

info

Das Magazin für Medizinische Fachangestellte

praxisteam

Terminmanagement

So können Sie den
Ablauf optimieren

Quickcheck DMP
Tipps für die Praxis

Pflege als Teamarbeit
Das ACP-Konzept

inhalt

Rezeption

4 Terminmanagement
Zeit gewinnen durch bessere Terminverwaltung

6 Leserdialog
Ihre Meinung ist gefragt

Sprechstunde

8 DMP-Tipps für die Praxis
Das Lernprogramm Quickcheck DMP

10 Biologika und Biosimilars
Gentechnisch hergestellte Medikamente in der Praxis

11 Fehler des Monats
Ein neuer Fall für das Praxisteam

Praxisorganisation

12 Pflege am Lebensende
Betreuung besser mit dem Hausarzt

14 *info* praxisteam regional
Aktuelle Meldungen aus den Bundesländern

Impressum

Herausgeber:

Springer Medizin Verlag GmbH in Kooperation mit dem AOK-Bundesverband

Verlag:

Springer Medizin Verlag GmbH
Aschauer Straße 30, 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:

© RioPatuca Images – stock.adobe.com

Druck:

Vogel Druck und Medienservice GmbH
Leibnizstr. 5, 97204 Höchberg
info praxisteam wird als Beilage in der Ärzte Zeitung verschickt.



Keine einseitige Betrachtung!

Der Verband medizinischer Fachberufe e.V. hat in den vergangenen mehr als zwei Pandemie-jahren einiges vorangebracht. Mit unseren Aktivitäten, Protestaktionen, Stellungnahmen im Gesundheitsausschuss und Wahlprüfsteinen, aber vor allen durch viele, viele Gespräche mit Politiker*innen ist es uns gelungen, dass MFA für die Verantwortlichen in der Politik nicht mehr das unbekannte Wesen sind. Natürlich sind wir damit nicht zufrieden. Denn noch immer werden unsere medizinischen Kompetenzen übersehen. Aber genau diese fundierten Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kenntnisse sind die Basis für die berufliche Handlungsfähigkeit. Daraus entsteht das Vertrauen der Patientinnen und Patienten, das sie uns als MFA entgegenbringen, wenn sie sich mit ihren Fragen an uns wenden – und wir diese Fragen kompetent und umfänglich beantworten. Eine Flashmob-Studie der Universität Witten-Herdecke hat das unlängst bewiesen: 90 Prozent der Fragen rund um Corona haben MFA am Telefon beantwortet. In den geltenden Honorarkatalogen werden diese Leistungen aber nicht adäquat abgebildet und in der Pandemiebekämpfung nicht wahrgenommen.

Doch statt die GOÄ zu novellieren, die Leistungen der MFA in den Honorarkatalogen zu berücksichtigen und analog der Pflege Tarifierhöhungen vollumfänglich und zeitnah gegenzufinanzieren, erwarten

uns Sparpläne, um die krisen- und pandemiebedingten Finanzierungslücken zu schließen.

Mit Blick auf diese Entwicklung ist es schwierig, den Chef oder die Chefin auf den steuerfreien Corona-Sonderbonus, der bis zum 31. Dezember 2022 bis zur Höhe von 4.500 Euro vom Arbeitgeber gezahlt werden kann, anzusprechen. Denn anders als in der Pflege wird dieser nicht staatlich gegenfinanziert. Trotzdem sollten Sie das Gespräch gezielt suchen und gemeinsam das Machbare ausloten, denn die steigende Inflation betrifft Berufe wie unseren

besonders. Die staatlichen Hilfspakete können die aktuelle Mehrbelastung nur bedingt ausgleichen.

Noch immer arbeiten MFA am Limit.

Bei steigenden Infektionszahlen werden weiterhin mehr als 90 Prozent der Betroffenen durch die Teams niedergelassener Arztpraxen betreut und versorgt. Der zunehmende Fachkräfteengpass ist auch Resultat der hohen Abwanderung aufgrund fehlender Wertschätzung. Auf diese Zusammenhänge werden wir die politisch Verantwortlichen auf allen Ebenen erneut aufmerksam machen.

»Unsere medizinischen Kompetenzen werden übersehen«

Hannelore König
Präsidentin Verband
medizinischer
Fachberufe e.V.



Berufsbild der MFA muss gestärkt werden

Eine aktuelle Erhebung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) hat die „Ausbildung von Medizinischen Fachangestellten (MFA) in Praxen und Einrichtungen der vertragsärztlichen Versorgung“ durchleuchtet. Die wichtigsten Ergebnisse:

- › 42 Prozent der Praxen und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) in Deutschland bilden derzeit aus. Diese Ausbildungsquote wird als hoch bewertet.
- › Haupthindernis für die Ausbildung ist die schwierige Bewerbungslage: In fast der Hälfte der Praxen waren im Schnitt nicht einmal die Hälfte der Bewerbungen je Ausbildungsstelle geeignet.
- › Bestehender Entwicklungsbedarf bei Soft-Skill-Faktoren, wie Sozialkompetenz und Belastbarkeit, müssen in den Praxen während der Ausbildung geschlossen werden.
- › Häufige Ausbildungsabbrüche verschärfen den Personal-mangel und erhöhen den Aufwand in den Praxen zusätzlich: Rund ein Drittel der ausgewerteten Praxen und MVZ sind in den Jahren 2017 bis 2021 von Ausbildungsabbrüchen betroffen gewesen. Die in den Praxen und MVZ verbleibenden Auszubildenden sind hingegen stark engagiert.

Nach Ansicht von Hannelore König, der Präsidentin des Verbandes medizinischer Fachberufe (VmF) zeigt die Erhebung, wie groß der Handlungsbedarf bei der Stärkung des Berufsbildes der Medizinischen Fachangestellten (MFA) ist. „Hier sind nicht nur die Sozialpartner auf Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite bei der bevorstehenden Novellierung der Ausbildungsordnung gefragt.“ Ihrer Einschätzung nach wird die Neuordnung frühestens zum August 2025 an den Start gehen können – drei Jahre nach der Novellierung der Ausbildungsordnung für Zahnmedizinische Fachangestellte, die zum August 2022 greift.

Für König steht außer Frage, dass auch in den ausbildenden Praxen Handlungsbedarf besteht – beispielsweise bei der Auswahl der künftigen Auszubildenden. „Denn eine Abbrecherquote von 33,2 Prozent der Auszubildenden und davon 77,5 Prozent im ersten Ausbildungsjahr und 20 Prozent im zweiten Ausbildungsjahr bindet nicht nur personelle Ressourcen. Sie wird zusätzlich als negative Erfahrung von den jungen Menschen in den sozialen Medien und in Gesprächen in der Öffentlichkeit geteilt“, warnt König vor negativen Begleiterscheinungen.



www.vmf-online.de/verband/presse-news/2022-07-12-zi

Pflanzenschmuck in der Arztpraxis

Viele Arztpraxen schmücken ihre Räumlichkeiten mit Blumen und Pflanzen. Das soll zu einem guten Raumklima beitragen

und für eine angenehme Atmosphäre sorgen. Dem steht aus Sicht von Experten nichts entgegen. Doch nicht alle Gewächse sind für Praxen geeignet. So sollten nur Blumen präsentiert werden, die nicht allergen sind. Der beliebte Ficus benjamini kann beispielsweise Heuschnupfen auslösen.

Von Topfpflanzen wird generell abgeraten. Diese könnten mit Bakterien, Pilzen und Sporen belastet sein und besonders immunsupprimierten Patienten schaden. Ist die Erde trocken, kann sie in der Luft verweht werden. Dadurch werden dann auch die Sporen und Bakterien im Raum verteilt. Besonders hoch ist die Keimkonzentration auch im stehenden Wasser des Übertopfes. Im Extremfall können Sporen sogar eine Lungenentzündung hervorrufen. Eine hygienische Alternative zur Blumenerde sind Hydrokulturen. *Quelle: Ärzte Zeitung*

Corona: Sommerwelle trifft Gesundheitsberufe

Die Personalausfälle wegen der Corona-Sommerwelle treffen verstärkt die Gesundheitsberufe.

