

info

Das Magazin für
Medizinische Fachangestellte

praxisteam

sprechstunde:

Patienten in der Zuckerfalle

rezeption:

So bewältigen Sie persönliche Krisen

praxisorganisation:

Die Neuerungen im DMP COPD



sprechstunde

Die Telemedizin kommt
in die Praxis

rezeption

- 4 Persönliche Krisen**
Vom richtigen Umgang und dem Weg zur Resilienz
- 6 Leserdialog**
Ihre Meinung ist gefragt

sprechstunde

- 8 Zucker und Gesundheit**
Ein hoher Zuckerkonsum ist in jedem Alter gefährlich
- 10 Telemedizin**
So kommt die Videosprechstunde in die Praxis

praxisorganisation

- 11 Fehler des Monats**
Ein neuer Fall für das Praxisteam
- 12 Disease Management Programme**
Die aktuellen Neuerungen im DMP COPD
- 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:

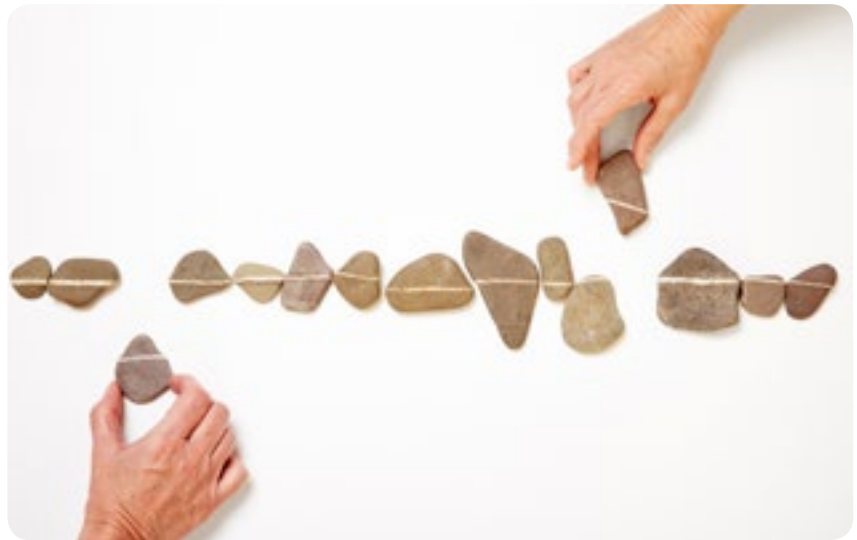
Markus Seidl (v.i.S.d.P.)
Dr. Reinhard Merz (Redaktionsleitung)

Anschrift wie Verlag,
redaktion@info-praxisteam.de

Titelbild: © agenturfotografin – stock.adobe.com

Druck: Vogel Druck und Medienservice GmbH
Leibnizstr. 5, 97204 Höchberg

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



Ausbildung als Teamaufgabe



Mit dem Start des Ausbildungsjahres heißt es für viele Praxen, sich an neue Auszubildende zu gewöhnen, ihre Ausbildung in den Arbeitsablauf zu integrieren und ihnen das Gefühl zu geben, dass sie willkommen sind. Gefragt sind dabei Aufmerksamkeit, Einfühlungsvermögen und Zeit – auf beiden Seiten. Ein gut funktionierendes Qualitätsmanagementsystem in

gelernten Stoff übereinstimmen. Das sollte nicht nach einer Prüfung klingen, sondern deutlich machen, dass Sie interessiert sind, wie sich die jungen Kolleginnen und Kollegen entwickeln. Auf Grundlage dieser Gespräche kann ein gemeinsamer Plan entstehen, wie und wann mögliche Defizite behoben werden (z. B. durch Hospitation in einer anderen Praxis oder eine Schulung). Auf diese Weise stärken Sie die Auszubildenden und die Ausbildungspotenziale im eigenen Betrieb, erkennen Schwächen rechtzeitig und können Lösungen entsprechend fördern.

»Die Ausbildung zur MFA ist dann sinnvoll, wenn sie auch Perspektiven bietet«

der Praxis kann dafür eine wichtige Grundlage sein. Dank der Transparenz der Arbeitsabläufe und eindeutiger Checklisten können sich auch Auszubildende orientieren. Für jeden Einsatzbereich sollte ein Beauftragter benannt sein, der sich um den Auszubildenden in diesem Bereich kümmert.

Mindestens nach jedem Ausbildungsabschnitt heißt es, Lernzielkontrollen mit dem Auszubildenden durchzuführen. Gleichen Sie gemeinsam ab, ob die in der Ausbildungsverordnung vorgegebenen Inhalte mit dem tatsächlich

Die Ausbildung zur/zum Medizinischen Fachangestellten ist ein wesentlicher Faktor der Fachkräftegewinnung. Und damit sie später nicht „abwandern“, sollten sie ihre beruflichen Perspektiven kennen. Geben Sie Ihren zukünftigen Kolleginnen und Kollegen die Chance, sich mit einem guten Abschluss besser und leichter für die Praxis qualifizieren zu können. Denn nur so haben Sie die Möglichkeit, qualifizierte und motivierte Fachkräfte zu binden. Ein gutes und zufriedenes Personal gehört zu dem wichtigsten Kapital, das eine Praxis hat. Der Wettbewerb um die Besten hat längst begonnen!

Ihre **Carmen Gandila**

Präsidentin

Verband medizinischer Fachberufe e.V.

MFA sind offen für die Digitalisierung

MFA bewerten die Chancen der Digitalisierung für die Arztpraxen oft deutlich positiver als viele Chefs. Das zeigt eine Kurzbefragung des Instituts für betriebswirtschaftliche Analysen, Beratung und Strategieentwicklung (IFABS).

Das IFABS hat Mitarbeiterinnen in 120 Arztpraxen befragt, deren Inhaber der Digitalisierung ablehnend gegenüberstehen. Danach gehen 67 Prozent der MFA davon aus, dass sich die skeptische Haltung ihres Chefs negativ auf den Erfolg der Praxis auswirken wird. 21 Prozent erwarten keine Auswirkungen und nur 12 Prozent denken, der Verzicht auf die neuen technischen Möglichkeiten sei eher positiv. Die meisten Mitarbeiterinnen würden es begrüßen, wenn sich der Arzt nicht gegen die Digitalisierung stellen würde. Grund für manchen Frust: Vorschläge der MFA zur Verbesserung der Praxisorganisation werden in vielen Fällen nicht aufgegriffen. Ein Beispiel: Der Praxisinhaber ist davon überzeugt, dass eine Telefonleitung für die Praxis ausreicht, die Mitarbeiterinnen halten aufgrund ihrer täglichen Erfahrung dagegen drei Leitungen für notwendig und hätten gern Headsets.

Aus der Ärzte Zeitung

MFA-Azubis sind zufrieden

Die Auszubildenden in den Gesundheitsfachberufen sind mit ihrer Berufswahl überwiegend zufrieden. Das geht aus dem azubi.report 2017 hervor, für den das Onlineportal Ausbildung.de insgesamt 1.840 Azubis zu ihrer derzeitigen Ausbildungssituation befragt hat. Bei zwölf Prozent der Befragten handelte es sich laut Portalbetreiber um angehende MFA oder Azubis aus anderen Gesundheitsberufen. Mehr als 70 Prozent können sich nach eigener Aussage vorstellen, auch in fünf bis zehn Jahren noch in ihrem erlernten Beruf zu arbeiten. Die Wahl des Berufs fällt den 88,6 Prozent aufgrund ihrer persönlichen Interessen.

Notfalldaten auf der Gesundheitskarte erfolgreich getestet

Der ab 2018 geplante Notfalldatensatz (NFD) wird eine der wichtigsten Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte (eGK). Das gilt nicht nur für die Notfälle, die in den Kliniken landen. Denn über 20 Millionen Notfälle pro Jahr entfallen auf den vertragsärztlichen Bereich und den Bereitschaftsdienst. Und auch bei Akutpatienten, die neu in die Praxis kommen, könnte der Datensatz sozusagen auf Knopfdruck wichtige Informationen zur Krankengeschichte, Medikation oder Allergien liefern.

