

info

Das Magazin für
medizinische Fachangestellte

praxisteam

praxisorganisation:

rezeption:

kaffeepause:

Geriatrische Patienten im Fokus

Individuelle Gesundheitsleistungen

Tipps für die Weihnachtszeit



sprechstunde

**Diabetesmanagement:
Richtig spritzen**



Mehr Licht im Nebel



Auf dem Ärztetag 2013 in Hannover im Mai wurde ein hoch interessantes Thema diskutiert: „In Deutschland gibt es eine zunehmende Debatte

über den wachsenden Einfluss der pharmazeutischen und Geräteindustrie auf die Medizin. Dieser Einfluss gefährdet die Unabhängigkeit der Medizin als Wissenschaft und Praxis sowie das öffentliche Vertrauen in die Medizin als Institution.“ Und es wird gefordert, dass alle Zuwendungen der Industrie an Ärzte in Zukunft offen gelegt werden müssen. So wie es nach der Gesundheitsreform in den USA jetzt der Fall ist. Dort heißt das Gesetz „Sunshine Act“, weil es Licht in das Geflecht von Abhängigkeiten bringen soll.

»Verantwortlichkeit ist die Grundlage unseres Gesundheitssystems«

Damit greift der Ärztetag das Thema Verantwortlichkeit auf, das bei den ganzen Diskussionen um Honorare und Versorgungsengpässe oft zu kurz kommt – das Ärzten und Praxisteams aber genauso am Herzen liegt wie uns bei den Krankenkassen. Und da passt es gut ins Bild, dass Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesverei-

nigung auch zum Thema Individuelle Gesundheitsleistungen – IGeL – eine klare Position beziehen.

In Deutschland werden alle Behandlungen, die medizinisch sinnvoll sind, von den Krankenkassen bezahlt. Für was braucht es dann überhaupt IGeL? Nun, weil die Ansprüche der Patienten sehr unterschiedlich sind, machen einige Angebote durchaus Sinn. Etwa eine reisemedizinische Beratung vor dem Trip nach Asien oder eine sportmedizinische Untersuchung vor dem Training für den Berlin-Marathon. Das sind individuelle Bedürfnisse, die auch individuell bedient werden müssen. Schwieriger sind die vielen diagnostischen Verfahren, deren medizinische Aussagekraft zumindest fraglich ist und die Patienten angetragen werden, die oft gar nicht entscheiden können, was Sinn macht und was eher nicht. Verantwortlichkeit ist die Grundlage unseres Gesundheitssystems, auch und gerade beim IGeL. Vielleicht kann unser Beitrag auf den Seiten 4 und 5 ja dazu beitragen, ein bisschen mehr Licht in diesen Nebel zu bringen.

Dr. Christian Graf, BARMER GEK

PS: Schauen Sie doch mal auf Seite 11: Dort geben wir Ihnen einen ersten Ausblick, wie **info praxisteam** Sie auch 2014 bei allen Fragen rund um den Praxisalltag begleiten wird.

rezeption

4 Durchblick beim IGeLn
Welche Zusatzleistungen wirklich sinnvoll sind

6 Ziffernspiele
Erste Erfahrungen mit dem neuen Hausarzt-EBM

sprechstunde

8 Diabetesmanagement
Vom richtigen Umgang mit der Nadel und dem Pen

praxisorganisation

11 Jeder Fehler zählt
Ein neuer Fallbericht für Ärzte und MFA

12 Die Heimwehfabrik
Geriatrische Patienten haben spezielle Bedürfnisse

kaffeepause

15 Kurz und fündig
Was das Praxisteam sonst noch interessiert

impressum

Herausgeber:

Urban & Vogel GmbH in Kooperation mit dem AOK-Bundesverband und der BARMER GEK

Verlag

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

Redaktion:

Dr. Christoph Posch (v.i.S.d.P.)
Dr. Reinhard Merz (Redaktionsleitung)
Anschrift wie Verlag,
redaktion@info-praxisteam.de

Titelbild: © BD

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

info praxisteam wird als Beilage in der Zeitschrift **Hausarzt** verschickt.



Individuelle Gesundheitsleistungen

Durchblick beim IGeL

Individuelle Gesundheitsleistungen – kurz IGeL – sind ärztliche Leistungen, die nicht zum Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören und vom Patienten bezahlt werden müssen. Manche machen durchaus Sinn, andere sind medizinisch umstritten oder können gesundheitsschädlich sein. Wir sagen, wie Sie den Durchblick behalten.

Grundsätzlich entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), welche Leistungen medizinisch sinnvoll sind und deshalb von den Kassen bezahlt werden. Der G-BA setzt sich aus einer gleichen Anzahl von Krankenkassen- und Ärztevertretern zusammen. Ergänzt wird der Ausschuss um drei unparteiische Mitglieder. An den Beratungen nehmen auch Patientenvertreter teil. Seine Beschlüsse sind im Leistungskatalog zusammengefasst und für alle gesetzlichen Krankenkassen verbindlich.

Leistungen, die in diesem Katalog fehlen, werden als IGeL oder auch als Selbstzahlerleistungen bezeichnet, weil sie vom Patienten privat bezahlt werden müssen. IGeL-Angebote sind zum einen Leistungen wie Atteste oder Reiseimpfungen,

die per Gesetz nicht zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenkassen zählen. Die meisten IGeL sind jedoch medizinische Maßnahmen zur Vorsorge, Früherkennung und Therapie von Krankheiten, bei denen nicht belegt ist, dass sie – wie vom Gesetz gefordert – „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“. Eine verbindliche Liste aller IGeL-Leistungen gibt es nicht. Ein kritischer Blick auf die einzelnen Angebote ist der beste Weg, Sinnvolles von Sinnlosem zu unterscheiden.