Die AOK Nordost hat anhand der COVID-bedingten AU-Tage für Brandenburg errechnet, welche Berufsgruppen besonders betroffen sind. Zwar steht ganz oben auf der Liste mit Erzieherinnen und Erziehern kein Gesundheitsberuf, sie fallen mit einer AU-Quote von 17,8 Prozent (gemessen an allen AU-Fällen) zweimal so häufig wegen einer COVID-Erkrankung wie der Durchschnitt. Bei Medizinischen Fachangestellten (MFA) liegt der Wert bei 13,2 Prozent, damit haben MFA ein 1,5-mal höheres Risiko für COVID-bedingte Ausfallzeiten als der Durchschnitt. Im Schnitt fehlten an COVID erkrankte Beschäftigte 9,7 Tage. Je älter die Versicherten waren, desto länger fehlten sie im Job. So waren Beschäftigte, die jünger als 30 Jahre alt sind, laut AOK im Schnitt nach 8,1 Krankheitstagen wieder fit, Beschäftigte über 60 Jahre hingegen erst nach 12,2 Tagen. *Quelle: Ärzte Zeitung*

Zufriedenheit mit Gesundheitsversorgung sinkt

Seit Beginn der Corona-Pandemie glauben immer weniger Menschen in Deutschland,

dass die Gesundheitsversorgung in ihrer Region gut oder sehr gut funktioniert. Nach der ersten Corona-Welle im Sommer 2020 hatten das 78 Prozent angegeben, im Mai 2022 sind es nur noch 62 Prozent. Auch bei der Frage nach der Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung insgesamt zeigt sich der negative Corona-Einfluss. Das sind die Ergebnisse einer Studie, die der AOK-Bundesverband beauftragt hat.

Sinkende Werte sind bei den Hausärzten (von 79 auf 73 Prozent), Krankenhäusern (von 77 auf 73 Prozent), ambulanten Pflegeeinrichtungen (von 55 auf 50 Prozent) und stationären Pflegeeinrichtungen (von 51 auf 46 Prozent) zu verzeichnen. Generell sank die Zufriedenheit mit den Einrichtungen der Gesundheitsversorgung deutlicher als bei Schulen und Bildungseinrichtungen (von 74 auf 72 Prozent) oder Einkaufsmöglichkeiten (konstant 84 Prozent). *Quelle: AOK*



Zeit- und Terminmanagement

Zeit gewinnen ist möglich

Wenn die Terminvereinbarung in der Praxis gut funktioniert, sind alle zufrieden: Patienten, MFA und Ärzte. Trotzdem ist das nicht selbstverständlich. Wir zeigen auf, wie Sie durch gutes Terminmanagement Zeit gewinnen können.

Die letzte Ausgabe von info praxisteam hatte Tipps zur Optimierung des Wartezimmers gegeben. Und da schließen wir heute an. Denn je kürzer die Wartezeiten, desto zufriedener die Patienten. Viele Untersuchungen zeigen: Wenn Patienten regelmäßig mehr als eine halbe Stunde warten müssen, steigt die Unzufriedenheit deutlich.

Die durchschnittliche Verweildauer eines Patienten in der Sprechstunde ist von Fachgebiet zu Fachgebiet und von Arzt zu Arzt verschieden. Sicher haben Sie Erfahrungen für die eigene Praxis, die Sie auch bei der Terminplanung einkalkulieren. Doch nicht alles lässt sich zuverlässig vor-

hersagen, schon gar nicht in Pandemiezeiten. Neben den infektionsbedingten Gründen gibt es wöchentliche Spitzenzeiten (Montagsmorgen), die es bei der Planung zu berücksichtigen gilt.

Die Terminvergabe organisieren

Die Terminsprechstunde ist die häufigste Form der Sprechstundensysteme. Patienten erhalten im Vorfeld einen Termin für die Untersuchung. Diese Vergabe sollte im Zeitalter von elektronischen Planungshilfen eigentlich ein Kinderspiel sein, trotzdem gibt es immer wieder Hürden und Missverständnisse.

Die Terminvereinbarung findet in den meisten Praxen nach wie vor per Tele-

fonanruf statt. Für die Möglichkeit einer Online-Terminvereinbarung werden in der Regel monatliche Servicegebühren fällig, die können sich aber durchaus rechnen. Denn eine effiziente Online-Terminvereinbarung entlastet nicht nur die Rezeption, sondern führt auch zu einer besseren Auslastung, da Terminbuchungen auch außerhalb der Praxis-Öffnungszeiten möglich sind.

Doch gleich, ob Telefon oder Online: Grundlage des Terminrasters ist die Einschätzung, wie lange ein Termin dauert. In vielen Praxen ist das ein 10- oder 15-Minuten-Takt, aber auch der kann mal zu kurz oder mal zu lang sein. Es lohnt sich, Pünktlichkeit und Wartezeiten der Patienten über einen Zeitraum von mindestens vier Wochen einmal genau zu dokumentieren. Wann ist der Ansturm besonders hoch? Wo und wie entstehen Wartezeiten? Gibt es Zeiten mit Leerlauf? Wie lange müssen Patien-

ten mit Termin warten und wie lange Patienten ohne Termin? Solche Aufzeichnungen sind eine wesentlich präzisere Planungsgrundlage als Ihr Bauchgefühl.

Wenn Sie die Gespräche an der Rezeption entgegennehmen, können Sie den Zeitbedarf des Patienten mit gezielten Fragen bereits grob einschätzen auf Grundlage von Erfahrungswerten zu sortieren: Erstbesuch, Kontrollbesuch, neuer Patient, chronisch kranker Patient usw. – für Vorsorge-Untersuchungen wird schließlich mehr Zeit geblockt als für eine Befundbesprechung. Erstgespräche mit neuen Patienten oder Termine mit älteren oder gebrechlichen Patienten brauchen unter Umständen länger, das sollte dann gleich mit eingeplant werden. Termine mit besonders hohem Gesprächsbedarf sollten Sie gegen Ende des Arbeitstages einplanen.

Ähnliche Termine gruppieren

Wenn Sie ähnliche Untersuchungen und Behandlungen im Terminplaner gruppieren, können Sie Vorbereitungszeit sparen. Solche Spezialsprechstunden (Akutsprechstunde, Diabetessprechstunde etc.) können Sie sogar für Ihr Praxismarketing nutzen. Meist ist es auch sinnvoll, Pufferzeiten einzubauen, je nach Situation sparen Sie zwischen 10 und 20 Prozent der Arbeitszeit.

Statt den Patienten am Telefon nach seiner Wunschzeit zu fragen, nennen Sie ihm zwei oder drei Termine zur Auswahl. Damit lenken Sie nicht nur die Terminvergabe. Indem Sie eine offene Frage auf eine Entscheidungsfrage zwischen zwei oder drei Optionen reduzieren, sparen Sie im Schnitt 39 Sekunden pro Terminvereinbarung, hat der Virchowbund errechnet. Bei 100 Anrufen am Tag ist das über eine Stunde.

Untersuchungen haben gezeigt, dass das Terminmanagement effizienter ist, wenn nur eine MFA damit betraut ist, anstatt das ganze Team. Das ist die klassische Aufgabe einer Praxismanagerin, die jederzeit den vollen Überblick über alle Termine haben sollte. Der aktuelle Praxis-Terminplaner sollte dann aber für

alle einsehbar sein, inklusive Raumbelastung.

Termindisziplin fördern

Da nicht alle Patienten Bescheid geben, wenn sie einen Termin nicht einhalten können, sollte man bereits bei der Terminvergabe darauf hinweisen, dass notfalls rechtzeitig abgesagt werden muss. Oft ist es kein böser Wille, dass Patienten nicht erscheinen, sie haben es schlicht vergessen. Wenn Sie Patienten 24–48 Stunden vorher telefonisch, per SMS oder E-Mail erinnern, senken Sie die Rate deutlich. Bei der Online-Terminvergabe wird dieser Service häufig mit angeboten. Lücken durch kurzfristige Ausfälle können Sie ggfs. mit Patienten füllen, die zeitlich flexibel sind und einen kurzen Anfahrtsweg haben. Die Bereitschaft dazu können Sie bei der nächsten Terminvergabe erfragen und diese Information im Praxisverwaltungssystem hinterlegen. Terminpatienten, die pünktlich erscheinen, sollten durch kurze Wartezeiten „belohnt“ werden. Und für alle Patienten gilt: Übersteigt die Wartezeit 20 Minuten, sollten Sie Patienten proaktiv informieren, mit wie viel Wartezeit zu rechnen ist.

