches Entschlüsseln zu erschweren, muss der digitale Transportweg durch eine SSL/TLS-Verschlüsselung gesichert werden.

Der „EDV-Leitfaden zu Datenschutz und Datenverarbeitung in Arztpraxen“, der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Bundesärztekammer (BÄK) herausgegeben wurde, beschreibt den Datenschutz aus EDV-Sicht. Die wichtigsten Punkte für die tägliche Praxis haben wir im Kasten unten für Sie zusammengefasst. Einen eigenen Datenschutzbeauftragten braucht die Praxis übrigens nur, wenn dort mindestens zehn Mitarbeiter mit der automatisierten Verarbeitung personenbezogener Daten beschäftigt sind.

Die Checkliste für Praxis-PCs

Folgende Sicherheitsmerkmale sollten für jeden PC-Arbeitsplatz gelten:

- > Zugang zum PC durch ein Passwort mit hohem Sicherheitsstandard geschützt (> 8 Stellen, bestehend aus Groß- und Kleinbuchstaben, Zahlen und Sonderzeichen)
- > Passwortgeschützter Bildschirmschoner aktiviert
- > Computer, die mit dem Internet verbunden sind, müssen durch eine Firewall geschützt sein
- > Patientendaten möglichst verschlüsselt speichern
- > Auch bei Systemverwaltung und Wartung der EDV durch externe Dienstleister sicherstellen, dass Patientendaten nicht gelesen werden können



Arzneimittelberatung für Schwangere

Schwangere können ab sofort eine persönliche Arzneimittelberatung in der Apotheke mit besonderem Augenmerk auf das ungeborene Kind erhalten. Möglich macht dies ein exklusiver Vertrag zwischen der AOK Niedersachsen und dem Landesapothekerverband Niedersachsen e.V. (LAV). Die Beratung wird durch approbierte Apotheker durchgeführt und von der AOK gesondert vergütet. Insgesamt können rund 1.900 Mitgliedsapotheken die Beratung durchführen.



Mit dieser Arzneimittelberatung für Schwangere verschafft sich der Apotheker – über das übliche Maß der Beratung hinaus – einen genauen Überblick, welche Arzneimittel die Frau einnimmt. „In dem Gespräch mit der werdenden Mutter informiert sich der Apotheker genau über die verwendeten Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel. „Gerade während der Schwangerschaft ist es für die Gesundheit von Mutter und Kind von hoher Bedeutung, die Einnahme von Medikamenten und Nahrungsergänzungsmitteln aufeinander abzustimmen, um unerwünschte Nebenwirkungen zu vermeiden“, erläutert AOK-Vorstandsvorsitzender Dr. Jürgen Peter.

Interessierte können sich bei der AOK vor Ort einen personalisierten Gutschein abholen und ihn in einer teilnehmenden Apotheke einlösen.

www.aok.de/niedersachsen



Während der Schwangerschaft ist Arzneimittelberatung besonders wichtig.

Minimalinvasive Operationen ambulant

Frauen, die bei der AOK-PLUS versichert sind, können sich bei gynäkologischen Problemen in der Praxisklinik Hoyerswerda ambulant minimal-invasiv operieren lassen. Das regelt ein Versorgungsvertrag zwischen der AOK PLUS und der Praxisklinik, die zum Medizinischen Versorgungszentrum für Operative Gynäkologie gehört.

Dabei kommen innovative organerhaltende Operationsmethoden zum Einsatz, zum Beispiel die Verödung der Gebärmutter Schleimhaut mittels des sogenannten „Goldnetzes“ bei therapieresistenten Blutungsstörungen. „Das ist für die Frauen die eindeutig bessere Altern-

tive zu einer Totaloperation“, sagt Rainer Striebel, Vorsitzender des Vorstandes der AOK PLUS. Auch Polypen der Gebärmutter und Myome werden in der Praxisklinik ambulant behandelt. Durch die schonenden Eingriffe können insbesondere auch Patientinnen mit Kinderwunsch schonend operiert werden. Der stark verkürzte Klinikaufenthalt verringert die Gefahr, sich mit Krankenhauskeimen zu infizieren und macht eine schnellere Wiedereingliederung in den Arbeitsalltag möglich.

www.aokplus-online.de



Die ambulante Versorgung verbessern



Wie kann die ambulante Versorgung in Baden-Württemberg weiterentwickelt werden? Diese Frage wird vom Arzt-Partner-Service (APS) der AOK

Baden-Württemberg in der aktuellen ersten Kampagne 2016 mit den niedergelassenen Fachärzten diskutiert. Der APS unterstützt seit 2007 die ambulant tätigen Vertragsärzte in Baden-Württemberg. Jetzt gehen rund 80 Mitarbeiterin-

nen und Mitarbeiter mit Informationen in die Praxen, die auf die spezifischen Bedürfnisse des jeweiligen Facharztes zugeschnitten sind. Von großer Bedeutung ist für die AOK die gleiche Sprache bei der ICD-Verschlüsselung, um den Versorgungsaufwand adäquat abzubilden. Die ICD-10 enthält rund 78.700 Codes und beeinflusst häufig auch die Therapie, vor allem wenn Ärzte verschiedener Fachrichtungen beteiligt sind.

www.aok.de/baden-wuerttemberg

Gesunde Lebensführung zahlt sich aus

Für ihre rund 1,75 Millionen Versicherten in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern setzt die AOK Nordost in diesem Jahr einen Schwerpunkt auf digitale Angebote. Dazu gehört das digitale Prämienprogramm *FitMit AOK*. Es richtet sich vor allem an technikaffine Versicherte. In den Grundfunktionen ist die *FitMit AOK*-App auch von Fremd-Versicherten nutzbar, Prämien im Gegenwert von bis zu 375 Euro im Jahr sowie Vorteile bei Sportpartnern erhalten aber nur AOK-Nordost-Versicherte.