Wenn Ärzte ihre IGeL-Angebote auf medizinisch sinnvolle Leistungen konzentrieren, können Praxis und Patient davon profitieren. Einige Beispiele:

> Eine reisemedizinische Beratung informiert über gesundheitliche Gefahren

am Reiseziel und mögliche Vorsorgemaßnahmen wie Impfungen, Malaria-prophylaxe sowie den bewussten Umgang mit Nahrungsmitteln.

> Die sportmedizinische Untersuchung überprüft, ob Herz, Lunge und Bewegungsapparat den geplanten Belastungen einer sportlichen Aktivität gewachsen sind.

Webtipps

Bewertungen einzelner IGeL-Leistungen durch den MDS auf Grundlage wissenschaftlicher Kriterien: www.igel-monitor.de

Ratgeber von BÄK und KBV

www.igel-check.de

Informationen der

Kassen unter

www.aok.de/igelratgeber

www.barmer-gek.de/132106

AOK Arzttapp mit

IGeL-Checkliste

www.aok.de/arzttapp

Versicherten-Infolyer zum Download

www.barmer-gek.de/140385

> Die Akupunktur ist eine therapeutische Methode aus der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM). Bei chronischen Schmerzen der Lendenwirbelsäule oder im Kniegelenk ist Akupunktur seit 2007 eine Leistung der GKV, darüber hinausgehende Angebote gehören in den IGeL-Bereich.

Für alle diese Leistungen gibt es gute Gründe, die aber nur für die individuellen Bedürfnisse einer kleinen Patientengruppe relevant sind und daher nicht von der Solidargemeinschaft erstattet werden.

Diagnostische Leistungen

Andere IGeL werden angeboten, ohne dass ein Krankheitsverdacht besteht. Hierzu zählen u.a.:




- > Augeninnendruckmessung (Glaukom-Früherkennung)
- > Ultraschalluntersuchung zur gynäkologischen Krebsfrüherkennung (Gynäkologischer Sono-Check)
- > zusätzliche Ultraschalluntersuchungen während der Schwangerschaft (Baby-TV)
- > Prostatakarzinom-Screening (PSA-Bestimmung)
- > Knochendichtemessung (Osteodensitometrie)

All diese Untersuchungen können in begründeten Verdachtsfällen sinnvoll sein – dann werden sie auch von den Krankenkassen erstattet. Für ihren Nutzen als Screening-Instrument bei Gesunden gibt es aber keine ausreichenden Belege. Ästhetische Operationen wie Facelifting, Lidkorrektur, Fettabsaugung oder das Entfernen von Tätowierungen sind generell von der Erstattung durch die Krankenkasse ausgeschlossen. Eine ausführliche Besprechung aller gängigen Leistungen inklusive der Evidenz für und gegen eine Leistung bietet der IGeL-Monitor des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (siehe Webtipp).

Fragen und Antworten

Wenn die Praxis IGeL anbietet, kommen von Patienten meist die gleichen Fragen:

- > Welchen Nutzen hat die zusätzliche Behandlung?

	 JA		 NEIN
1. Haben wir der Patientin / dem Patienten erklärt, warum die IGeL notwendig oder empfehlenswert für ein spezielles gesundheitliches Problem ist?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Haben wir die Patientin / den Patienten informiert, ob es für den Nutzen der IGeL wissenschaftliche Belege gibt und wie verlässlich diese sind?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Haben wir die Patientin / den Patienten verständlich zum Nutzen und möglichen Risiken oder Nebenwirkungen der IGeL beraten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Haben wir sachlich und ohne anpreisende Werbung informiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Gibt es eine schriftliche Vereinbarung zwischen unserer Patientin / unserem Patienten und mir zu geplanten IGeL und deren voraussichtliche Kosten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Haben wir der Patientin / dem Patienten eine Entscheidungshilfe zu IGeL zur Verfügung gestellt und auf weiterführende Hinweise aufmerksam gemacht (zum Beispiel diese Checkliste)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Haben wir der Patientin / dem Patient das Gefühl vermittelt, sich frei für oder gegen eine vorgeschlagene IGeL entscheiden zu können ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Hat unsere Patientin / unser Patient für diese Entscheidung eine angemessene Bedenkzeit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Haben wir den Patienten / die Patientin darüber informiert, dass er / sie eine Zweitmeinung einholen kann?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Nach der Behandlung: Haben wir eine nachvollziehbare Rechnung gestellt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quelle: Bundesärztekammer / Kassenärztliche Bundesvereinigung

- > Ist die Methode wissenschaftlich untersucht?
- > Welche Risiken sind mit der Behandlung verbunden?
- > Wie hoch sind die Kosten?

Diese Fragen sollte auch das Praxisteam beantworten können.

Das Beratungsgespräch

Trotzdem ist es immer erforderlich, dass der Arzt den Patienten qualifiziert über das Angebot informiert. Dabei sollten auch weitergehende Fragen besprochen werden, wie:

- > Welche Konsequenzen können sich aus diesem Untersuchungsergebnis ergeben?
- > Gibt es Alternativen? Worin unterscheiden sich die Methoden?

Individuelle Gesundheitsleistungen sind niemals dringend, Patienten sollten also immer genügend Bedenkzeit

haben. Der Arzt sollte den Patienten über mögliche Risiken und Nebenwirkungen informieren und sachlich erklären, warum die Krankenkasse die Kosten nicht übernimmt.