Spezielle Zeiten

Sicher planen Sie Montagmorgen und zu anderen Stoßzeiten schon genügend Spielraum für unangemeldete Patienten ein. Gerade Hausarztpraxen haben einen höheren Anteil an Patienten, die mit akuten Beschwerden oder als Notfälle kurzfristig und meist ohne festen Termin in der Arztpraxis erscheinen. Blöcke für eine Kurzsprechstunde in der Frühe, vor der Mittagspause und am Ende der Nachmittagssprechstunde haben sich bewährt. Klassische „Anlässe“ sind akute Beschwerden, die nicht bedrohlich sind: Bauchschmerzen, Übelkeit & Co.

Last not least: Seien Sie selbstkritisch und achten Sie auf Teamdisziplin. Wenn die Sprechzeit um 9 Uhr startet, sollte alles bereits fünf Minuten vorher einsatzbereit sein. Denn wenn Sie den Rechner erst um 9 Uhr hochfahren, ist die Verzögerung vorprogrammiert und wird bis zum Mittag nicht mehr aufgeholt.

Leser-Tipps

Im Leser-Dialog hatten wir in der letzten Ausgabe nach Tipps zum Zeit- und Terminmanagement gefragt. Hier ein paar Antworten:

- › Sabine Gust aus Wannweil schreibt: „Wir haben einen Covid-Impfvormittag pro Woche. Dieses Angebot wird dem jeweiligen Bedarf angepasst, anfangs gab es zwei Impfvormittage und ein Abendfenster. Für Vorsorgeuntersuchungen, Sporttauglichkeitsuntersuchungen oder Impfbereitungen vor Fernreisen wird eine etwas größere Zeitspanne zwischen 20 und 30 Minuten eingeplant und nur an bestimmten Tagen. Montag und Freitag bieten wir solche Untersuchungen gar nicht an.“
- › Auch Jeannine Maier aus Neuffen hat uns geschrieben, wie in ihrer Praxis die Terminvergabe geregelt ist: „Blutentnahme morgens von 07.20 bis 8.30 Uhr, vormittags ab 8 Uhr zwei Checks, danach beginnt die ‚normale‘ Sprechstunde. Ab 13 Uhr dann die Infektsprechstunde. Nachmittags von 15 bis ca. 15.30 Uhr Impfsprechstunde, danach ist wieder normale Sprechstunde. Abends um 18.30 noch ein Check und zum Schluss nochmals eine Infektsprechstunde.“
- › Und Isabell Kremer aus Münster schreibt: „Um zu vermeiden, dass zum Beispiel Säuglinge und Kleinkinder in Kontakt mit Corona kommen. Diese kommen sofort ins Zimmer oder warten separat in kleineren Behandlungsräumen. Rezepte und Überweisungen können bei uns telefonisch oder per E-Mail angemeldet und von uns vorbereitet werden. Patienten mit V. a. Corona und Erkältungserkrankungen dürfen nur nach telefonischer Anmeldung in unsere Infektionsprechstunde. Ansonsten bieten wir auch eine Videosprechstunde an, was gerne angenommen wird.“

Der neue Leserdialog geht weiter

Seit Ausgabe 1/22 befragen wir Sie im Leserdialog zu einem Thema, das im kommenden Heft eine Rolle spielt. Und haben so die Gelegenheit, Ihre Meinungen gleich mit in den Beitrag einfließen zu lassen. Wie Ihre Tipps zum Terminmanagement auf Seite 5. Und natürlich wollen wir uns auch für Ihre Unterstützung bedanken: Unter allen Einsendungen verlosen wir 100 Euro.

www.info-praxisteam.de



Keine Ausgabe mehr verpassen: Sie können info praxisteam auch bequem auf Ihrem Smartphone oder Tablet lesen. Und wir informieren Sie per E-Mail über die neueste Ausgabe. Kreuzen Sie einfach das Kästchen auf dieser Seite an oder abonnieren Sie online.



Wir wollen wissen: Traumjob oder Schrecken?

Viele Praxen haben heute Probleme, zum neuen Ausbildungsjahr ihre offenen Stellen zu besetzen. Wie ist das bei Ihnen? Und würden Sie jungen Frauen empfehlen, sich in diesem Beruf ausbilden zu lassen. Teilen Sie uns und Ihren Kolleginnen Ihre Erfahrungen und Meinungen mit.

Unsere Erfahrungen / meine Meinung:

Sie können Bilder dazu hochladen unter www.info-praxisteam.de/umfrage

- Ich bin mit der Speicherung und maschinellen Verarbeitung meiner Daten einverstanden.*
- Ich bin damit einverstanden, von Springer Medizin schriftlich oder per Newsletter Informationen zu erhalten.

Datum, Unterschrift



Vorname, Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

E-Mail-Adresse

Unter allen Teilnehmer*innen verlosen wir **100 Euro** in bar. Einsendeschluss ist der 16. Oktober 2022. **Bitte schicken Sie Ihre Antwort an:** Springer Medizin Verlag GmbH Redaktion Info Praxisteam **Stichwort:** Leserbefragung 3/2022 Aschauer Str. 30, 81549 München oder schicken Sie uns ein Fax unter: 089-203043-31450 Sie können natürlich auch im Internet antworten:

www.info-praxisteam.de

* Voraussetzung für die Teilnahme an der Verlosung.

Entscheidungsspielraum für die Pflege

Die Delegation ärztlicher Verantwortung ist einen Schritt weiter. Im Juli 2022 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Pflegefachkräften mehr Spielraum bei der häuslichen Krankenpflege eingeräumt. Mit dem Beschluss sollen Pflegefachkräfte etwa bei der Wund- und der Stomaversorgung eigenständig entscheiden können, wie oft und wie lange diese eingesetzt werden sollen. Was die Pflegefachkräfte künftig selbst verantworten können, soll nun in die „Häusliche-Krankenpflege-Richtlinie“ aufgenommen werden. Die Richtlinie sieht bereits heute einen regelmäßigen Austausch zwischen verordnenden Ärzten und Pflegekräften vor. Diese Konsultationen sollen nun intensiviert und die Pflegedienste in die Genehmigungsverfahren der Kassen eingebunden werden.

Long-COVID-Symptome breit gefächert

Ein britisches Forscherteam hat untersucht, mit welchen Symptomen Long-COVID einhergeht. Sie verglichen Daten von knapp 500.000 Personen mit einer dokumentierten SARS-CoV-2-Infektion, die nicht im Krankenhaus behandelt wurden mit den Daten von fast zwei Millionen Personen, bei denen kein Hinweis auf eine Coronavirus-Infektion vorlag.

Aus dieser Kohortenstudie geht hervor, dass Patientinnen und Patienten zwölf Wochen und länger nach der Infektion viel häufiger über eines oder mehrere von 62 Symptomen berichteten als Patienten, die sich nicht mit SARS-CoV-2 infiziert hatten. Besonders ausgeprägt waren dabei: Kurzatmigkeit in Ruhe, Brustschmerzen, Fatigue, Geruchsverlust, Niesen, Haarverlust und nachlassende Libido.

Aus den Daten konnte das Forschungsteam zudem Risikofaktoren für die Entwicklung von Long-COVID identifizieren. So berichteten eher Frauen, jüngere Menschen, Raucher, übergewichtige oder adipöse Menschen sowie Menschen mit mehreren Komorbiditäten über anhaltende Symptome nach einer SARS-CoV-2-Infektion.

Länger leben dank Bewegung

Die Ergebnisse einer Studie aus den USA, die im Juli 2022 erschienen ist, belegt wieder einmal: Menschen, die körperlich aktiv sind, haben eine niedrigere Sterberate als inaktive Personen. Dabei macht es keinen relevanten Unterschied, ob die Bewegung regelmäßig über die Woche verteilt stattfindet oder ob man sich nur konzentriert am Wochenende – als sogenannte Wochenend-Aktive – bewegt.