In einem Pilotprojekt haben Ärzte und MFA aus 31 Praxen insgesamt 2.598 Notfalldatensätze und 573 Datensätze mit persönlichen Erklärungen für 2.610 Patienten angelegt. Die anonymisierten Notfalldatensätze wurden anschließend von der Stabsstelle Telemedizin des Universitätsklinikums Münster bezüglich medizinischer Inhalte und auf Echtheit überprüft. Außerdem wurden die Ärzte und MFA der Praxen zu drei Zeitpunkten – vor, während und nach dem Anlagezeitraum – telefonisch befragt. Zudem wurden fast 300 Patienten befragt.

100 Prozent der Ärzte halten den Notfalldatensatz für sinnvoll. Von den befragten Patienten gaben 96,3 Prozent an, dass Ärzte sie durch einen NFD besser versorgen können. 47,3 Prozent der Patienten stimmten zudem der Aussage zu, dass sie schon einmal in einer Situation waren, in der ein NFD hilfreich gewesen wäre. Und 80 Prozent der Ärzte im ambulanten Bereich gaben an, mit dem Anlageprozess „sehr“ oder „eher zufrieden“ zu sein.

Danach gefragt, auf welchem Medium sie den NFD gerne bei sich tragen würden, sagten 95,3 Prozent der Patienten auf der elektronischen Gesundheitskarte. 11,7 Prozent könnten sich die Papiervariante und 11,1 Prozent auch die Onlineversion mit einem Zugang nur für Ärzte vorstellen. Das eigene Smartphone bzw. eine entsprechende App hielten hingegen nur 4,4 Prozent für den geeigneten Speicherort. Mehrfachnennungen waren möglich.



Neuer Vordruck zur häuslichen Krankenpflege

Ab 1. Oktober 2017 gibt es einen geänderten Vordruck zur Verordnung von Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (HKP) und der vor einem Jahr eingeführten Unterstützungspflege. Das neue Formular (Muster 12) ist klarer strukturiert. Darauf werden Informationen abgefragt, die für die Durchführung der Leistungen erforderlich sind. Dazu gehören Medikamentengabe, Blutzuckermessung, Kompressionsbehand-

lung oder Wundversorgung. Seltene Leistungen können unter „Sonstige Maßnahmen“ auf Freitextfeldern angegeben werden. Ab 1. Oktober 2017 ist das neue Muster 12 in den Praxisverwaltungssystemen hinterlegt und kann am Rechner ausgefüllt oder per Blankoformularbedruckung erzeugt werden. Alte Vordrucke dürfen Praxisteams dann nicht mehr verwenden.

www.aok-gesundheitspartner.de



Kritische Lebensereignisse

So bewältigen Sie Krisen

Persönliche Krisen haben nicht nur einen erheblichen Einfluss auf die körperliche und seelische Gesundheit, sie beeinflussen auch unsere Arbeit und unser gesamtes Leben. Aber was überhaupt sind die häufigsten Brandherde in unserem Leben? Und wie kann man sie wieder löschen?

Was ist eine persönliche Krise? Wir Menschen sind „Gewohnheitstiere“ und ein Bruch in der Kontinuität unseres Lebens wird oft als bedrohliche Veränderung wahrgenommen. Das passiert oft unerwartet – beim Auftreten einer schweren Krankheit, bei Unfällen oder wenn der Partner die Beziehung verlässt. Auch Übergänge von einer Lebensphase in eine andere können so empfunden werden, etwa die Geburt des ersten Kindes oder das Auftreten erster Alterungserscheinungen, dann gerne als „Midlife-Crisis“ bezeichnet. Was außer Frage steht: Solche Krisen haben einen massiven Einfluss auf unser Wohlbefinden und unsere Leistungsfähigkeit.

Häufigkeit von kritischen Lebensereignissen

Welches sind die häufigsten persönlichen Krisen und welchen Einfluss haben sie auf unseren Berufsalltag? Dieser Frage ist das

Wissenschaftliche Institut der AOK in einer repräsentativen Umfrage nachgegangen. Von den 2.000 Befragten nennen mehr als die Hälfte (52 Prozent) mindestens ein kritisches Lebensereignis, das in den letzten fünf Jahren stattgefunden hat oder noch andauert. Am häufigsten werden „belastende Konflikte im privaten Umfeld“ genannt (s. Abb. Seite 5).

Die Häufigkeit alleine sagt jedoch noch nichts über die subjektive Bedeutung für die Betroffenen aus. Um die Bedeutung gewichten zu können, wurden die Befragten gebeten, das jeweils „schlimmste“ Lebensereignis zu nennen. Alle Aussagen in der Tabelle auf Seite 5 beziehen sich auf dieses „schlimmste“ Ereignis. Für die unter 30-Jährigen sind die Konflikte im privaten Umfeld als schlimmstes Ereignis eingestuft worden, gefolgt von Streit oder Mobbing am Arbeitsplatz und finanziellen Problemen. Bei den 30- bis 40-Jährigen stehen die „belastenden Konflikte“ an ers-

ter Stelle, gefolgt von den Kategorien „Trennung“ und „schwere Erkrankung“. In der Gruppe der 40- bis 50-Jährigen sind „schwere Erkrankung“ und „belastende Konflikte“ weit vorne und in der Gruppe der 50- bis 65-Jährigen wird erstmals der Tod eines Partners am häufigsten als schlimmstes Erlebnis genannt.

In all diesen Fällen werden gewohnte Lebensentwürfe infrage gestellt. Man befindet sich quasi an einer Kreuzung, an der man über den weiteren Weg entscheiden muss. Das ist häufig sehr schmerzlich. Darin liegt aber auch immer die Chance, den bisherigen Lebensweg zu korrigieren. Doch die zwingende Kraft der Veränderung durch die Krise ermöglicht ebenso einen kraftvollen und kreativen Neuanfang.

Phasen der Krisenbewältigung

Die Psychologie unterscheidet vier unterschiedliche Phasen der Krisenbewältigung:

Phase 1: Verleugnung. Wir wehren uns gegen die Veränderung, glauben wir seien nicht krank oder der Partner käme schon wieder zurück.

Phase 2: Aufbrechende Gefühle. Wir fühlen uns machtlos, hadern mit dem Schicksal und durchlaufen ein Tal von Angst, Wut, Schuldgefühlen und Selbstzweifeln.

Phase 3: Neuorientierung. Wir überlegen, in welche Richtung es für uns weitergehen könnte und wägen Lösungsmöglichkeiten und Auswege gegeneinander ab.

Phase 4: Wiederhergestellte Balance. Wir haben uns mit der neuen Situation arrangiert und können neue Kraft daraus schöpfen.

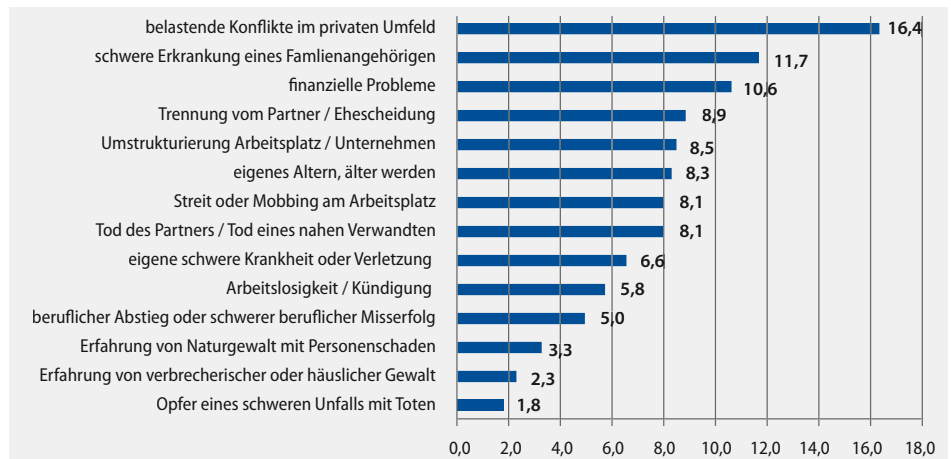
Um eine Krise erfolgreich zu bewältigen, werden meist alle diese Phasen durchlaufen. Und wie jeder weiß, gelingt das nicht jedem und nicht immer. Wer aber den Übergang zu Neuorientierung und wiederhergestellter Balance nicht schafft, läuft Gefahr, seelisch zu erkranken. Und die Reaktionen auf solche seelischen Erschütterungen sind sehr unterschiedlich. Menschen können Ängste und Depressionen entwickeln und auch körperlich erkranken. Manche versuchen, diese negativen Empfindungen mit Alkohol oder Drogen zu betäuben.