Vor Inanspruchnahme einer IGeLleistung müssen Arzt und Patient einen schriftlichen Vertrag schließen. Im Vertrag muss der Arzt seine Leistung genau beschreiben und auch das voraussichtliche Honorar in Euro beziffern. Ohne die schriftliche Einwilligung des Patienten zu der angebotenen Selbstzahlerleistung darf der Arzt sie nicht in Rechnung stellen.

Eine gute Möglichkeit, das IGeL-Angebot der eigenen Praxis zu überprüfen, ist der IGeL-Check von Bundesärztekammer und KBV (siehe Webtipp), dessen wichtigste Punkte wir in der Tabelle auf dieser Seite für Sie zusammengefasst haben.



Der neue Hausarzt-EBM

Ziffernspiele

Seit dem 1. Oktober 2013 gilt der neue Hausarzt-EBM, der teilweise tiefgreifende Veränderungen mit sich bringt. Durch die differenzierten Versichertenpauschalen sind jetzt wieder mehr Einzelleistungen abrechenbar. Voraussetzung für die Ansetzung der entsprechenden Ziffern ist die korrekte Dokumentation.

Man muss nur lange genug in diesem Beruf sein und alles kommt wieder. Seit dem 1. Oktober sind wir jetzt also wieder ein Stück weg von der Pauschalierung, dafür stehen mehr Einzelleistungsziffern zur Abrechnung zur Verfügung. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) begründet das so: Mehr Einzelleistungen und eine stärkere Differenzierung der Versichertenpauschale tragen bei den Hausärzten dazu bei, dass der steigende Behandlungsbedarf bei chronisch Kranken besser abgebildet wird.

Daher gibt es jetzt zwei Gebührenordnungspositionen zur Abrechnung des Chronikerzuschlags: Die GOP 03220 kann bereits bei einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt abgerechnet werden. Sie ist mit derzeit 13 Euro (130 Punkten) bewertet. Die GOP 03221 ist dagegen mit derzeit 15 Euro (150 Punkten) bewertet. Sie kann nur abgerechnet werden, wenn mindestens zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte im Quartal bestanden haben. Telefonische Kontakte oder mittelbare Kontakte – also zum Beispiel mit Pflegepersonal in Heimen oder Angehörigen – reichen für die Abrechnung der GOP 03221 nicht aus

Auch die Änderung der Chroniker-Richtlinie stellt uns vor eine „Fleißarbeit“, denn nun müssen wir bei all unseren bisherigen „Chronikern“ nachprüfen, ob sie innerhalb der letzten vier Quartale in mindestens drei Quartalen Kontakt mit unserer Praxis hatten und nicht wie bisher mit irgendeiner Praxis. Dazu müssen noch die gesicherten chronischen Diagnosen eingetragen sein und es muss kontrolliert werden, dass in zwei Quartalen eine Versichertenpauschale (VP) abgerechnet wurde. Aus eigener Erfahrung weiß ich, dass das durchaus zeitraubend sein kann. Die erste Chronikerpauschale 03220 kann direkt nach Überprüfung der Kriterien mit der VP eingetragen werden, muss aber gestrichen werden, wenn die GOP 03221 zum Ansatz kommt, denn sonst stimmt die Praxisstatistik im Computer nicht.

Die Gesprächsziffer GOP 03230 kann nicht nur direkt mit dem Patienten, sondern auch telefonisch oder mittelbar erbracht werden. Sie muss aber eine Mindstdauer von zehn Minuten haben. Dabei muss es sich um zusätzliche zehn Minuten für das Gespräch handeln. Der Hausarzt rechnet also für die ersten zehn Minuten Gespräch die Versichertenpauschale ab. Sollte das

Gespräch noch länger dauern, kann er ab 20 Minuten Gespräch je vollendete zehn Minuten die neue Gesprächspauschale abrechnen. Zusätzlich muss das Gespräch dokumentiert werden. Das geht in der Hektik des Praxisalltags oft unter, denn solche Gespräche finden oft „zwischen-durch“ statt. Wenn Sie den Hörer an den Chef weiterreichen, sollten Sie also auch darauf achten, dass der Vorgang gleich in der Akte des Patienten dokumentiert wird.

Geriatrischer Betreuungskomplex

Um die geriatrische Versorgung gezielt zu fördern, ist eine zusätzliche Gebührenordnungs-Position eingeführt worden – die GOP 03362 zur Betreuung von Patienten, die aufgrund der Art, Schwere und Komplexität ihrer Krankheitsverläufe einen besonders aufwändigen Versorgungsbedarf haben. Für den geriatrischen Betreuungskomplex GOP 03362 muss in den letzten vier Quartalen ein geriatrisches Basisassessment GOP 03360 durchgeführt und abgerechnet worden sein. Dieses Assessment kann auch beim Neurologen oder Psychiater gewesen sein, es muss uns nur der Befund vorliegen. Nach Durchführung eines geriatrischen Basisassessments und Diagnosestellung können dann die GOPs 03360 und 03362 zusammen abgerechnet werden.

Nach ICD verschlüsselte Diagnosen, und zwar gesicherte Diagnosen, sind immer wichtiger geworden und jetzt zur Abrechnung dieser GOPs elementar. Überprüfen Sie deshalb alle Dauerdiagnosen auf den Zusatz G, denn Diagnosen wie: Zustand nach Herzinfarkt oder Zustand nach Apoplex, die mit dem Zusatz Z eingegeben sind, fallen zukünftig durch das Raster und finden keine Berücksichtigung mehr. Chronikerpauschalen und Geriatrische Ziffern im gleichen Quartal schließen sich nicht aus, sondern können zusammen abgerechnet werden.