Die Analyse über fast 22.000 Todesfälle, davon 4130 durch eine kardiovaskuläre Erkrankung und mehr als 6000 durch Krebs, ergab: Im Vergleich zu körperlich inaktiven Teilnehmern lagen bei den Wochenend-Aktiven die Hazard Ratio (HR) für die Gesamtmortalität bei 0,92 und für regelmäßig aktive Teilnehmer bei 0,85. Das heißt, die Sterberaten waren um 8 bzw. 15 Prozent niedriger – jeweils unabhängig davon, ob sich die Befragten moderat oder stark bewegt hatten.

In der Leitlinie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für körperliche Bewegung und sitzende Tätigkeiten von 2020 wird empfohlen, dass Erwachsene sich wie folgt bewegen sollen:

- 150 bis 300 min/Woche mit moderater Intensität oder
- 75 bis 150 min/Woche mit starker Intensität oder
- mit einer gleichwertigen Kombination aus beiden Intensitäten

Heiße Sommer führen zu hoher Sterberate

Auch dieser Sommer hat mit seiner Hitze die Gesundheit der Menschen in Deutschland belastet. Das führt zu einer statistisch signifikanten Erhöhung von Sterbefällen. Zu diesem Ergebnis kommt eine Datenanalyse des Robert Koch-Instituts. Den Schätzungen der Berliner Bundesbehörde zufolge starben demnach 2018 etwa 8700 Menschen aufgrund hoher Temperaturen, 2019 etwa 6900 und 2020 rund 3700. Im vergangenen Jahr sei es dagegen nicht zu einer erhöhten Übersterblichkeit aufgrund von Hitze gekommen. Zum Vergleich: Insgesamt starben in den drei betrachteten Jahren rund 2,9 Millionen Menschen in Deutschland.

Zu den hitzebedingten Todesursachen gehören Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nierenversagen und Stoffwechselstörungen. In Gefahr sind vor allem ältere und chronisch kranke Menschen. Bewohner dicht bebauter Innenstädte sind gefährdeter als Menschen auf dem Land. In Deutschland gilt ein Tag als heiß, wenn die Maximaltemperatur 30 Grad erreicht. In anderen Ländern wie Dänemark gilt es schon als heiß, wenn der Durchschnitt der Maximaltemperaturen an drei aufeinanderfolgenden Tagen 28 Grad überschreitet.



Videos können Immunantwort auslösen

Das Verhaltensimmunsystem könnte uns bei der Bekämpfung von Infektionen unterstützen. In einer Studie der Universität Hamburg ließ das Forschungsteam 116 Testpersonen verschiedene Videos anzusehen, die mit ansteckenden Virusinfektionen der Atemwege in Verbindung gebracht wurden sowie Kontrollen (Landschaftsvideo). Dann nahmen sie Speichelproben, um die Konzentration von Antikörpern (sezernierbares IgA) zu messen. Es zeigte sich, dass die sIgA-Konzentration bei Testpersonen nach der Stimulation durch Videos, die Menschen mit Krankheitssymptomen zeigen, anstieg. Im Durchschnitt erhöhte sich die sIgA-Konzentration nach dem Schauen des Krankheitsvideos um 83,15 Prozent. Das spricht dafür, dass das Immunsystem schon reagiert, bevor der Keim in den Körper kommt.



DMP-Tipps für die Praxis

Seit mittlerweile 20 Jahren gehören Disease-Management-Programme (DMP) zum Versorgungsangebot vieler Praxen. Sie sind ein Erfolgsmodell, doch mitunter hakt es bei den Details. Das Online-Lernprogramm „Quickcheck DMP“ für Praxen beleuchtet die wichtigsten organisatorischen Fehlerquellen und hilft bei der reibungslosen Umsetzung der Programme.

Allein bei der AOK sind aktuell 3,87 Millionen Versicherte in die sechs bestehenden Programme eingeschrieben, bei allen gesetzlichen Krankenkassen insgesamt sind es 9,36 Millionen. Die DMP-Aufgaben sind in den meisten Praxisteams gut verteilt, die Abläufe eingespielt und die Patienten mit den Besonderheiten vertraut.

Doch nicht in allen Praxen läuft alles rund. Immer wieder kommt es mal zu Problemen. Hier hakt es beim Datenaustausch mit den Datenstellen, da werden Fristen nicht eingehalten und Dokumentationen verfallen.

Die AOK hat daher das Online-Lernprogramm „Quickcheck DMP“ für Praxen entwickelt, das die wichtigsten Fehlerquellen beleuchtet und bei der reibungs-

losen Umsetzung der Programme hilft. Es eignet sich auch zur Schulung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder zur Einführung von Praxen, die neu am DMP teilnehmen.

Leitfaden zur organisatorischen Umsetzung

Der „Quickcheck DMP“ erläutert unter anderem die wichtigsten Regelungen rund um die Einschreibung der Patientinnen und Patienten, das richtige Vorgehen bei einem Arztwechsel sowie die Versandwege zur Übermittlung der Dokumentationen. Da sich diese je nach KV-Region unterscheiden können, sind in dem Programm auch spezielle regionale Informationen zu diesem Thema abrufbar. Sie finden sich im Bereich „Praxiswissen“, der umfangreiche Hin-

tergrundinformationen zu allen Aspekten der DMP-Umsetzung enthält. Wer alle Aufgaben löst, kann sich am Ende ein Zertifikat ausdrucken, das die erfolgreiche Teilnahme am Lernprogramm bestätigt.

Ein eigener Themenblock widmet sich den Fristen zur Übermittlung der Dokumentationen an die Datenstellen. Wie lassen sich ungewollte Ausschreibungen vermeiden? Hierzu gibt das Programm ganz praktische Tipps. Denn DMP-Dokumentationen werden ungültig, wenn sie 52 Tage nach Ablauf des Quartals, in dem sie erhoben worden ist, nicht vollständig und fehlerfrei bei der Datenstelle vorliegen. Nach dieser Frist können sie nicht mehr korrigiert oder nachgereicht werden – und sie werden auch nicht mehr vergütet. Daher gibt der

„Quickcheck DMP“ die Empfehlung, Dokumentationstermine an den Anfang eines Quartals zu legen. So bleibt in jedem Fall genug Zeit, Fehler zu korrigieren. Und wenn ein Patient nicht zu seinem Termin erscheint, besteht die Möglichkeit, noch innerhalb des Quartals einen neuen Termin zu vereinbaren. Hilfreich ist es, sich eine Übersicht mit allen Terminen für den Datenversand, den Eingang von Arztberichten der Datenstelle und mit den Terminen für die „Verfristung“ der Dokumentationen anzulegen. Einige Datenstellen bieten dies auch als Service für DMP-Praxen an.

Leitfäden auch zu medizinischen Inhalten

Neben dem „Quickcheck DMP“ bietet die AOK auch Informationen zu den medizinischen Inhalten der Programme an. Denn auch die inhaltlichen Vorgaben der Disease-Management-Programme werden nicht immer optimal umgesetzt. An welchen Punkten noch Nachbesserungsbedarf besteht, macht zum Beispiel der aktuelle Qualitätsbericht zur Umsetzung der DMP in der KV-Region Nordrhein deutlich.

Laut diesem Bericht sind die chronisch kranken Patientinnen und Patienten in den DMP auch während der Pandemie insgesamt weiter sehr gut versorgt worden. Allerdings erreichen vergleichsweise viele Patientinnen und Patienten in den DMP Diabetes Typ 1 und Typ 2 nach wie vor nicht ihren individuell vereinbarten HbA_{1c}-Wert. Zudem werden viele Patientinnen und Patienten mit Diabetes trotz der entsprechenden Überweisungs-Vorgaben des DMP nicht regelmäßig augenärztlich untersucht.