Resilienz entwickeln

Ob man gut mit einer Krise umgehen kann, hat viel mit den vorherigen Lebenserfahrungen zu tun. Resiliente Menschen – der Begriff kommt aus dem Lateinischen und bedeutet Widerstandsfähigkeit – können vor allem eins: flexibel auf neue Situationen reagieren. Sie finden schlimme Erfahrungen zwar genauso belastend wie andere, passen ihr Leben aber entsprechend an.

Natürlich fragt sich jeder Betroffene nach einem schlechten Ereignis: „Warum gerade ich? Warum wurde ICH krank? Warum hat MICH mein Freund verlassen? Menschen ohne Widerstandsfähigkeit haben zwei Verhaltensweisen: Sie personalisieren und sie generalisieren, etwa: „Ich wollte zu viel und ich werde nie wieder einen Mann finden.“

Resiliente Menschen pflegen dagegen einen optimistischeren Erklärungsstil. Das heißt nicht, dass sie ihre eigenen Fehler ignorieren. Sie können ihren Anteil am



Ereignis	Anteil	Einfluss auf ...				Folgen			
		Körper	Seele	Beruf	Leben gesamt	Arbeit obwohl krank	Öfter krank gemeldet	mit Arbeit unzufrieden	geringere Leistung
schwere Erkrankung im privaten Umfeld	13,8%	54,6%	83,3%	55,3%	79,8%	49,0%	25,2%	26,6%	44,1%
Konflikte im privaten Umfeld	13,4%	58,2%	78,4%	56,8%	76,3%	51,8%	35,3%	36,7%	52,5%
Trennung vom Partner	12,9%	54,4%	88,8%	54,5%	88,8%	48,5%	23,9%	29,9%	53,7%
Tod Partner/Familie	10,2%	48,2%	84,9%	60,4%	83,0%	50,0%	29,2%	17,9%	47,2%
Streit am Arbeitsplatz/Mobbing	8,9%	66,7%	77,5%	86,0%	72,1%	47,3%	39,8%	71,0%	66,7%
eigene Krankheit/Suchtproblem	8,5%	94,3%	82,9%	93,1%	90,9%	68,2%	73,9%	46,6%	83,0%

Die häufigsten Ursachen für persönliche Krisen und die direkten und indirekten Folgen für die Betroffenen. Quelle: WIdO. (Mehrfachnennungen möglich, oben: Anteil Ja-Nennungen in Prozent)

Problem durchaus sehen, aber auch das Positive an einer Situation: „Mein Mann hat mich verlassen, aber ich habe Freunde und viele Interessen.“ Oder: „Ich habe meinen Job verloren, aber ich bin gesund und meine Familie hilft mir.“ Resilienten Menschen gelingt es, nicht nur die Katastrophe zu betrachten, sondern auch das Drumherum.

Der Königsweg zu mehr Zuversicht führt zunächst einmal in die Vergangenheit – auch zu den Ursachen: „Warum hat mein Freund mich verlassen?“ oder „Woran bin ich im Job gescheitert?“ Holen Sie sich auch die Meinung von Freunden oder (Ex-)Kollegen ein, um ein objektiveres Bild zu erhalten. Denn: Nur wenn Sie ein Gefühl dafür entwickeln, was denn eigentlich falschgelaufen ist, haben Sie eine Chance, nicht wieder in die gleiche Falle zu tappen.

Versuchen Sie aufzuhören, nach hinten zu schauen und beschäftigen sich mit dem Weg nach vorne. Denn wer mit Zuversicht in die Zukunft blickt, kann für sich einen Sinn im Weitermachen entdecken und lei-

det nicht dauerhaft unter dem Schicksalsschlag.

Versuchen Sie es einmal so: Schreiben Sie auf ein Blatt Papier, was zur Zeit gut läuft – heute, nicht vor der „Katastrophe“. Und auf ein anderes Blatt Papier schreiben Sie, was Ihrer Meinung unbedingt besser sein müsste. Zuerst kümmern Sie sich um die Negativliste. Gehen Sie Ihre Liste Punkt für Punkt durch und fragen Sie sich, warum Sie diese Dinge tun, obwohl sie Ihnen keine Freude bereiten. Streichen Sie sofort alles, was nicht wirklich notwendig ist. Danach malen Sie sich die Zukunft rosa. Mit wem würden Sie am liebsten Ihre Zeit verbringen? Welche Arbeit oder welche Hobbys würden Ihnen Spaß machen? Anschließend entwickeln Sie einen Plan, diese Wünsche in die Realität umzusetzen.

Seien Sie mutig und fangen Sie damit gleich an. Egal welches Ziel Sie erreichen wollen – Sie finden immer etwas, das Sie in den nächsten 72 Stunden dafür tun können.

RM

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 E-Mail über die neueste Ausgabe – 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

MFA sehen viele Einsatzgebiete für VERAH und NÄPa in der eigenen Praxis

In der letzten Ausgabe wollten wir wissen, wie Sie zum Thema Praxisassistentin stehen. Und diese Einstellung ist mehrheitlich sehr positiv. Mehr als die Hälfte der Befragten gibt an, mit dem Gedanken zu spielen, sich selbst zur VERAH oder NÄPa ausbilden zu lassen. Und die Aussage „Eine solche Fortbildung kostet Zeit und Geld und bringt mir nichts“ würden nur 6 Prozent der Befragten unterstützen. Was auch klar wurde: Die Rahmenbedingungen müssen passen. 36 Prozent sagen: „Ich finde eine solche Fortbildung gut, ich kann sie aber aus privaten Gründen nicht umsetzen.“

In unserer Praxis gäbe es für eine VERAH oder NÄPa viele Einsatzmöglichkeiten.



Nur jede fünfte MFA hat Zweifel, ob sich in der eigenen Praxis eine VERAH oder NÄPa lohnt.

Umfrage

Zucker in (Fertig-)Lebensmitteln – was meinen Sie dazu?

Zucker ist ein Problem, das wir nicht nur aus der Praxis kennen. Wir wollen deshalb wissen, wie Sie es damit halten. 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 zur Ermittlung des Gewinners.

Vorname, Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

E-Mail-Adresse

Unter allen Teilnehmern verlosen wir **100 Euro in bar**.
Einsendeschluss ist der **14. Oktober 2017**.

Bitte schicken Sie den Fragebogen an:

Springer Medizin Verlag GmbH
Redaktion Info Praxisteam
Stichwort: **Leserbefragung 3/2017**
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

100 Euro Gewinn!

Ich ernähre mich häufig von Fertiglernmitteln. auf jeden Fall eher ja eher nein auf keinen Fall

Bei Geburtstagen im Team gibt es Kuchen oder Süßes. auf jeden Fall eher ja eher nein auf keinen Fall

Ich nasche regelmäßig. auf jeden Fall eher ja eher nein auf keinen Fall

In unserem Wartezimmer liegen Flyer zur Ernährung aus. auf jeden Fall eher ja eher nein auf keinen Fall

Gesunde Ernährung wird im Patientengespräch regelmäßig thematisiert. auf jeden Fall eher ja eher nein auf keinen Fall

Für die kleinen Patienten haben wir Süßigkeiten. auf jeden Fall eher ja eher nein auf keinen Fall

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

Datum, Unterschrift

Ältere Patienten gegen Grippe impfen

90 Prozent der grippebedingten Todesfälle betreffen ältere Menschen. Weil ihre Immunabwehr nachlässt, sind sie anfälliger für Influenza-Infekte und für schwere Krankheitsverläufe. Die Immunseneszenz ist auch der Grund dafür, dass die Grippeimpfung bei ihnen nicht mehr so gut anschlägt wie bei jüngeren Erwachsenen. Die Prognose ist nach Untersuchungen der Universität Sudbury dabei allerdings weniger von den Lebensjahren als von Begleiterkrankungen abhängig. Experten raten deshalb schon lange zur alljährlichen Impfung. Es gibt Daten die nahelegen, dass nach wiederholten Impfungen ein besserer Schutz besteht als nach der erstmaligen Impfung. Wenn es die epidemiologische Situation erlaubt, wird in Europa eine Impfung im Oktober/November als günstigster Zeitpunkt angesehen, weil das die Chance erhöht, dass auch im März noch genügend Antikörper produziert werden.