Die Änderungen zum 1. Oktober waren übrigens nur der erste Teil einer größeren Reform. Bis zum 30. Juni 2014 sollen alle Leistungen des hausärztlichen Versorgungsbereichs neu bewertet werden. Info praxisteam wird Sie auf dem Laufenden halten.

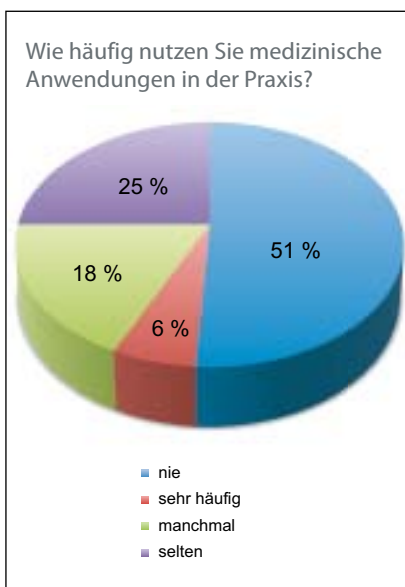
Beate Rauch-Windmüller

So nutzen MFA Smartphones und Tablets

In Ausgabe 4/2013 hatten wir in einem großen Beitrag Apps für Smartphones und Tablets vorgestellt und wollten von Ihnen wissen, wie Sie persönlich solche Geräte privat und beruflich nutzen.

88 Prozent der Einsenderinnen und Einsender besitzen selbst ein Smartphone, 40 Prozent ein Tablet. Genutzt werden die Geräte vor allem für die schnelle Informationsbeschaffung – mehr als 95 Prozent gehen damit sehr häufig oder manchmal ins Internet und googeln.

Danach kommt die Verwaltung von Terminen, Kontakten und Aufgaben (70 Prozent sehr häufig oder manchmal). Spiele / Musik bzw. soziale Netze nutzen etwas mehr als die Hälfte sehr häufig und manchmal. Medizinische Anwendungen werden dagegen bislang eher seltener benutzt – und zwar sowohl im privaten Umfeld als auch in der Praxis (siehe Abbildung).



In der Praxis werden medizinische Apps nur selten genutzt, auch privat ist die Nutzung noch recht zurückhaltend. Die komplette Auswertung der Ergebnisse dieser Befragung finden Sie unter www.info-praxisteam.de.

Nur jede zweite Praxis ist online

Viele Arztpraxen schöpfen das Potenzial des Internets noch nicht aus. Denn gerade einmal jede zweite Arztpraxis hat überhaupt eine eigene Praxis-Website. Das zeigt eine Umfrage der Ärzte Zeitung, an der sich fast 400 Ärzte beteiligt haben.

Andererseits belegt eine andere Studie der Universität Erlangen, wie wichtig die Praxis-Website für Patienten ist. Bei einer Befragung unter 1.505 Internet-Nutzern gaben 63 Prozent der Befragten an, dass sie einen neuen Arzt übers Internet suchen. Damit ist das Web für eine Praxis neben direkten Empfehlungen der wichtigste Kanal geworden, neue Patienten zu gewinnen.

In den Arztbewertungsportalen von AOK und BARMER GEK haben Sie die Möglichkeit, das Detailprofil Ihrer Praxis durch Fotos zu ergänzen und so Ihre Präsenz im Web zu verbessern.

Umfrage

Welche beruflichen Vorsätze haben Sie für das Jahr 2014?



2014 steht vor der Tür und wir möchten wissen: Wie beurteilen Sie Ihr Berufs Jahr 2013 und welche Vorsätze haben Sie für das neue Jahr? Wählen Sie beim Beantworten der Fragen zwischen Zustimmung (links), Ablehnung (rechts) und den Zwischenwerten (eher ja, eher nein). Die Umfrage ist anonym, persönliche Angaben dienen nur zur Ermittlung des Gewinners.

	auf jeden Fall	eher ja	eher nein	auf keinen Fall
Ich bin mit meinem Berufs Jahr 2013 zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mich beruflich weiterentwickelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Leistungen wurden anerkannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich möchte, dass 2014 alles beim Alten bleibt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich möchte mich 2014 beruflich verändern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde gerne mehr Verantwortung übernehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde gerne mehr Freizeit haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde mehr Fortbildungen besuchen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Datum, Unterschrift

Vorname, Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

E-Mail-Adresse

Unter allen Teilnehmern verlosen wir **100 Euro in bar**.
Einsendeschluss ist der **15. Januar 2014**.

Bitte schicken Sie den Fragebogen an:
Springer Medizin, Urban & Vogel GmbH
Redaktion Info Praxisteam
Stichwort: **Leserbefragung 6/2013**
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



Insulininjektion mit dem Pen – so ist es richtig

Einfach mit Stift

Etwa zwei Millionen Menschen mit Diabetes spritzen regelmäßig Insulin oder andere Antidiabetika. Als MFA müssen Sie diesen Patienten nicht nur die korrekte Injektion erklären können, sondern das Insulin mitunter auch selbst verabreichen. Der Umgang mit dem Pen ist einfach und diese Anleitung beschreibt, wie alles richtig gemacht wird.