Um Praxen bei der optimalen Umsetzung dieser und anderer Inhalte der DMP zu unterstützen, bietet die AOK auf ihrer Internetseite für Leistungserbringer Leitfäden zu den DMP Diabetes und KHK sowie zu den DMP Asthma und COPD an. Unter dem Titel „DMP erfolgreich umsetzen“ informieren sie unter anderem darüber, welche Untersuchungen wie oft stattfinden sollten, wann Überweisungen zu Spezialisten

20 Jahre DMP – eine Erfolgsgeschichte



Vor zwei Jahrzehnten wurden die DMP in Deutschland eingeführt. Der Startschuss sei bahnbrechend gewesen, sagt Dr. Gabriele Müller de Cornejo (Bild), die als Projektleiterin die Programme bei der AOK mitentwickelt hat. „Denn damals fanden Arztbesuche bei dieser Patientengruppe nur anlassbezogen statt, erst wenn gesundheitliche Probleme auftraten. Heute werden die Versicherten regelmäßig und langfristig begleitet“, sagt die seit 15 Jahren in Rheinland-Pfalz niedergelassene Fachärztin für Allgemeinmedizin und Innere Medizin.

Zu den Errungenschaften der DMP zählt aus ihrer Sicht, dass die Behandlungen und Medikamente in evidenzbasierten Studien auf ihre Wirksamkeit geprüft werden. Das gewährleistet, dass sie einen gesundheitlichen Nutzen für die Betroffenen haben. „Durch die regelmäßigen Untersuchungen werden Folgeerkrankungen früher erkannt, gut behandelt und so Schlimmeres vermieden“, erklärt Müller de Cornejo. Die Einführung flächendeckender Schulungen und umfangreicher Informationen zur Erkrankung hätten ebenfalls große Wirkung gezeigt: „So wissen Menschen mit Diabetes heute viel über ihre Erkrankung, verstehen sie besser und können dadurch ihren Part für ein gesünderes Leben übernehmen.“ Das sieht auch Andreas H. so. Bei dem 55-Jährigen wurde vor vier Jahren Typ-2-Diabetes festgestellt. Nach anfänglichem Schock nahm er kurzer Zeit später an einer Schulung und einer Ernährungsberatung teil. „Mit kleinen Ausreißern habe ich meine Ernährung umgestellt und mir angewöhnt, spazieren zu gehen.“ Sein Hausarzt und sein Diabetologe unterstützen ihn, die Blutzuckerwerte gut in den Griff zu bekommen. Hinrichs ist froh, an am DMP teilzunehmen. „Ich fühle mich aufgeklärt, dadurch sicherer und mache mir keine Sorgen mehr, weil ich Diabetes habe.“

vorgesehen sind und wie die DMP-Aufgaben im Team verteilt werden können. Die Auswahl der Übersichten und Informationen in den Leitfäden orientiert sich an den Qualitätszielen für die jeweiligen Behandlungsprogramme.

Die Qualitätsziele sind entscheidende Faktoren

Diese Qualitätsziele werden formuliert, um die Qualität der Umsetzung der DMP messen und objektiv beurteilen zu können. Qualitätsziele für das DMP Diabetes mellitus Typ 2 sind zum Beispiel ein niedriger Anteil von Patienten mit einem HbA_{1c}-Wert über 8,5 Prozent. Oder ein hoher Anteil der Patienten, bei denen die Nierenfunktion jährlich überprüft wird. Für eine erfolgreiche Umsetzung des DMP Koronare Herzkrankheit spricht beispielsweise ein hoher Anteil von Patienten ohne Angina-pectoris-Beschwerden. Die medizinischen Inhalte der bestehenden Programme werden in regelmäßigen Abständen aktualisiert

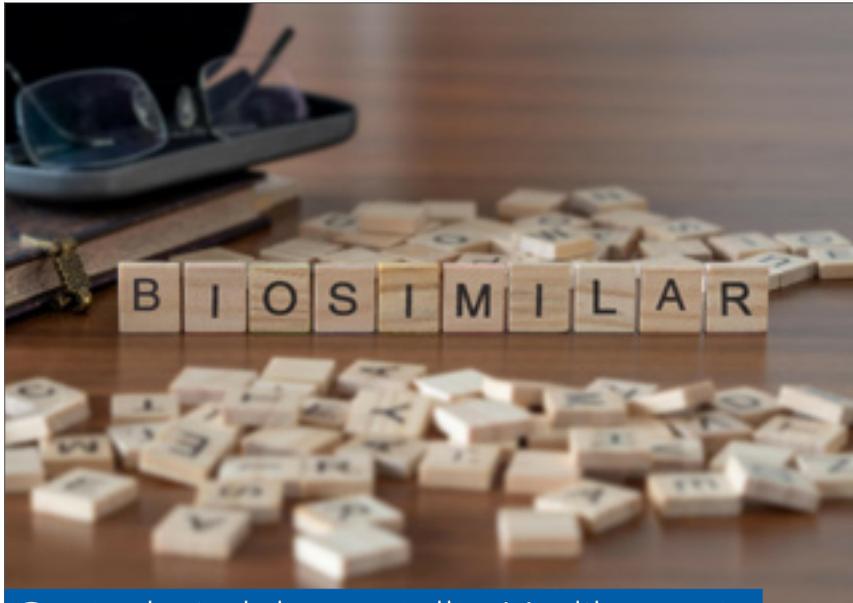
und auf den neuesten Stand gebracht. Wenn sich bei den Inhalten etwas ändert, informiert die AOK Ärztinnen und Ärzte mit kompakten Info-Blättern über die wichtigsten Neuerungen. Auch diese „Arzt-Infos“ sind im Gesundheitspartner-Portal der AOK kostenlos downloadbar.



Online-Lernprogramm „Quickcheck DMP“
www.aok.de/gp/aerzte-psychotherapeuten/praxiswissen-quickcheck-e-learning-fuer-arztpraxen

DMP-Leitfäden für Ärzte und Praxisteam
www.aok.de/gp/aerzte-psychotherapeuten/behandlungsprogramme-dmp/veroeffentlichungen/dmp-leitfaeden-fuer-aerzte-und-praxisteam

Arzt-Infos zu Neuerungen in den DMP
www.aok.de/gp/aerzte-psychotherapeuten/behandlungsprogramme-dmp/veroeffentlichungen/arztinfos-aenderungen



Gentechnisch hergestellte Medikamente

Was sind Biologika und Biosimilars?

Biologika sind gentechnisch hergestellte Arzneimittel und die „Nachahmerprodukte“ heißen Biosimilars. Wir erklären die Unterschiede und die Bedeutung des Austauschs für die Hausarztpraxis und das Gesundheitswesen.

Das Prinzip gentechnisch hergestellter Arzneimittel (Biopharmazeutika oder Biologika) wurde 1982 erstmals mit der Produktion von Humaninsulin in dem Bakterium *E. coli* realisiert. Heute sind 323 Arzneimittel mit 286 Wirkstoffen (Stand Juni 2022) zugelassen. Biotechnisch hergestellte Biologika unterscheiden sich in vielen Punkten von den chemisch synthetisierten „small molecules“. Nachahmerprodukte dieser Biologika heißen Biosimilars. Während bei Generika der Wirkstoff identisch ist mit dem des Originalpräparats, ist er bei Biosimilars ähnlich (similar) dem des Originalpräparats. Die dadurch erforderlichen zusätzlichen Studien zur Wirksamkeit und Sicherheit machen die Entwicklung

eines Biosimilars deutlich aufwendiger. Auch bei den Biosimilars sind klinische Untersuchungen im Zulassungsprozess verpflichtend, sodass Wirksamkeit und Unbedenklichkeit gewährleistet sind. Biosimilars können zur Entlastung des Gesundheitssystems beitragen, weil sie kostengünstiger sind. Deutschland ist nach Analysen nicht nur bei neuen Arzneimitteln, sondern auch bei Biologika nach wie vor ein Hochpreisland. Dies gilt sowohl für die Originale wie für die Biosimilars. Daher hat der Gesetzgeber beschlossen, den Preiswettbewerb zu fördern.

Die 2019 festgelegte Regelung zur Substitution von Biologika in der Apotheke sollte ab August 2022 greifen, wurde aber noch einmal um ein Jahr verschoben.

Es soll sich dabei nicht um einen „automatischen“ Austausch handeln, sondern um einen von qualifiziertem pharmazeutischen Personal durchgeführten und durch Beratung unterstützten Vorgang.

Das wirtschaftliche Potenzial der Regelung gilt als erheblich: Wenn in der Therapie das preiswerteste vergleichbare Biosimilar zum Einsatz gekommen wäre, hätten laut einer Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) allein im Jahr 2019 Einsparungen in Höhe von 758 Millionen Euro erzielt werden können. Da 55 Prozent der Patienten neu eingestellt wurden, wäre keine Umstellung notwendig gewesen.