Schützt Sport im Alter vor Demenz?

Sport im Alter kann den Gehirnstoffwechsel möglicherweise positiv verändern. Diese Theorie haben Altersforscher und Sportmediziner der Frankfurter Goethe-Universität entwickelt. In ihrer randomisierten kontrollierten Studie mit 60 Teilnehmern im Alter von 65–85 Jahren über zwölf Wochen hielt sich die Versuchsgruppe dreimal die Woche mit einem 30-minütigen Training fit. Durch die sportliche Betätigung verhinderten die Teilnehmer in der Versuchsgruppe den Anstieg des Stoffwechselproduktes Cholin, das in Zusammenhang mit Demenz gebracht wird. Einschränkend geben die Forscher selbst zu bedenken, dass die Beobachtungsdauer zu kurz und die Teilnehmeranzahl zu klein sein könnte. Zudem weisen die Autoren darauf hin, dass ein gesteigerter Anteil nicht zwangsläufig auf eine Demenz hinweisen muss.

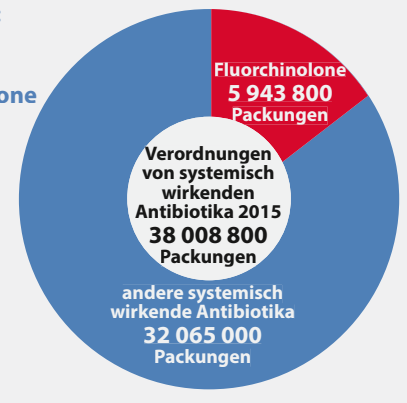
Aus der Ärzte Zeitung

Antibiotika: Individuelle Bewertung nötig

Nach WHO-Schätzungen sterben jährlich 700.000 Menschen an Antibiotika-Resistenzen. Dass hiervon längst nicht nur Entwicklungsländer betroffen sind, zeigen die Daten des Robert Koch-Instituts (RKI). Am RKI wurde 2007 das ARS-Antibiotika-Resistenz-Surveillance als nationales Surveillance-System etabliert. Die Resistenzübersicht aus 2015 weist für E.coli, Klebsiella spp. und Proteus spp. 24 Antibiotika auf, gegen die die Erreger bereits resistent sind. Bei Staphylokokken sind es 18.

Gleichzeitig legt eine aktuelle Auswertung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDo) nahe, dass die eigentlich als Reservestoff gedachten Fluorchinolone, die eher bei schweren, lebensbedrohlichen Infektionen eingesetzt werden sollten, zu häufig verordnet werden: Mit knapp 5,9 Millionen Arzneimittelpackungen stellten sie laut der Analyse 2015 die viertgrößte Gruppe der Antibiotika dar, die von niedergelassenen Ärzten verordnet wurden.

**Antibiotika:
Ein Sechstel
entfällt auf
Fluorchinolone**



Neuer DMP-Leitfaden für Praxisteams

Die AOK hat einen neuen Leitfaden zur erfolgreichen Umsetzung der Disease-Management-Programme (DMP) für Typ-2-Diabetiker und Patienten mit Koronarer Herzkrankheit (KHK) veröffentlicht. Er steht ab sofort zum kostenlosen Download im Gesundheitspartner-Portal bereit. Die Inhalte des Leitfadens „DMP erfolgreich umsetzen“ orientieren sich an den Qualitätszielen des DMP Diabetes mellitus Typ 2 und des DMP Koronare Herzkrankheit. Welche Untersuchungen sollen wie oft stattfinden? Welche Medikamente sind die wirksamsten? Und wie sieht die bestmögliche Behandlungsstrategie aus? Auf diese Fragen gibt der Leitfaden Antworten, ganz praktisch und leicht verständlich. Auf einem Beiblatt sind zudem die wichtigsten IDC-10-Schlüssel zu den beiden Indikationen noch einmal zusammengefasst. Die 36-seitige Publikation richtet sich in erster Linie an die Mitglieder des Praxisteams, die in vielen Praxen DMP-Aufgaben übernehmen.

Auch der Leitfaden „DMP im Praxisalltag“, rund um die Einschreibung der Patienten und die Dokumentation ihrer Daten wurde aktualisiert.

www.aok-gesundheitspartner.de
Rubrik DMP





Zucker in Lebensmitteln

Die bösen Fallen meiden

Was Zucker bewirkt, sehen wir täglich in der Praxis. Kinder, die so dick sind, dass sie bereits deutlich eingeschränkt sind. Und immer mehr Patienten – auch jüngere –, die unter Typ-2-Diabetes leiden. Was helfen kann ist Aufklärung, wie man im Alltag die schlimmsten Zuckerfallen vermeidet.

Schon im alten Märchen der Brüder Grimm spielt der Zucker eine unrühmliche Rolle – denn mit Süßigkeiten lockt die böse Hexe Hänsel und Gretel in die Falle. „Knusper, knusper, Knäuschen, wer knuspert an meinem Häuschen...“ Heute gibt es statt Lebkuchenhäusern Schokocreme auf dem Frühstücksbrotchen, Muffins für die Pause, Limo gegen den Durst und im Sommer reichlich Eis.

Eltern und Großeltern wissen natürlich, dass das nicht gesund ist. Aber um die Kleinen zu befrieden, gehen sie das Gesundheitsrisiko trotzdem ein: „Nur eins...“ Leider bleibt es dabei nicht. In Deutschland verbraucht ein Mensch durchschnittlich knapp 32 Kilogramm Zucker im Jahr, das entspricht etwa 22

Teelöffeln pro Tag. Zum Vergleich: Die Weltgesundheitsorganisation empfiehlt für Kinder maximal sechs. Schon seit Jahren appelliert sie deshalb an die Regierungen in aller Welt, zuckerhaltige Getränke mit einer Sondersteuer zu belegen. Und viele Akteure im Gesundheitswesen – Hausärzte, Kinder- und Jugendärzte, aber auch die großen Krankenkassen – unterstützen diese Forderung. Bislang ohne großen Erfolg.

Fertiglebensmittel voller Zucker

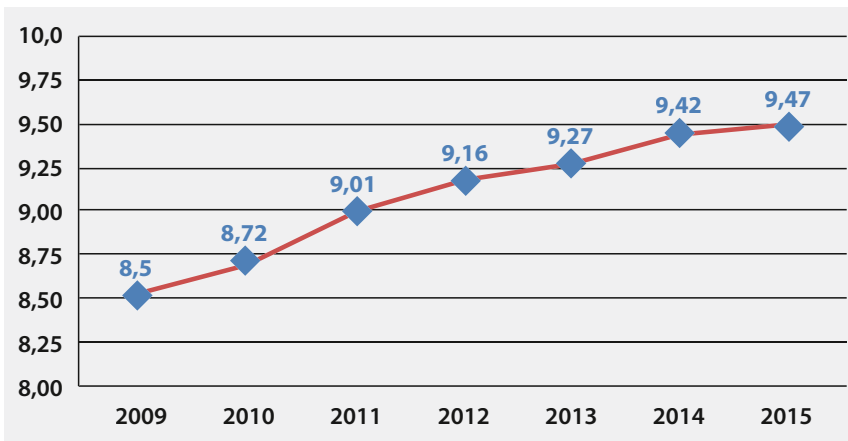
Zucker steckt in fast allen verarbeiteten Lebensmitteln, die in deutschen Supermärkten die Regale füllen und das in großen Mengen. Bereits ein 0,2-Liter-Glas Cola enthält über 20 Gramm Zucker. Und auch Fruchtjoghurts, Müsli, Corn-

flakes, Tiefkühlpizza und Wurstwaren sind voll davon. Für die Verbraucher ist es alles andere als einfach, herauszufinden, ob und wie viel Zucker ein Produkt enthält. Denn nur Haushaltszucker muss auch unter dem Begriff Zucker deklariert werden. Zahlreiche andere Zuckerarten, die verarbeiteten Lebensmitteln zugesetzt werden, heißen dann Fruktose, Maltose, Dextrose oder Glukose, um nur die gebräuchlichsten zu nennen.