Verglichen mit der Blutzuckerselbstkontrolle oder der Berechnung der Insulindosis wird die Injektion von Insulin von den meisten Diabetes-Patienten als einfach empfunden. Das ist sie auch. Eine falsche Injektionstechnik kann aber auch hier dazu führen, dass nicht die gewünschte Dosis verabreicht wird oder das gespritzte Mittel nicht richtig resorbiert wird. So kann die Injektion die Diabeseinstellung unmittelbar beeinflussen. Die Anleitung des VDBD (siehe Webtip) fasst die Grundlagen der Injektionstechnik noch einmal zusammen.

Auswahl der Injektionszone

Welche Insulintypen (Humaninsulin oder Analoginsulin, schnell- oder langwirken-des Insulin, Mischinsulin) zu welcher Tageszeit in welche Injektionszone

gespritzt werden, ist in der Tabelle auf Seite 9 zusammengefasst.

Erster Schritt ist die richtige Vorbereitung: Dazu gehören das Aufmischen von trübem NPH-Insulin sowie die Funktionskontrolle. Nur 20-maliges Schwenken des Pens garantiert vollständig aufgemischtes NPH-Insulin und somit die kor-

rekte Abgabe der gewünschten NPH-Insulindosis.

Nach dem Aufschauben einer neuen Pen-Nadel wird der Pen auf seine Funktionsfähigkeit geprüft. So wird sichergestellt, dass die Pen-Nadel frei und das System entlüftet ist. Diese Funktionskontrolle muss unbedingt durchgeführt werden, wenn eine neue Pen-Patrone oder ein neuer Fertigpen verwendet werden.

Die wichtigsten Punkte bei der Injektion sind:

- > Die Nadel wird senkrecht (90°-Winkel) und mit einer zügigen Bewegung in die Haut eingestochen.
- > Die Injektion muss langsam und gleichmäßig erfolgen. Der Injektionsknopf des Pens muss dabei vollständig hineingedrückt werden.
- > Nach dem vollständigen Eindringen des Injektionsknopfs soll langsam bis 10 gezählt werden, bevor die Nadel aus der Haut gezogen wird. So wird die gesamte Dosis verabreicht und ein Rückfluss des Wirkstoffs aus der Einstichstelle vermieden.
- > Eine evtl. gebildete Hautfalte (s. u.) wird erst nach Herausziehen der Pen-Nadel gelöst.
- > Dosismenge, Zeit und Insulinart sollten bei jeder Injektion dokumentiert werden, am besten in einem Diabetes-tagebuch.

Nach der Injektion sollte die Pen-Nadel sofort abgeschraubt und entsorgt werden. So wird vermieden, dass Luft oder andere kontaminierende Substanzen in die Pen-Patrone eindringen oder Wirk-

Webtipps

Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungs-berufe in Deutschland e. V. mit vielen Materialien

www.vdbd.de

Patienteninformationen der Kassen unter

www.barmer-gek.de/132171

www.aok.de. Suchbegriff:

Themenspezial Diabetes

	Normal-insulin	Schnelles Analog-insulin	NPH-Insulin	Langsames Analog-insulin	Mischinsulin		
					Morgens	Mittags	Abends
Bauch	x	x		x	x	x	
Oberschenkel		x					x
Gesäß		x					x
Oberarm	*	*		*	*	*	

Bevorzugte Injektionsbereiche für die verschiedenen Insuline. * Ein Selbstverabreichen von Injektionen in den Oberarm(*) sollte erst nach entsprechender Schulung erfolgen.



Die häufigste Komplikation bei der Insulininjektion ist die Lipohypertrophie, eine „gummiartige“ Schwellung im subkutanen Gewebe, die bei 40 bis 50 Prozent aller insulinpflichtigen Menschen mit Diabetes in den Injektionsbereichen auftritt.

stoff ausläuft, was zu einer zunehmenden Ungenauigkeit der Dosierung führen kann. Dazu die äußere Schutzkappe vorsichtig und gerade auf die Nadel aufsetzen und die Nadel damit abdrehen. So schützt man sich vor Stichverletzungen. Wird eine Injektion durch MFAs verabreicht, sollen sogenannte Sicherheits-Pen-Nadeln verwendet werden, die die kontaminierte Nadel nach dem Herausziehen automatisch abschirmen. Dadurch wird das Risiko einer Nadelstichverletzung minimiert.

Um das Insulin zuverlässig und möglichst sanft in das Unterhautfettgewebe zu bringen, ist die richtige Wahl der Nadelgröße unabdingbar. Die Dicke der Haut an den Injektionsstellen variiert nur wenig. Übergewichtige Menschen haben ähnliche Hautdicken wie normalgewichtige (ca. 1,8 bis 2,4 mm), Insulin gelangt daher auch bei kurzen Nadeln (4 und 5 mm) sicher in das Unterhautfettgewebe. Es gibt keinen medizinischen Grund, Nadeln mit einer Länge von mehr als 8 Millimeter für Erwachsene zu empfehlen. Ganz im Gegenteil: Kürzere Nadeln sind hinsichtlich körperlicher und psychologischer Gegebenheiten sicherer und verträglicher.

Bei Nadellängen von 4 oder 5 mm wird in der Regel ohne Bildung einer Hautfalte injiziert, bei 6 oder 8 mm Nadellänge mit Hautfalte. Bei der Injektion in den Oberschenkel oder bei sehr schlanken Personen und Kindern kann auch bei den kürzeren Nadeln die Bildung einer Hautfalte zwischen Daumen und Zeigefinger angezeigt sein. Das Greifen der Hautfalte mit der ganzen Hand erhöht das Risiko den Muskel mitsamt dem subkutanen

Gewebe anzuheben. Das kann zu Injektionen in den Muskel (intramuskulär) führen. Bei längeren Nadeln ist statt der Bildung einer Hautfalte grundsätzlich auch eine Injektion im 45°-Winkel (schräg) statt im 90°-Winkel (senkrecht) möglich.