Austausch dringend empfohlen

Die Rahmenvorgaben der KVen und des GKV-Spitzenverbandes benennen zur Kostendämpfung daher Verordnungsmindestquoten für Biosimilars der verschiedenen Biologika. Werden Patientinnen und Patienten bereits mit einem bestimmten Biologikum behandelt, sollen Ärztinnen und Ärzte prüfen, ob sie auf ein preisgünstigeres Nachahmerpräparat umgestellt werden können. Voraussetzung für die Umstellung bei einer bereits laufenden Arzneimitteltherapie ist insbesondere, dass keine patientenindividuellen medizinischen Gründe gegen den Wechsel auf ein anderes, „biosimilares“ Präparat sprechen. Dies können beispielsweise erwartbare Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten oder auch eine bestehende instabile Therapiesituation sein.

Beim Wechsel von einem Originalpräparat auf ein Biosimilar können ggf. bei Patienten negative Erwartungen eine Rolle spielen, man nennt das den Nocebo-Effekt. Die Arzneimittelkommission der Bundesärztekammer hat die Fragen, die im Vorfeld mit den Patienten adressiert werden sollten, zusammengefasst.



www.akdae.de/

Suchbegriff: biosimilar



Fehler im Praxisalltag

Dringlichkeit schlecht kommuniziert

In der Rubrik „Fehler im Praxisalltag“ stellen wir in jedem Heft einen Fall vor. In dieser Folge geht es um ein EKG und die Dringlichkeit einer Folgebehandlung.

Aus einer Hausarztpraxis wird folgendes Ereignis berichtet:

Was ist passiert?

Eine Patientin kommt zu einer Routineuntersuchung. Unter anderem wird ein EKG geschrieben. Die Ärztin stellt den Befund und sagt der Patientin, sie solle sich „heute oder morgen“ in der Klinik vorstellen, das EKG sei „auffällig“. Die Patientin möchte das nicht. Die Tochter, die sie begleitet hat, überredet sie schließlich. Um die Mutter nicht zu sehr zu belasten, wird die Fahrt in die Klinik aber zunächst einmal verschoben. Die Ärztin gibt ihnen den Ausdruck vom EKG mit.

Am Abend stellt sich die Patientin im Kreisrathaus vor. Der Arzt der Notaufnahme befundet das EKG erneut und veranlasst sofort eine Operation wegen hochgradigem Infarktverdacht. Es werden zwei Stents implantiert. Der Kardiologe sagt: „Sonst hätte Sie die Nacht nicht überlebt.“

Mögliche Gründe, die zu dem Ereignis geführt haben können?

Die Behandlung der Patientin wurde um mehrere Stunden verzögert, das hätte für die Patientin auch zu spät sein können. Die Dringlichkeit wurde offensichtlich nicht ausreichend kommuniziert, und es wurden keine eskalierenden Maßnahmen eingeleitet.

Welche Maßnahmen wurden aufgrund dieses Ereignisses durchgeführt?

Den Bericht hat eine Angehörige mit medizinischem Hintergrund eingereicht, die Maßnahmen der Hausarztpraxis sind daher nicht bekannt.

Kommentar des Frankfurter Instituts für Allgemeinmedizin

Zum Glück ist dieses Ereignis noch einmal relativ glimpflich ausgefallen, jedoch hätte es schlimme Folgen haben können. Es stellt sich die Frage, ob die Ärztin die Situation nicht richtig eingeschätzt hat oder die Dringlichkeit einer Vorstellung im Krankenhaus nicht richtig kommuniziert wurde.

Kommentar eines Nutzers

Die Patientin kam zur „Routinediagnostik“, sie hatte vermutlich also keine klinischen Anzeichen, die bei Frauen oft auch atypisch sind. Vielleicht hatte die Patientin auch keinen akuten Infarkt, sondern nur eine hochgradige Stenose, das gibt der Angehörigenbericht nicht eindeutig her.

Bei Unklarheiten sollte man in Kooperation mit einer kardiologischen Praxis idealerweise über eine kurzfristige Vorstellungsmöglichkeit verfügen oder die Patientin in eine Klinik bringen lassen.

Tatjana Blazejewski

Fehler melden

In der Medizin können Fehler fatale Folgen haben. MFA 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](https://www.info.praxisteam.de) veröffentlicht besonders für MFA interessante Fälle.

www.jeder-fehler-zaehlt.de



Boom bei Videosprechstunden

Durch die anhaltende Corona-Pandemie hält der Boom bei Videosprechstunden in Schleswig-Holstein weiter an. Das belegt eine aktuelle Auswertung der AOK NordWest: Danach wurden im Jahr 2021 insgesamt 12.882 Videosprechstunden von Versicherten der AOK NordWest mit Ärzten in Schleswig-Holstein durchgeführt. Das sind über 33 Prozent mehr als im Jahr 2020 mit 9.636 digitalen Beratungen. In 2019 hatten sich gerade einmal sieben AOK-Versicherte per Bildschirm beraten lassen.

„Die Videosprechstunden haben sich weiter etabliert. Angesichts der Infektionsgefahr mit COVID-19 konsultieren immer mehr Patientinnen und Patienten ihren Arzt digital per Video über PC, Laptop oder Smartphone. Durch die Corona-Pandemie erfährt die Digitalisierung im Gesundheitswesen einen riesengroßen Schub“, heißt es in der Pressemeldung der AOK NordWest.

Am häufigsten nutzten Psychotherapeuten und psychotherapeutisch tätige Ärzte sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeuten in Schleswig-Holstein die Videosprechstunden. Auf dem zweiten Rang folgten Allgemeinmediziner vor der Fachgruppe Innere Medizin/Rheumatologie.



Pflege als Team-Arbeit

Betreuung am Lebensende – besser mit dem Hausarzt

Mehr als die Hälfte der Menschen in Pflegeheimen werden in den letzten zwölf Wochen vor Lebensende mindestens einmal in ein Krankenhaus verlegt. Mehr als jeder dritte Krankenhausfall wäre potenziell vermeidbar. Dazu braucht es ein Team – in dem auch der Hausarzt mit im Boot sein sollte.

Menschen in ihrer letzten Lebensphase wollen ihre gewohnte Umgebung nicht verlassen – das gilt auch für Menschen in Pflegeheimen, von denen es sehr viele gibt. Das zeigt ein Blick auf die Versorgungsdaten. Rund jeder dritte innerhalb eines Jahres verstorbene AOK-Versicherte lebte in einem Pflegeheim. Deutlich mehr als die Hälfte davon wurde in den letzten zwölf Wochen vor dem Tod mindestens einmal in ein Krankenhaus verlegt. Die Verlegungen in ein Krankenhaus ist für Hochbetagte und ihre Angehörigen aber nicht nur emotional schwierig, sie birgt auch erhebliche Risiken:

psychische Belastungen, kognitive Verschlechterungen, in der Klinik erworbene Infektionen, Stürze, Komplikationen durch Immobilisation sowie der weitere Verlust von Selbstständigkeit.

Der Pflege-Report 2022, der vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO) herausgegeben wird, beleuchtet auf Basis von Routinedaten Krankenhaus-Verlegungen von Pflegeheimbewohnenden unmittelbar vor dem Lebensende. Eine ergänzende Befragung von 550 Pflegefach- und Assistenzpersonen unterstreicht die Diskrepanz zwischen Versorgungswunsch und -wirklichkeit.

Deutlich mehr als jede dritte Krankenhauseinweisung in den letzten zwölf Wochen vor Versterben ist diesen Analysen zufolge potenziell vermeidbar. Analysiert wurde die Häufigkeit von sogenannten „Pflegeheim-sensitiven Krankenhausfällen“ (PSK). Dazu gehören beispielsweise Herzinsuffizienz, Dehydratation oder Harnwegsinfektionen.