Wann kommt endlich die Ampel?

Die von Politik und Industrie immer wieder erwähnte Eigenverantwortung der Verbraucher stößt an Grenzen, wenn intransparente Kennzeichnung, irreführende Werbeversprechen und psychologisch ausgefeilte Marketingkonzepte dazu beitragen, dass vor allem ungesunde, in diesem Fall zuckerhaltige Produkte im Einkaufswagen landen. Um die Lebensmittelkennzeichnung in Deutschland transparenter zu machen, hatten sich die AOK, zahlreiche andere Krankenkassen, die Bundesärztekammer und der Bundesverband der Verbraucherzentralen schon vor Jahren für die Einführung einer Lebensmittelampel eingesetzt, die auf den ersten Blick zeigt, wie viel Zucker, Salz und Fett ein Produkt enthält. Doch das EU-Parlament sprach sich 2010 nach massivem Widerstand der Nahrungsmittellobby dagegen aus und die Bundesregierung zog mit.

Dabei zeigten mehrere Studien, dass die Lebensmittelampel besser helfen würde, sehr süßen, salzigen oder fettigen Lebensmitteln zu widerstehen als die gängige Kennzeichnung mit Gramm pro Portion und prozentualen Referenzmengen für einen durchschnittlichen Erwachsenen. Dazu lassen Nährwert- und gesundheitsbezogene Angaben (Health Claims) wie „stärkt die Abwehrkräfte“ oder „fördert die Leistungsfähigkeit“ selbst besonders süße Joghurts und Müslis als ausgewogene Lebensmittel erscheinen. Eine entsprechende EU-Verordnung setzt zwar strenge Formulierungen, doch wenn Hersteller ihre Produkte mit entsprechenden Vitaminen anreichern, dürfen sie selbst



Böse Falle: Die Zahl der Typ-2-Diabetiker in der gesetzlichen Krankenversicherung (in Prozent) ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Quelle: AOK.

besonders zucker-, fett- oder salzhaltige Kalorienbomben mit Health Claims wie „wichtig für das Immunsystem“ oder „reich an Kalzium“ bewerben.

Deutschland als Entwicklungsland

In Deutschland ist seit dem Scheitern der Lebensmittelampel beim Thema Zucker nicht viel passiert. Andere europäische Länder wie Norwegen, Finnland, Schweden, Irland, Frankreich und vor allem Großbritannien sind hier deutlich weiter – mit einem Bündnis aus Wissenschaft, Industrie und Gesundheitspolitik. Denn wer beim Thema Ernährung ein Umdenken herbeiführen möchte, hin zu gesünderen Lebensmitteln mit deutlich weniger Zucker, steht vor einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe. Ziel eines solchen Aktionsbündnisses sollte ein konkreter und verbindlicher Umsetzungsplan sein – Einzelmaßnahmen reichen nicht.

Eine Abgabe auf besonders süße, schnell konsumierbare Getränke gibt es unter anderem in Großbritannien, Frankreich, Norwegen und Belgien. Noch vielversprechender wäre aus Sicht des AOK-Bundesverbandes die Lebensmittelampel, die in Großbritannien

bereits auf rund 10.000 Produkten zu finden ist. In Großbritannien und Irland ist zudem Werbung für besonders zuckerhaltige Lebensmittel nicht erlaubt, in Norwegen und Schweden ist jegliche Werbung verboten, die sich an Kinder richtet.

Und auch unser Geschmack empfinden für Süßes lässt sich anpassen: Einen allmählich sinkenden Zuckergehalt in Softdrinks, Müslis und Joghurts nehmen wir vermutlich kaum wahr. Könnten sich alle Hersteller innerhalb einer Branche dazu entschließen, wäre das ein großer Schritt.

Beratung in der Hausarztpraxis

Was kann die Hausarztpraxis in diesem Fall leisten? Beim Wunsch nach einer gesünderen Ernährung ist in der Regel ein Gruppenangebot sinnvoll. Hier gibt es bei den gesetzlichen Krankenkassen vor Ort eine ganze Reihe von Angeboten, die man im Internet recherchieren kann. Auch Online-Angebote oder Ratgeberforen können hier sinnvoll sein (siehe Webtipp). Die Rolle der Hausarztpraxis ist es, im Bedarfsfall geeignete Angebote zu vermitteln.

Die Nahrung sollte vielseitig und vollwertig zusammengesetzt sein. Dieser Vorstellung vom gesunden Essen kommt die Küche der Mittelmeerländer am nächsten, auch Vollkornprodukte oder Gemüse sind empfehlenswert. Sie werden langsam aufgenommen und liefern dem Körper wichtige Vitamine, Mineralstoffe und auch viele Ballast-

Webtipps
 Informationen zum Zuckerreduktionsgipfel:
wenigerzucker.aok-bv.de
 Ratgeberforum Ernährung:
www.aok.de/foren
 AOK-App „Fettfallenfinder“

stoffe. Auch hier ist Aufklärung wichtig, etwa in Form von Flyern im Wartezimmer.

Eine Ernährungsumstellung ist allerdings eine gravierende Änderung des Lebensstils und für viele Patienten entsprechend schwierig. Gute Gelegenheiten, mit Patienten über Ernährung zu sprechen sind z. B. Blutdruckmessung oder die Besprechung von DMP-Daten. Statt über Kohlenhydrate und Fette zu reden, fragen Sie den Patienten dabei einfach, was er gerne isst. Das ist der beste Gesprächseinstieg.

Interview



Dr. med. Kai Kolpatzik leitet die Abteilung Prävention im AOK-Bundesverband.

Herr Dr. Kolpatzik, warum engagiert sich eine Krankenkasse beim Thema Zucker?

Der hohe Zuckerkonsum in unserer Gesellschaft ist eine wesentliche Ursache für Übergewicht und Folgeerkrankungen wie Diabetes und Bluthochdruck. Das verursacht hohe Folgekosten, die auch die gesetzlichen Krankenversicherungen belasten. Daher setzen wir uns zum Beispiel für die Lebensmittelampel oder für ein Verbot von Kinderwerbung für Produkte mit hohem Zuckergehalt ein. Es geht uns aber nicht in erster Linie um Verbote, sondern um einen maßvollen Umgang und mehr Transparenz über versteckten Zucker.

Wie kann eine Hausarztpraxis diese Art von Prävention unterstützen?

Gerade der Hausarzt, aber auch die medizinischen Fachangestellten haben die Möglichkeit, übergewichtige Patienten zu einer gesünderen Lebensweise zu motivieren. Besonders hilfreich ist es sicherlich, wenn man dem Patienten ganz konkrete Angebote vorschlägt – zum Beispiel einen Kurs der AOK oder das Programm „Abnehmen mit Genuss“. Manchen Patienten kann eine individuelle Ernährungsberatung helfen, die ebenfalls von der AOK angeboten wird.



Stand der Dinge

Videosprechstunde

Durchgeführte Online-Videosprechstunden können seit 1. April 2017 abgerechnet werden. Noch gibt es wenige Erfahrungen – aber vieles deutet darauf hin, dass die Technik auch im Rahmen von Hausbesuchen der Praxisassistentinnen zum Einsatz kommen soll.

Gerade bei langen Anfahrtswegen oder nach Operationen können telemedizinische Leistungen eine sinnvolle Hilfe sein, so wie die Videosprechstunde. Ärzte können ihren Patienten dabei die weitere Therapie am Bildschirm erläutern oder den Heilungsprozess einer Operationswunde begutachten. So müssen Patienten nicht für jeden Termin in die Praxis kommen.