Lipohypertrophie

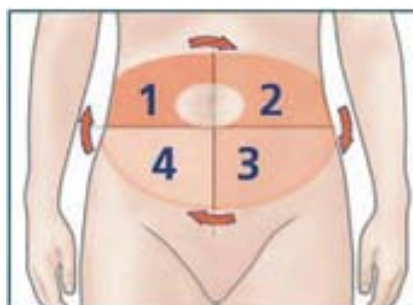
Die mit Abstand am häufigsten auftretende Komplikation bei der Insulininjektion ist die Lipohypertrophie („Lipo“). Eine Lipohypertrophie ist eine gummiartige Schwellung im subkutanen Gewebe, die bei 40 bis 50 Prozent aller insulinpflichtigen Menschen mit Diabetes in den Injektionsbereichen auftritt. Bei einigen Menschen mit Diabetes kann eine Lipohypertrophie auch hart oder narbenähnlich sein.

Lipohypertrophien haben einen großen Einfluss auf den Erfolg der Insulintherapie. Die Insulinresorption in diesen Regionen des Unterhautfettgewebes kann verzögert oder stark schwankend und somit nicht vorhersagbar sein. Um eine Lipohypertrophie zu erkennen, muss man die Injektionsstellen sowohl in Augenschein nehmen als auch abtasten,

da einige Läsionen leichter zu fühlen als zu sehen sind. So lässt sich normales Unterhautfettgewebe eng zusammen drücken, was mit lipohypertrophen Gewebe nicht möglich ist.

Rotieren mit System

Der beste Weg das Gewebe vor Lipohypertrophien zu schützen, ist der richtige und konsequente Wechsel der Injektionsstelle. Diabetes-Patienten sollten gleich zu Beginn der Injektionstherapie auf ein leicht zu befolgendes Rotationssystem eingewiesen werden. Das einfachste Rotationsschema besteht darin, die Injektionszone in Quadranten einzuteilen und den Quadranten im Uhrzeigersinn jede Woche zu wechseln (siehe Abb. unten). Injektionen innerhalb einer Injektionszone sollen mindestens 2,5 Zentimeter voneinander entfernt sein, um ein Gewebetrauma durch wiederholte Injektion in die gleiche Einstichstelle zu vermeiden. Grundsätzlich sollte der Patient selbst entscheiden, welches Rotationssystem am geeigneten für ihn ist.



Einfaches Rotationsmuster (Minimalanforderung) nach Quadranten am Bauch und an den Oberschenkeln

Asthma-Formulare zum Download

Die AOK bietet auf ihrer Internetseite jetzt Formulare für einen Asthma-Notfallplan und für ein Patienten-Tagebuch zum kostenlosen Download an.

Der Notfallplan hilft Patienten und ihren Angehörigen, sich bei einem schweren Asthma-Anfall mit akuter Luftnot richtig zu verhalten. Der Plan sollte zusammen mit dem behandelnden Arzt ausgefüllt werden und ist ein fester Bestandteil des DMP Asthma. Auch das Tagebuch zum täglichen Eintragen der Lungen-Messwerte unterstützt das Selbstmanagement der Patienten. Es hilft ihnen, ihre Krankheit richtig einzuschätzen und zu verstehen, welche Einflüsse ihr Asthma verschlechtern.

www.aok.de/asthma-notfallplan

Große Telemedizin-Studie gestartet

Insgesamt 1.500 Patienten sollen bis Ende 2014 in Berlin / Brandenburg an der bisher größten randomisierten Herzinsuffizienzstudie zur Telemedizin teilnehmen. Das Projekt soll endlich Klarheit über Nutzen und Kosten der Technologie bringen. Der offizielle Startschuss für die Studie TIM-HF II („Telemedical Interventional Management in Heart Failure II“) fiel am 8. November bei der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Telemedizin (DGTELEMED).

400 Hausarztpraxen in Berlin und Brandenburg sowie 60 niedergelassene Kardiologen sollen die 1.500 Patienten der Studie betreuen. Behandelt wird entweder konventionell oder mit Unterstützung durch ein telemedizinisches Service-Zentrum. Die Patienten übertragen je nach individueller Situation Blutdruck, Körpergewicht und Daten von kardialen Implantaten, außerdem bei Bedarf EKGs und auch die Sauerstoffsättigung. Beteiligt sind außer den Technologiepartnern unter anderem die AOK Nordost, die Barmer GEK, der Hausärzterverband Brandenburg und das Kardionetz Brandenburg.



Viele Diabetiker hören schlecht

Durchblutungsstörungen und Neuropathien sind bekannte Komplikationen bei Typ-2-Diabetes. Schon lange wird vermutet, dass solche Prozesse auch zu Hörschäden führen. Bisherige Studien liefern jedoch ein recht uneinheitliches Bild. Um der Sache auf den Grund zu gehen, haben kanadische Ärzte nun die bisherigen Studien zu dem Thema etwas genauer angeschaut.

Im Schnitt war die Hörminderung in den Studien bei Diabetikern knapp doppelt so hoch wie bei Nichtdiabetikern. Offenbar ist die Prävalenz umso ausgeprägter, je länger ein Diabetes besteht. In einer Studie waren die Teilnehmer im Schnitt bereits seit zehn Jahren erkrankt, und hier war eine Schwerhörigkeit bei 70 Prozent der Diabetiker nachweisbar.