Interprofessionelle Zusammenarbeit verbessern

Inwiefern diese kurz vor Lebensende erfolgten Krankenhauseinweisungen dem Willen der Betroffenen entsprechen, kann über Routinedaten nicht erfasst werden. Wichtige Hinweise dazu ergibt aber die Befragung. Jeder oder jede Fünfte erlebt monatlich oder häufiger, dass solche Bewohnende in ein Krankenhaus eingewiesen werden, obwohl es ihrer Meinung nach nicht im besten Interesse der Versterbenden ist. Ein zentrales Konfliktthema war dabei

die Kooperation mit den betreuenden Hausärztinnen und -ärzten. Fast zwei Drittel der Befragten bemängelte die fehlende schnelle Erreichbarkeit der Ärztinnen und Ärzte (häufig = 62,3 Prozent), mehr als ein Drittel die mangelnde Bereitschaft zur palliativen Versorgung (37,7 Prozent) (Abb. oben). Viele pflegebedürftige Menschen könnten bis zum Versterben also auch im Pflegeheim bleiben, sofern hier eine engere Zusammenarbeit aller Beteiligten, in erster Linie der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflegeeinrichtung mit den Hausärzten, Krankenhäusern und Rettungsdiensten gelingt. Bei der Vorstellung des Pflege-Reports 2022 forderte die AOK-Vorstandsvorsitzende Dr. Carola Reimann daher: „Die unterschiedlichen Akteure müssen eng kooperieren, um bestmöglich im Sinne der Betroffenen agieren zu können. Der Anspruch eines würdevollen Sterbens im Heim darf nicht an mangelnder Zusammenarbeit zwischen den Professionen und fehlenden Ressourcen scheitern.“

Problemfall Patientenverfügung

Wie ein Mensch in seiner letzten Lebensphase versorgt und begleitet wird, ist wichtig – für jeden von uns. Darüber früh nachzudenken ist empfehlenswert, und den eigenen Willen sollte man dann unbedingt auch schriftlich im Rahmen einer Patientenverfügung festhalten. Es geht um Vorsorge, vor allem für den Fall der eigenen Handlungsunfähigkeit.



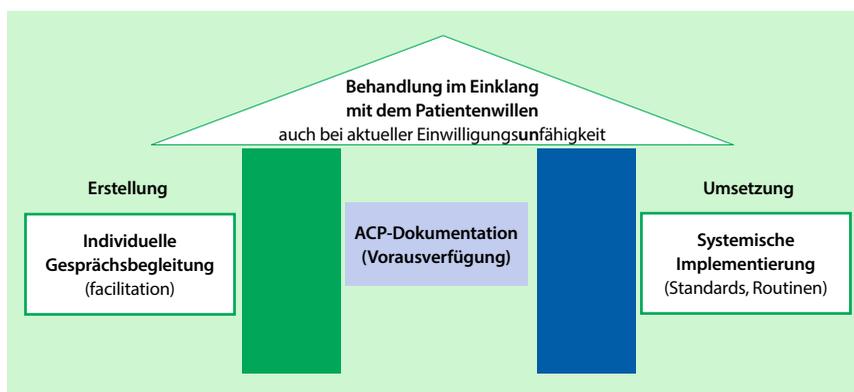
Häufigstes Problem laut Befragung ist die fehlende Erreichbarkeit der Ärztinnen und Ärzte.

In der Umfrage zum Pflege-Report 2022 gab die Mehrheit der Befragten jedoch an, dass sich auf Druck der Angehörigen das Behandlungsteam für belastende beziehungsweise lebensverlängernde Maßnahmen entschied, obwohl die Patientenverfügung ein anderes Vorgehen nahegelegt hätte. Prof. Dr. Jürgen in der Schmitt, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Essen, erklärte, warum das so ist: „Die als Patientenverfügung verbreiteten Standardformulare geben oft nicht das verlässlich wieder, was die betreffende Person tatsächlich zu dem Thema denkt und wünscht.“ Er empfiehlt Advance Care Planning (ACP, steht für Behandlung im Voraus planen) als wirksames Instrument, das eine Vorausplanung nicht nur für die letzte Lebensphase erlaubt. ACP ist ein in Deutschland bisher wenig etabliertes Konzept und soll

gewährleisten, dass Menschen in gesundheitlichen Krisen auch dann so behandelt werden, wie sie das wollen, auch wenn sie krankheitsbedingt nicht (mehr) einwilligungsfähig sind. ACP wurde im Rahmen des Hospiz- und Palliativgesetzes (HPG) in Form des Paragraphen 132 g SGB V zu einer Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Das Zwei-Säulen-Konzept

Das ACP-Konzept beruht auf zwei Säulen (Abb. unten): Damit Menschen aussagekräftige Behandlungsentscheidungen im Voraus verlässlich treffen können, erhalten sie das Angebot einer ausführlichen Gesprächsbegleitung durch hierfür speziell qualifizierte (nicht-ärztliche) ACP-Gesprächsbegleiterinnen, die in enger Abstimmung und Kooperation mit dem Hausarzt tätig werden. Zwischen Patienten und ihren Hausärzten besteht in der Regel ein langjähriges Vertrauensverhältnis. Insofern spielt der Hausarzt eine wichtige Rolle bei der Vorausplanung. Wo nach dem Gespräch mit dem ACP-Gesprächsbegleiter Fragen offen bleiben, führt er ein ergänzendes Gespräch. Durch seine Beteiligung an dem Prozess wird zudem ein Vier-Augen-Prinzip etabliert, das hilft, die Qualität und Sicherheit dieses Prozesses zu erhöhen. Die Unterschrift des Hausarztes unter den Dokumenten macht die Beratung durch ihn sichtbar und trägt zur Verbindlichkeit der Festlegungen bei.



Das ACP-Konzept beruht auf zwei Säulen und soll den tatsächlichen Patientenwillen umsetzen.

Podcast „AOK Praxis-Talk“

Seit einem Jahr tauschen sich im Podcast „AOK-Praxis-Talk“ regelmäßig Expertinnen und Experten der AOK Niedersachsen zu spannenden Themen der Arzneimittel- und Heilmittelversorgung aus und geben wertvolle Tipps zur korrekten und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten. Der Podcast erscheint monatlich und richtet sich an medizinisches Fachpersonal, Vertragsärztinnen und Vertragsärzte.



Im Podcast werden unter anderem komplexe Zusammenhänge, Änderungen und Ausnahmefälle in den gesetzlichen Richtlinien beleuchtet, Leistungen benannt und Tipps für den Verordnungsalldtag gegeben. Zukünftig werden auch Themen aus anderen verordnungsrelevanten Bereichen aufgegriffen, zum Beispiel die Versorgung mit Hilfsmitteln oder Aktuelles aus der häuslichen Krankenpflege.

Der Podcast „AOK-Praxis-Talk“ ist kostenlos abrufbar – überall dort, wo es Podcasts gibt: zum Beispiel auf Spotify, Deezer und Apple Podcast sowie auf der Gesundheitspartnerseite der AOK Niedersachsen aok.de/gp/nds. Hören Sie doch mal rein: aok.de/gp > Ärzte & Psychotherapeuten > AOK-Praxis-Talk



www.aok.de/gp > Ärzte und Psychotherapeuten > AOK-Praxis-Talk

Versorgungsprogramm für Patienten mit Vorhofflimmern

Die AOK PLUS testet gemeinsam mit der MVZ Praxisklinik Herz und Gefäße in Dresden das digitale Nachsorgeprogramm iATROS für Vorhofflimmerpatienten, die bereits eine Ablation oder Kardioversion erhalten haben. Die Patienten bekommen eine EKG-Smartwatch zur Verfügung gestellt, welche regelmäßig 1-Kanal-EKGs erfasst. So sollen kardiologisch relevante Akutereignisse frühzeitig erkannt, einer Verschlimmerung der Erkrankung sowie dem Auftreten von Begleiterkrankungen (wie z. B. einem Schlaganfall) vorgebeugt und Kran-

kenhausaufenthalte möglichst reduziert werden. Ein gezieltes digitales Coaching zu verschiedenen Themen, wie Krankheitsbild, Ernährung und Bewegung, sowie Telearztgespräche per Videotelefonie ergänzen das Angebot. Im Akutfall erfolgt eine Rücksteuerung zum behandelnden Kardiologen vor Ort. Das Pilotprojekt ist für 24 Monate inklusive einer Evaluation geplant. Danach wird entschieden, ob es in weiteren Regionen umgesetzt wird.