Rund 45 Prozent der Deutschen können sich vorstellen, ihren Arzt gelegentlich per Video zu konsultieren, ergab eine Umfrage der Bertelsmann Stiftung. Das gilt gerade für Beratungsgespräche, etwa über Befunde, wenn keine direkte körperliche Untersuchung nötig ist. Man könnte so zunächst auch klären, ob überhaupt ein Arztbesuch erforderlich ist. Aber das ist noch Zukunftsmusik.

Die Organisation einer Videosprechstunde ist nicht kompliziert: Der Arzt wählt einen zertifizierten Videodienstanbieter aus, der für einen reibungslosen und sicheren technischen Ablauf sorgt. Arzt und Patient benötigen im Wesentlichen einen Bildschirm mit Kamera, Mikrofon und Lautsprecher sowie eine

Internetverbindung. Eine zusätzliche Software ist nicht erforderlich.

Wichtig zu wissen: Nur bei bestimmten, vom Bewertungsausschuss festgelegten Indikationen können Videosprechstunden erbracht werden. Dazu gehören:

- Kontrolle und Beratung bei Dermatosen
- Beurteilung von Stimme, Sprechen oder Sprache

- Visuelle Verlaufskontrollen von Operationswunden, Bewegungseinschränkungen oder Bewegungsstörungen des Stütz- und Bewegungsapparats.

Projekt Tele-VERAH

Mit dem Projekt Tele-VERAH will der Deutsche Hausärzteverband das Thema voranbringen. Grundgedanke ist es, dass der Hausarzt seine VERAH, die mit telemedizinischen Geräten ausgestattet ist, auf Hausbesuche schickt. Die dort gemessenen Daten erhält er dann direkt in die Hausarztpraxis, und bei Fragen kann er sich per Video ins Wohnzimmer seiner Patienten hinzuschalten. Dadurch wird die Versorgung intensiver und der Hausarzt wird gleichzeitig entlastet. Die zusätzliche Zeit steht dann den Patienten in der Praxis zur Verfügung.

Erste Erfahrungen in einem Pilotprojekt im Bergischen Land sind positiv. Die in der Regel älteren Patienten nehmen die Neuerung durchaus positiv an. Viele sind erleichtert, trotz ihrer eigenen Unbeweglichkeit so mit ihrem Hausarzt selbst sprechen zu können und fühlen sich bestens betreut. Das Modell eignet sich vor allem für den Einsatz in strukturschwachen Gegenden, wo Hausbesuche in zum Teil 30 Kilometer entfernten Orten den Arzt sehr viel Fahrzeit kosten und als Alternative bei Beschwerden nur der Notarztwagen infrage käme.

Technische und rechtliche Voraussetzungen

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband der GKV haben sich über die technischen und rechtlichen Anforderungen für die Praxis und den Videodienst geeinigt. Dazu gehören unter anderem:

- Ärzte müssen für die Videosprechstunde eine schriftliche Einwilligung des Patienten einholen.
- Die Videosprechstunde muss in Räumen stattfinden, die Privatsphäre bieten.
- Die Videosprechstunde muss vertraulich und störungsfrei verlaufen, wie eine normale Sprechstun-

de auch. So darf die Videosprechstunde beispielsweise von niemandem aufgezeichnet werden, auch nicht vom Patienten.

- Der Name des Patienten muss für den Arzt erkennbar sein.
- Die Videosprechstunde muss frei von Werbung sein.
- Der Videodienstanbieter muss zertifiziert sein. Diese Zertifikate muss er dem Arzt vorweisen können. Er muss gewährleisten, dass die Videosprechstunde während der gesamten Übertragung Ende-zu-Ende verschlüsselt ist.



Fehler im Praxisalltag

Marcumar-Patient i.m. geimpft

In der Rubrik „Fehler im Praxisalltag“ stellen wir in jedem Heft einen Fall vor. In dieser Folge geht es um die intramuskuläre Impfung eines Patienten, der Marcumar einnimmt.

Aus einer Hausarztpraxis wird folgendes Ereignis berichtet:

➤ Was ist passiert?

Ein Vertretungspatient stellt sich ohne Termin in der Sprechstunde wegen eines Zeckenbisses vor. Im Rahmen der Versorgung gibt er an, lange keine Tetanusauffrischungsimpfung mehr bekommen zu haben. Nach Aufklärung entscheidet er sich dafür. Die Injektion erfolgt intramuskulär. Erst danach erwähnt der Patient, dass er ganz vergessen habe, dass er Marcumar einnehme.

➤ Was war das Ergebnis?

Nach der Injektion erhielt der Patient spezielle Informationen zu erwartenden Komplikationen, etwa dem drohenden Hämatom an der Injektionsstelle.

➤ Welche Faktoren trugen zu diesem Fehler bei?

Hier kamen verschiedene Punkte zusammen: Ein Vertretungspatient ohne bekannte Vorgeschichte kommt an einem Montagmorgen in die volle Praxis und vergisst dann auch noch zu erwähnen, dass er Marcumar einnimmt.

➤ Wie hätte das Ereignis verhindert werden können?

In den Fachinformationen von Phenprocoumon (Marcumar) und Warfarin werden intramuskuläre Injektionen ausdrücklich als kontraindiziert angegeben. Unter den Impfstoffen, die für die in der Regel älteren antikoagulierten Patienten potenziell relevant sind, findet sich aber mit einer Ausnahme (Tollwut) jeweils mindestens ein Handelspräparat, das

bei Kontraindikation für die i.m.- Injektion subkutan verabreicht werden darf.

Kommentar:

Auch wenn der Patient vergaß, bei der Aufklärung Marcumar zu erwähnen, hätte der Arzt nach Vorerkrankungen, Unverträglichkeiten und Medikamenteneinnahme fragen müssen. Idealerweise fragt die MFA an der Rezeption das bei Vertretungspatienten bereits ab.

Zusätzlich ist es empfehlenswert, zur Impfaufklärung Checklisten und Fragebögen zu verwenden und zusätzlich Broschüren, Flyer oder weiteres Informationsmaterial für die Patienten auszulegen.

Tatjana Blazejewski ■

Fehler melden

In der Medizin können Fehler fatale Folgen haben. 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. **info praxisteam** veröffentlicht besonders für MFA interessante Fälle.

Aktuell wird das Fehlerberichts- und Lernsystem durch den Innovationsfonds gefördert. Partner bei CIRSforte, dem Projekt zur Fortentwicklung des Systems, sind u. a. das Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V., das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin, und das wissenschaftliche Institut einer Krankenkasse.

www.jeder-fehler-zaehlt.de



Laboraufträge werden digital

Es soll ein großer Schritt in Richtung Entbürokratisierung sein: Seit Anfang Juli 2017 können Labor-Überweisungen und -Anforderungsscheine komplett digital erstellt und ausgetauscht werden.

Mit den Mustern 10 und 10A läuft das zweite Formular in der vertragsärztlichen Versorgung komplett papierlos. Das spart Unmengen an Papier: Laut KBV zählen die Labor-Überweisungs- und -Anforderungsscheine nämlich mit rund 94 Millionen ausgefüllten Formularen pro Jahr zu den am häufigsten genutzten Vordrucken. Der neue digitale Prozess bringt den Praxen auch eine Zeitersparnis, wie der Blick hinter die Technik zeigt.

Zwar gibt es am Markt derzeit noch nicht viele Systeme, die die nötige KBV-Zertifizierung für den Einsatz des digitalen Musters 10/10A haben. Allerdings erlaubt eine Feinheit bei der Auswahl des Systems mehr Flexibilität: So müssen Praxen nicht unbedingt das Modul ihres Praxisverwaltungssystem-Anbieters nutzen. Möglich ist ebenso der Einsatz sogenannter Order Entry Module (OEM). Diese verknüpfen die Praxissoftware mit dem IT-System des Labors. Das digitale Muster 10 muss – wie der entsprechende Vordruck auf Papier – vom Arzt signiert werden. Er muss also einen elektronischen Heilberufsausweis (eHBA) und ein entsprechendes Kartenlesegerät bereithalten.