Aus der Ärzte Zeitung

Kurz notiert Links zu weiteren Informationen unter: www.info-praxisteam.de

Schädliches Paracetamol

- Die Langzeiteinnahme von Paracetamol in der Schwangerschaft wirkt sich möglicherweise negativ auf die Entwicklung des Kindes aus. Einer norwegischen Studie zufolge zeigten auffällig viele Kinder Entwicklungsstörungen, deren Mütter in der Schwangerschaft mehr als insgesamt 28 Tage Paracetamol eingenommen hatten.

www.aok-gesundheitspartner.de

Fragen zum Tarifvertrag?

- Warum spielen Qualifikationen so eine große Rolle? Wann hat man Anspruch auf Höhergruppierung? Warum wurden die Berufsjahre reduziert? Der neue Gehaltstarifvertrag für MFA bringt einige Änderungen mit sich. Der Verband medizinischer Fachberufe e.V. hat die häufigsten Fragen zusammengefasst und beantwortet.

www.vmf-online.de

Demenzstudie veröffentlicht

- Die Bevölkerung in Deutschland hat Angst vor Demenz, bringt Demenzkranken aber Sympathie und Hilfsbereitschaft entgegen. Dies sind Kernergebnisse einer repräsentativen Befragung von 1.795 Personen für den Gesundheitsmonitor von Bertelsmann Stiftung und Barmer GEK. In Deutschland leiden etwa 1,5 Millionen Menschen an Demenz.

www.barmer-gek.de/544097



Fehler im Praxisalltag

Zwei falsche Impfpräparate

In der Rubrik „Fehler im Praxisalltag“ stellen wir in jedem Heft einen Fall vor. Dieses Mal geht es um zwei falsche Impfpräparate für einen 13-jährigen Jungen.

Dieses Ereignis wird aus einer Hausarztpraxis berichtet:

> Was ist passiert?

In unserer Gemeinschaftspraxis wurde für einen 13-jährigen Jungen ein Impfzettel für „Repevax“ und „Twinrix Kdr Impfdosis“ ausgestellt. Weil der Junge erkrankt war, stellte er sich erst ca. zwei Monate danach mit „Revaxis“ und „Twinrix Erw.“ bei einem anderen Arzt unserer Praxis vor.

Beide Impfpräparate wurden vom Arzt als falsch erkannt und nicht verabreicht und konnten im Verlauf vom Vater des Patienten in der Apotheke umgetauscht werden.

> Was war das Ergebnis?

Beinahe Impfung mit zwei falschen Impfpräparaten (Revaxis enthält keinen Pertussis Impfstoff und Twinrix Erw. ist erst ab dem vollendetem 16. Lj. zugelassen).

> Welche Gründe können zu dem Ereignis geführt haben?

Unachtsamkeit in der Apotheke, das Rezept für ein Kind wurde offensichtlich nicht als solches wahrgenommen.

> Wie hätte man das Ereignis verhindern können?

Möglicherweise macht es Sinn, das Geburtsjahr bei Rezepten für Kinder zu unterstreichen. Denn viele Medikamente

sind nur für Erwachsene zugelassen, nicht aber für Kinder und Jugendliche.

> Welche Faktoren trugen Ihrer Meinung nach zu dem Fehler bei?

Kommunikation zwischen Praxis und Apotheke, Ausbildung und Training

> Wie häufig tritt dieser Fehler auf?

Dieser Fehler trat erstmalig auf.

> Kommentar des Instituts für Allgemeinmedizin:

Dank der Aufmerksamkeit des Mitarbeiters konnten zwei falsch von der Apotheke herausgegebene Impfpräparate identifiziert werden. Wer kontrolliert in Ihrer Praxis vor der Impfung, ob die von Ihnen verordneten Impfstoffsubstanzen verabreicht werden? Haben Sie einen Impfalgorithmus?

> Kommentar einer MFA:

Wir impfen folgendermaßen: Unser Arzt dokumentiert, was geimpft werden soll und gibt den Impfstoff und das Impfbuch an uns weiter. Wir kontrollieren und impfen anschließend. Nur bei Grippeimpfungen machen wir das anders.

Tatjana Blazejewski ■

In eigener Sache: Das neue info praxisteam 2014

Seit nunmehr sieben Jahren informiert **info praxisteam** Sie umfassend zu allen Fragen, die für Ihre tägliche Arbeit relevant sind: Praxisabläufe, rechtliche Rahmenbedingungen, den Umgang mit besonderen Patientengruppen und interessante Fortbildungsmöglichkeiten, um nur ein paar zu nennen. Und seit sieben Jahren passen wir das Heft immer wieder an Ihre Anregungen und Wünsche an.

Ein Wunsch, der in den letzten Jahren zunehmend öfter an uns herangetragen wurde, war der nach einer elektronischen Ausgabe, die man auch auf dem Weg zur Arbeit bequem auf dem Smartphone oder dem Tablet lesen kann. So wie es viele Tages-, Wochen- und Monatszeitschriften anbieten. Diesem Wunsch werden die Herausgeber – der Springer-Verlag, die AOK und die

BARMER GEK – ab der Ausgabe 1/2014 nachkommen. Dann gibt es **info praxisteam** als ePaper für alle mobilen Geräte mit den Betriebssystemen iOS und Android – also für die überwältigende Mehrzahl – und für den PC. Jederzeit abrufbar und so einfach blätterbar wie Papier.