Leistungserbringer werden digital fit gemacht

Seit 2021 bietet die AOK PLUS regelmäßig Online-Seminare für Ärzte, Praxispersonal und Physiotherapeuten an und gibt eine Einführung in die Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI) und digitale Angebote der Krankenkassen. Bei Ärzten und medizinischem Praxispersonal stehen Themen wie die elektronische Patientenakte (ePA), das elektronische Rezept und die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) im Mittelpunkt. Physiotherapeuten

und angehende Fachkräfte werden unter anderem zum elektronischen Therapiebericht, zur elektronischen Heilmittelverordnung und zu Gesundheitskursen der AOK PLUS informiert und geschult. Das überwältigend positive Feedback der bislang mehreren hundert Teilnehmer spiegelt den immensen Bedarf: Die Weiterempfehlungsquote liegt bei über 90 Prozent.



Präventionskurse „Wieder Fit nach Covid“

Physiotherapeuten und andere Leistungserbringer berichten verstärkt aus der Praxis, dass sie häufiger auf leistungsgeminderte Patienten nach einer Covid-Erkrankung treffen. Schwierig ist das zum Beispiel in Kursen der Primär- oder Sekundärprävention, wenn es sich um eine inhomogene Gruppenstruktur handelt. Daher testet die AOK PLUS mit interessierten Vertragspartnern Kurse der Primär- und der Sekundärprävention speziell für Teilneh-

mer nach einer Covid-Erkrankung. Inhalt und Ablauf der Kurse bleiben grundsätzlich unverändert. Durch die spezielle Gruppenzusammensetzung wird zum Beispiel gezielt an der Intensität oder Ausdauer gearbeitet. Gleichzeitig haben die Versicherten die Möglichkeit, sich mit anderen Betroffenen auszutauschen.



Mehr Informationen für Praxisprofis gesucht?
www.aok.de/gp/

STIKO zu Corona im Ausland

Das Risiko für COVID-19 ist auf Reisen erhöht. Die Ständige Impfkommission rät deshalb dringend zu Schutzmaßnahmen: „Vollständiger COVID-Impfschutz ist für Auslandsreisen dringend anzuraten“, betont die STIKO in ihren Reiseempfehlungen. Zu beachten ist: Die in der EU zugelassenen Impfstoffe werden zwar weltweit in (fast) allen Ländern anerkannt. Zu überprüfen sind aber Bestimmungen von Reise- und Fluggesellschaften sowie Reiseländern, etwa zu Impfnachweis (anerkannte Impfstoffe, anerkannte Schutzdauer, nationale Impfschemata), Testpflicht (PCR oder Antigen?) und zu möglicher Quarantäne.

Infos dazu finden sich auf der Website des Auswärtigen Amtes sowie dort verlinkten Seiten deutscher Konsulate in Zielländern. Die STIKO rät, analoge und digitale Impfdokumente und Testnachweise in verschiedenen Sprachen mitzuführen. Vor Abreise sollte man sich aktuell über die COVID-19-Situation am Ziel informieren.

(Rück)reisende nach Deutschland brauchen jetzt keinen Nachweis mehr, dass sie geimpft, genesen oder getestet sind, sofern die Einreise nicht aus einem Virusvariantengebiet erfolgt. Reisende müssen bedenken, dass auch bei vollständiger Impfung eine SARS-CoV-2-Infektion möglich ist und andere dabei angesteckt werden können. Daher sind auf Reisen immer auch allgemeine Schutzmaßnahmen ratsam:

- Mund-Nasen-Schutz in Flugzeugen, öffentlichen Verkehrsmitteln, geschlossenen Räumen (möglichst FFP2-Maske).
- Außenbereiche sind Innenräumen vorzuziehen! Touristenattraktionen sollen möglichst außerhalb der Stoßzeiten besucht werden.
- Zu vermeiden sind: (Längere) Reisen mit öffentlichen Verkehrsmitteln, mit schlechten Hygienekonzepten oder vielen Zwischenstopps.
- Von Reisen auf Kreuzfahrtschiffen rät die STIKO wegen des deutlich erhöhten Infektionsrisikos in der Pandemie weiter ab.

Aus der Ärzte Zeitung

Weniger Operationen mit Zweitmeinungsverfahren

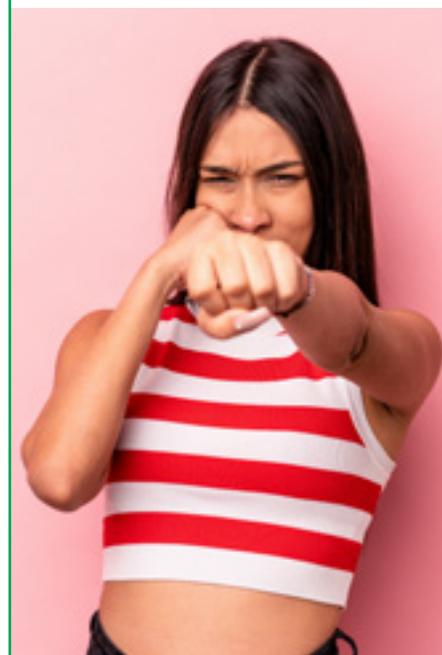
Etwa 20 Millionen Menschen in Deutschland leiden unter Rückenschmerzen. In den letzten Jahren ist die Anzahl der operativen Eingriffe an der Wirbelsäule stark angestiegen. Doch eine Rückenoperation will gut überlegt sein. Um unnötige Eingriffe zu vermeiden, ermöglicht die AOK Nordost ihren Versicherten vor einem geplanten Eingriff an der Wirbelsäule oder Bandscheibe ein Zweitmeinungsverfahren „RückenSPEZIAL“ in spezialisierten Rückenzentren an. Eine kontrollierte, nichtrandomisierte Interventionsstudie mit GKV-Daten zeigt: Im Verhältnis zur Vergleichsgruppe konnten bei RückenSPEZIAL-Teilnehmern die Anzahl der erfolgten Operationen um 42 Prozent reduziert werden. In den teilnehmenden Rückenzentren arbeiten mehrere Experten zusammen. Facharzt, Physiotherapeut und Schmerz-Psychotherapeut prüfen in enger Abstimmung die Vorbefunde

des Versicherten und untersuchen ihn an einem Tag intensiv. Die drei Spezialisten mit langjähriger Erfahrung in der Behandlung von Rückenerkrankungen wägen gemeinsam ab, welche Behandlung für den Betroffenen am besten geeignet ist. Bei besonderem Behandlungsbedarf besteht beispielsweise die Möglichkeit einer ambulanten mehrstufigen Therapie direkt in einem Rückenzentrum. Alle Untersuchungen und Behandlungen im Rückenzentrum erhalten Versicherte der AOK Nordost kostenfrei. Die AOK Nordost kümmert sich um die Terminvereinbarung für einen Zweitmeinungstermin. Innerhalb von wenigen Tagen erhalten Versicherte einen Termin bei den Spezialisten in einem Rückenzentrum.

www.aok.de/nordost/rueckenspezial



Sind wir im Sommer reizbarer?



Sind wir bei Hitze schneller gereizt als bei moderaten Temperaturen? Das scheint so zu sein, wie eine schon ältere Langzeitstudie (45 Jahre) aus den USA zeigt, dass gewalttätige Übergriffe in wärmeren Jahren öfter auftraten. Doch liegt das wirklich allein an der Hitze? Einer Studie aus 2017 zufolge könnte auch die Hilfsbereitschaft von Menschen abnehmen, weil wir bei heißen Temperaturen schneller müde sind. Die genauen Hintergründe, die zu diesem Effekt führen, sind allerdings nicht vollends geklärt.

Es könnten sowohl körperliche Reaktionen ein Grund dafür sein als auch die Tatsache, dass in der warmen Jahreszeit mehr Menschen aufeinandertreffen als in den kalten Monaten. Offensichtlich haben wir nicht genügend Ressourcen und sind bei Hitze dehydriert oder sehr müde, das macht uns schlechte Laune und wir sind gereizt. Das ist ähnlich wie bei anderen körperlichen Reaktionen wie Hunger, Lärm, Schlafmangel oder Stress.

Aus der Brigitte