Aus der Ärzte Zeitung



Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Hilfe zum freien Atmen

Bei COPD führt eine schleichende Zerstörung des Lungengewebes zur Atemnot. Doch die Patienten können viel dafür tun, den Fortgang der Krankheit zu bremsen. Das DMP für Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung wurde jetzt aktualisiert.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat das Disease-Management-Programm für Patienten mit COPD turnusmäßig anhand aktueller Leitlinien überprüft und auf den neuesten Stand gebracht. Die Aktualisierung des Behandlungsprogramms hat zu einer Reihe von Neuerungen geführt. Der Beschluss ist am 1. Januar 2017 in Kraft getreten und wird zum 1. Januar 2018 wirksam. Die wichtigsten Änderungen:

QM und Dokumentation

Für wichtige Maßnahmen, deren Umsetzung die Behandlungsergebnisse stark beeinflussen, werden im DMP Qualitätsziele formuliert. Bei der Aktualisierung des DMP COPD wurden mehrere Qualitätsziele neu aufgenommen. Sie betreffen:

- die Vermeidung von Exazerbationen

- die Senkung der Anzahl der rauchenden COPD-Patienten
- die jährliche Einschätzung des Osteoporose-Risikos
- die Verordnung systemischer Glukokortikosteroide als Dauermedikation
- die Empfehlung zu mindestens einmal wöchentlichem körperlichen Training
- die einmal jährliche Ermittlung des FEV1-Wertes

Bei bestimmten Anlässen oder Indikationen sollen COPD-Patienten zum jeweils qualifizierten Facharzt überwiesen werden. Die Liste wurde um einige Punkte erweitert.

Einige der wichtigsten neu vorgesehenen Behandlungsmaßnahmen wurden in die Dokumentation der Behandlung aufgenommen. Denken Sie deshalb daran, rechtzeitig Ihre Praxissoftware zu aktualisieren.

Diagnose und Einschreibung

Patienten, die sowohl an einer COPD als auch an Asthma leiden, können nur in eines der beiden DMP eingeschrieben werden. Jetzt heißt es in der Richtlinie, soll der behandelnde Arzt bei Vorliegen beider Erkrankungen (Asthma-COPD-Overlap-Syndrom – ACOS) in Abhängigkeit vom Krankheitsverlauf entscheiden, welche der beiden Erkrankungen als vorrangig einzustufen ist.

Therapie

Rauchende Patienten sollen stärker zum Tabakverzicht motiviert werden und wirksame Hilfen zur Tabakentwöhnung angeboten bekommen. Umfangreiche Studien belegen, dass die Sterb-

Webtipps
Informationen des G-BA:
www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/632/
Informationen der AOK:
www.aok-gesundheitspartner.de
Rubrik DMP

lichkeitsrate und das Fortschreiten der COPD durch einen Tabakverzicht deutlich verringert werden können. Das Vorgehen orientiert sich an der 5-A-Strategie: Ask, Advice, Assess, Assist, Arrange. Als wirksame Hilfen zur Tabakentwöhnung haben sich nicht-medikamentöse, vor allem verhaltensmodifizierende Maßnahmen im Rahmen einer strukturierten Tabakentwöhnung, bewährt.

In der neuen Richtlinie wird festgehalten, dass jeder rauchende Patient die Möglichkeit haben soll, an einem strukturierten, evaluierten Tabakentwöhnungsprogramm teilzunehmen. Patienten, die noch nicht an einer für das DMP zugelassenen Schulung teilgenommen haben, soll auch die Teilnahme an einer solchen Maßnahme bei jeder Vorstellung empfohlen werden.

Bei den Medikamenten zur Dauertherapie wurden eine Kombination von lang wirksamem Anticholinergikum und lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika neu aufgenommen. In begründeten Einzelfällen sollen – jeweils nur unter eng begrenzten Voraussetzungen – inhalative Glukokortikosteroide sowie Roflumilast und Theophyllin verordnet werden.

Ein Teil der Patienten mit COPD benötigt im Verlauf der Erkrankung eine Langzeit-Sauerstoff-Therapie (LOT). Die Kriterien zur Überweisung an die fachärztliche Ebene zur Prüfung der Indikation zur LOT werden in der aktualisierten Richtlinie explizit aufgeführt. Patienten, denen eine LOT verordnet wird, sollen umfassend beraten werden.

Bei der Behandlung der COPD soll auch die psychosoziale Situation der Patienten berücksichtigt werden. Dazu gehören mangelnde Krankheitsbewältigung und Motivation, geringe soziale Kontakte, mangelnder emotionaler Rückhalt, z. B. in der Familie und im Freundeskreis sowie Probleme am Arbeitsplatz. Bei Bedarf sollen Bezugs- oder Betreuungspersonen des Patienten in die Behandlung einbezogen werden und der Patient auf die organisierte Selbsthilfe hingewiesen werden.



Der Lungenfunktionstest spielt nach wie vor eine wichtige Rolle im DMP.

Komorbiditäten / Multimedikation

Die Richtlinie geht in der neuen Fassung wesentlich ausführlicher auf die Komorbiditäten der COPD ein. Die psychischen Komorbiditäten Angstzustände und Depressionen wirken sich negativ auf den Behandlungserfolg aus. Sie sollen entsprechend den jeweils geltenden Leitlinien behandelt werden. Somatische Begleiterkrankungen sind in erster Linie die kardiovaskulären Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2 und Osteoporose.

Die Umsetzung von Empfehlungen zur Behandlung chronischer Erkrankungen

führt bei mehrfach kranken Patienten häufig zur Multimedikation. Sie kann zu Arzneimittelwechselwirkungen führen und Nebenwirkungen verursachen. Wie bei der Aktualisierung anderer DMP in der Vergangenheit wurde darum auch bei der Überarbeitung der Anforderungen an das DMP COPD Maßnahmen zum strukturierten Medikamentenmanagement aufgenommen. Sie sehen vor, dass mindestens einmal im Jahr sämtliche Medikamente bei Patienten, die einschließlich Selbstmedikation fünf oder mehr Medikamente dauerhaft einnehmen, strukturiert erfasst werden.

Patienten unterstützen

Sie können die Therapie von COPD-Patienten durch verschiedene Maßnahmen unterstützen:

- Bei Patienten, die immer noch rauchen, ist der Hinweis auf Nichtraucher Kurse sinnvoll. Entsprechende Angebote gibt es etwa bei der AOK (z. B. im Nichtraucherforum unter www.aok.de/foren).
- Erinnern Sie die Patienten bei der Terminvergabe an den Impfausweis, damit der Impfstatus überprüft werden kann. Wichtig sind vor allem die Impfungen gegen Grippe und Pneumokokken.
- Weisen Sie die Patienten öfter darauf hin, dass regelmäßige Bewegung – und sei es nur der Spaziergang oder die Gartenarbeit – die Lungenfunktion verbessern kann. Weisen Sie auf Lungensport und andere Angebote der Selbsthilfe in der Region hin. Nähere Informationen finden Sie bei den Webtipps.
- Fragen Sie nach, ob die Patienten den Selbstmanagementplan griffbereit haben und ob die dort aufgeführten Medikamente auch im Haus vorrätig sind.

Wundwissen: Neue Tablet-App

Die App „AOK Wundwissen“ bietet Informationen zum Thema chronische Wunden, deren Entstehung sowie über die Vorbeugung und Prävention der häufigsten Wundarten. Die Informationen sind in für Patienten verständlicher Sprache aufbereitet und auf dem aktuellen Stand des Wissens. Im integrierten Wundlexikon können Fachbegriffe nachgeschlagen werden. Patienten können den Krankheitsverlauf dokumentieren, z. B. Angaben zum Wundschmerz und -geruch machen sowie Fotos einfügen. Die Wunddokumentation des Versicherten kann beim Praxisbesuch eingesetzt werden. Die App steht für Android und iOS kostenfrei im App-Store zur Verfügung.