„Der Einsatz für die eigene Gesundheit hat sich noch nie so einfach ausgezahlt“, sagt Frank Michalak, Vorstandsvorsitzender der AOK Nordost. „FitMit AOK dürfte

das erste vollständig digital nutzbare Prämienprogramm einer gesetzlichen Krankenkasse sein. Wir sehen in technikbasierten Präventionsangeboten eine zusätzliche Möglichkeit, Menschen, die wir über die klassischen Wege nicht mehr erreichen, zu einem gesunden Lebensstil zu motivieren.“ Der Schutz der persönlichen Versicherten-Daten ist der AOK Nordost dabei ein zentrales Anliegen. Das Datenschutzkonzept wurde deshalb unter wissenschaftlicher Beratung eines renommierten Datenschutzexperten erarbeitet.

www.aok.de/nordost



Mit Fitnessarmband mehr bewegen



Der Grundgedanke von Fitnessarmbändern ist es, dem Träger sein Bewegungsverhalten bewusst zu machen und ihn anzuspornen. Das ist sinnvoll, gerade jetzt im Frühling, wo jeder gerne nach draußen geht. Dazu gibt es ganz unterschiedliche Geräte vom minimalistischen Armreif bis zum trendigen Ausstattungswunder.

Die Stiftung Warentest hat im Januar 2016 zwölf aktuelle Modelle unter die Lupe genommen. Das Fazit: Nur zwei von zwölf sind gut. Also: Augen auf beim Armbandkauf.

www.test.de, Suchwort „Fitnessarmbänder“

Frühjahrsmode: Jetzt wird's bunt

In der neuen Frühjahrsmode geben - neben dem klassischen Trend „Schwarz und Weiß“ - auch Knall- und Signalfarben wieder den Ton an. Ob als Schuh, Accessoire oder Kleid, auf Lippen, Nägeln oder Augenlidern: Bunte, knallige Töne in Signalfarben sind in diesem Frühjahr ein wichtiger Trend.

Wenn es Ihnen schnell zu bunt wird: Setzen Sie nur farbige Akzente, zum Beispiel mit einer knalligen Tasche oder neongrünen Schuhen und halten Sie den Rest dezent zurück. Gleiches gilt fürs Make-up: Betonен Sie stets Augen oder Lippen. So wirken Sie nie „angemalt“.

www.brigitte.de, Suchwort „Signalfarben“



Blumen machen uns glücklich



Eine Studie der Rutgers Universität in New Brunswick (USA) beweist: Blumen verstärken positive Gefühle und Stimmungen. Bei der Studie in den USA zeigten ausnahmslos alle Studienteilnehmer echtes Lächeln und Freude, nachdem sie Blumen geschenkt bekamen. Und das gilt nicht nur für Frauen. Auch Männer können sich laut Studie nicht der positiven Wirkung von Blumen entziehen. Beide gaben an, sich so weniger traurig und ängstlich zu fühlen. Wer statt

Schnittblumen auf den eigenen Garten und Balkon setzt, hat zudem noch reichlich Bewegung und frische Luft obendrauf.

Die Reisetrends 2016



Was sind die Reisetrends 2016? Dieser Frage ging die Internetplattform tripadvisor im Rahmen einer Umfrage auf der eigenen Plattform nach. Die wichtigsten Trends:

Trend 1: Neue Erlebnisse

In diesem Jahr wollen Reisende aus allen Altersgruppen neue Dinge ausprobieren, etwa eine Kreuzfahrt oder eine Singlereise. 69 Prozent der Reisenden gaben an, 2016 etwas Neues auszuprobieren.

Trend 2: Höheres Urlaubsbudget

Jeder dritte Reisende hat die Absicht, 2016 mehr für den Urlaub auszugeben als im Vorjahr. Und das liegt nicht an gestiegenen Kosten. 31 Prozent davon möchten mehr ausgeben, weil es für ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden gut ist.

Trend 3: Kultur und Angebote

Bei der Wahl des Reiseziels spielen verschiedene Faktoren eine Rolle.

- 47 Prozent der Reisenden gaben an, dass sie ein Ziel aufgrund der Kultur und der Menschen in diesem Land ausgesucht haben.
- 21 Prozent haben ein Reiseziel aufgrund eines Aktionsangebots oder Pauschalangebots eines Hotels gewählt.
- Einer von fünf Reisenden will ein Reiseziel besuchen, weil es in einer Fernsehsendung gezeigt wurde.

www.tripadvisor.de



Sicherheit ist, wenn man sich aufeinander verlassen kann

Wir wissen, was wichtig ist: Ihre Gesundheit. Mit 61.000 Mitarbeitern, 1.380 Geschäftsstellen und zahlreichen Vorsorgeleistungen kümmern wir uns darum, dass Sie gesund bleiben oder schnell wieder gesund werden. Darauf vertrauen schon 24 Millionen Versicherte in ganz Deutschland.

Gesundheit in besten Händen

www.aok.de