KopfschmerzSPEZIAL

Knapp 20 Prozent der Männer und rund 30 Prozent der Frauen leiden mehr als einmal im Monat an Kopfschmerzen. Bei etwa drei Prozent der Erwachsenen wird der Kopfschmerz chronisch und bestimmt den Alltag. Um diese Chronifizierung zu verhindern und Kopfschmerzen möglichst frühzeitig zu behandeln, bietet die AOK Nordost für ihre Versicherten exklusiv in Zusammenarbeit mit der Charité das kostenfreie Versorgungsprogramm KopfschmerzSPEZIAL an. Das Programm besteht aus verschiedenen Modulen, sodass Patienten individuell entsprechend der Art und Schwere ihrer Kopfschmerzen betreut werden. Interessierte Praxen können Patienten auf das Programm aufmerksam machen und Kooperationspartner werden. Nummer der Charité zur Terminvereinbarung: 030-450660168. nordost.aok.de

Elektronische Arztvisite im Pflegeheim

Die Elektronische Arztvisite in Pflegeheimen (eVi) wird nach einer erfolgreichen Testphase in Bünde in Ostwestfalen ab 1. Juli 2017 jetzt sukzessive auf andere Praxisnetzregionen in Westfalen-Lippe ausgeweitet werden. In dem Modellprojekt führten die teilnehmenden Arztpraxen auf Anfrage der Pflegekräfte in bislang 13 Pflegeheimen der Region eine elektronische Arztvisite durch. Der niedergelassene Arzt und die verantwortliche Pflegekraft halten dann über ein webbasiertes Videokonferenzsystem per Tablet oder PC eine elektronische Arztvisite ab, um Unklarheiten, Medikationsanfragen, Beurteilungen chronischer Wunden oder Therapievor schläge zu besprechen. Dabei gibt es eine Live-Schaltung zwischen der Arztpraxis und der stationären Einrichtung. Die elektronische Visite kann bei Bedarf um die Erfassung von Vitalparametern wie Herzrhythmus, Sauerstoffspannung, Körpertemperatur oder Blut-

zuckergehalt des Patienten ergänzt werden. Diese werden in Echtzeit über Messgeräte erhoben und sind dem Arzt sofort zugänglich. Die erforderlichen Datenschutz- und Qualitätsstandards werden dabei erfüllt. Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe und die AOK NordWest betonen, dass die elektronische Visite nicht nur hohes Potenzial in der Versorgung habe, sondern auch zu einer Reduzierung von Krankenhauseinweisungen in der Nacht oder am Wochenende führe. Darüber hinaus könne die Zahl von nicht zwingend erforderlichen Arztbesuchen deutlich reduziert werden. Dies entlaste die niedergelassenen Ärzte. So soll es gelingen, dass der Arzt auf der einen Seite Zeit spart und gleichzeitig häufiger bei seinen Patienten sein kann. nordwest.aok.de



MFA-Qualitätszirkel im AOK-HausarztProgramm

Einen besonderen Stellenwert im AOK-HausarztProgramm nehmen die Qualitätszirkel für Medizinische Fachangestellte (MFA) ein, die im Jahre 2011 in kleiner Runde starteten. Im Mai 2017 wurde bereits der 100ste MFA-Qualitätszirkel in Baden-Württemberg gegründet. Einmal pro Quartal treffen sich hier MFA aus HZV-Praxen in einer stets gleichbleibenden Gruppe von Kolleginnen und besprechen jeweils ein medizinisches Thema sowie ein HZV-Thema. Zweimal jährlich werden zudem die praxisindividuellen Feedbackberichte der am Versorgungsmodell PraC-Man (Hausarztpraxis-basiertes Case Management für chronisch kranke Patienten) teilnehmenden VERAH® besprochen. Die MFA-Qualitätszirkel ermöglichen es daher, sich medizinisch fortzubilden und immer über Neuigkeiten rund um die HZV-Verträge auf dem Laufenden zu sein. Durch die regelmäßigen Treffen und einen immer gleichen Teilnehmerkreis soll aber

vor allem eine Plattform geschaffen werden, die den regelmäßigen Austausch in lockerer Atmosphäre fördert. Daher kommen auch die regelmäßig durch den Hausärzterverband Baden-Württemberg geschulten Moderatorinnen selbst aus HZV-Praxen und können so wertvolle Tipps für den Praxisalltag geben. Bereits seit Beginn des AOK-HausarztProgramms bietet der Hausärzterverband Baden-Württemberg ein umfangreiches und stets am Bedarf der Hausarztpraxis orientiertes Schulungsprogramm für Medizinische Fachangestellte an. Die hierbei erworbenen Qualifikationen ermöglichen es den MFA, in der Praxis in verschiedenen Bereichen mehr Verantwortung und neue Aufgabenfelder zu übernehmen. Weitere Informationen rund um das MFA-Fortbildungsangebot unter: www.hausarzt-bw.de



Gummistiefel: Vorsicht beim Einkauf



Ein norddeutsches Sprichwort sagt, dass es kein schlechtes Wetter gibt – bestenfalls unpassende Kleidung. Und an der Küste gehören der gelbe Friesennerz und Gummistiefel im Herbst einfach dazu. Doch leider enthalten sie häufig Schadstoffe, obwohl in der EU seit mehr als einem Jahr für polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe, PAK genannt, strenge Grenzwerte gelten. Wenn Alltagsprodukte mehr als ein Milligramm pro Kilogramm enthalten, dürfen sie nicht mehr verkauft werden. Also: Vor dem Stiefelkauf gut informieren.

www.oekotest.de > Suchwort „Gummistiefel“

Drachenbau: Spaß für die ganze Familie

Zu den typischen Aktivitäten im Freien zu dieser Jahreszeit gehört es, Drachen steigen zu lassen. Und das nicht nur für Kinder. Das Spektrum reicht vom einfachen Flugdrachen mit einem auf Gestänge aufgespannten Segel bis zu ausgefallenen Fluggeräten, die mit ihren Trickflügen Zuschauer zum Staunen bringen – und das ganz ohne Elektronik. Drachen kann man in jedem Spielzeuggeschäft kaufen, viel spannender ist es aber, sie selbst zu bauen. Bastelanleitungen für unterschiedliche Flugdrachen bietet zum Beispiel die Zeitschrift *Heimwerker*.

www.heimwerker.de > Suchwort „Drachen“



Der Herbst ist auch Pflanzzeit



Der Herbst ist die perfekte Jahreszeit, um Zwiebelblumen im Garten oder auf dem Balkon zu pflanzen. So bilden sie vor dem Winterbeginn noch Wurzeln und gewöhnen sich an den Standort. Zu den Zwiebelblumen gehören zum Beispiel Schneeglöckchen, Tulpen und Narzissen. Auch Rosen kann man jetzt pflanzen. Bereits verblühte Rosen müssen übrigens nicht schon im Herbst zurückgeschnitten werden. Wenn man sie nur etwas ausputzt, bleibt noch genug von der Pflanze erhalten, falls Winterschäden weggeschnitten werden müssen.

www.mein-schoener-garten.de > Suchwort „Herbst“

Pflege-Tipps für den Herbst



Gerade haben uns noch die letzten Sonnenstrahlen verwöhnt, schon steht der Herbst vor der Tür. Die Tage werden deutlich kürzer, und auch für Haut und Haare kommen neue Herausforderungen. Während die Haare im Sommer oft an der warmen Luft trocknen durften, greifen wir jetzt wieder häufiger zum Fön. Das strapaziert die Haare mehr. Um Schäden zu beheben ist es sinnvoll, die Spitzen schneiden zu lassen und regenerierende Shampoos und Spülungen zu benutzen. Auch gesunde Ernährung kann helfen: Vollkornprodukte, Hülsenfrüchte und Eier unterstützen das Haarwachstum mit Biotin.

Auch die Haut spannt jetzt wieder mehr. Besonders im Gesicht und an den Beinen macht sich dieses Gefühl bemerkbar. Trockene, rissige Haut ist die Folge. Um unsere Haut in dieser Zeit trotzdem ausreichend mit Feuchtigkeit zu versorgen, eignen sich Cremes mit rückfettenden Substanzen. Und das Wichtigste: Die Haut ist das Spiegelbild der Seele. Unsere psychische Verfassung kann sich in der Haut widerspiegeln. Also sollten wir für unsere Haut alles tun, was gute Laune macht.