Außerdem wird **info praxisteam** ab 2014 nicht mehr der Zeitschrift *Der Hausarzt* beiliegen, sondern mit **MMW – Fortschritte der Medizin** sowie der **ÄRZTE ZEITUNG** ausgeliefert. Dazu werden wir Sie ab Sommer 2014 mit einem eigenen Newsletter über das aktuelle Heft und weitere interessante Themen informieren – natürlich kostenlos.

www.info-praxisteam.de



Serie Geriatrie: Strukturierte Behandlung und Patientenkommunikation

Eingeschlossene Erinnerungen

Die Lebensgeschichte kann ein Schlüssel sein, der uns verstehen lässt, wie ein älterer Patient mit seiner Krankheitsgeschichte umgeht. Viele Erlebnisse sind in seinem Inneren oft für eine lange Zeit eingeschlossen. Je älter er wird, desto mehr drängen sie ans Licht – durch Erzählung, Sucht oder Schweigen. Im dritten und letzten Teil unserer Serie geht es um das Zuhören, das im hektischen Praxisalltag oft zu kurz kommt.

Aus Erfahrungen werden Erinnerungen. Wie aber leben unsere Erinnerungen? Wieso erinnern wir uns bei kognitiv abnehmender Gedächtnisleistung am besten an Erlebnisse, die lange zurück liegen und aus einer oft schon verschwundenen Zeit stammen? Erinnerungen bringen Freude, aber auch die Traurigkeit darüber, dass vieles vorbei ist und nicht mehr wiederkommt. Erinnerungen im Alter können starke Heimwehgefühle nach den eigenen Wurzeln auslösen. Sie können die Ursache eines auffälligen Verhaltens, einer Depression oder auch einer Medikamentensucht sein.

Dass die Fähigkeit sich zu erinnern etwas mit stark erlebten Gefühlen zu

tun hat, gilt in der Wissenschaft als unstrittig. Fakten lassen sich im Leben nicht rückgängig machen, sehr wohl aber der Blick auf diese Fakten und die damit einhergehenden Emotionen. Im Erzählen von Geschichten können dadurch Gefühle verändert werden, der Mensch kommt mehr in Kontakt mit sich selbst.

Lebensrückblick gibt Kraft

„Die Kraft des Lebensrückblicks“ heißt ein Buch von Verena Kast. Dieser Aspekt sollte gerade in der Behandlung älterer Patienten berücksichtigt und genutzt werden. In der Behandlung der älteren Patienten werden Behandlungsziele priorisiert, kommen diagnostische und the-

rapeutische Grenzen eher zum Tragen als bei Jüngeren. Diese Grenzen gilt es gemeinsam mit dem Patienten auszuloten. Das geht nur über ein Gespräch.

Da MFA und Arzt Patienten aus Zeitgründen nur bis zu einem gewissen Grad ausreden lassen (können), fällt ein solches Gespräch nicht immer leicht. Die Einordnung der dem Patienten lebensgeschichtlich wichtigen Erlebnisse in die Therapie gelingt am besten, wenn der Patient dauerhaft und regelmäßig in einer Praxis behandelt und betreut wird. Ein Arzneimittelcheck kann z. B. in der Geriatrie nicht einfach „losgelöst“ von anderen Problemen des älteren Patienten gesehen werden.

In einem Pilotprojekt der BARMER GEK mit der Ärztegenossenschaft Nord eG und dem Medizinischen Praxisnetz Neumünster zur Strukturierten Arzneimitteltherapie multimorbider Senioren (SAmS) haben teilnehmende Praxen damit begonnen, systematisch ihre betreuungsintensiven Patienten zunächst aufzulisten. Kathrin Kellotat,

eine der teilnehmenden MFA, hat dafür in der Praxissoftware einzelne Einträge besonders markiert, z. B. das Alter. „Das lässt sich in jedem System einstellen“, sagt die MFA. Anschließend wurden die Akten von der Ärztin durchgearbeitet, um noch einmal anhand der Krankengeschichte zu prüfen, welche Patienten in die strukturierte Versorgung eingeschrieben werden können.

In der Praxissoftware bekommen diese einen elektronischen Reiter und werden somit beim nächsten Praxisbesuch automatisch „auffällig“. Für die Patienten wird dann systematisch ein Medikamentenplan erstellt, der nach einem halben Jahr wieder geprüft wird, sodass eine regelmäßige Kontrolle der Arzneimitteltherapie stattfindet – analog etwa der Recall-Systeme im DMP. Eine kommunikative Herausforderung im Projekt sind z. B. Patienten mit einem hohen Gebrauch von Schlaf- und Schmerzmedikamenten sowie Antidepressiva.

Schmerzhafte Erlebnisse

„Oft leiden ältere Patienten an einem chronischen Schmerzsyndrom, Männer eher unter aggressivem Verhalten. Da wird die schmerzhafte Biografie zum körperlichen Schmerz“, sagt Hausarzt Dr. Svante Gehring, der das SAMS-Projekt aus ärztlicher Sicht leitet. In der älteren Generation sind oft die Kriegserlebnisse wie Tod, Verstümmelung oder Vergewaltigung noch traumatisch präsent. Bei Verdacht auf ein solches Trauma eröffnet er ein Gespräch schon mal

mit: „In meiner Praxis habe ich ältere Patienten mit starken Schmerzen, die mir von ihrer belastenden Biografie, ihren Kriegserlebnissen berichtet haben. Kennen Sie das auch? Denken Sie auch an solche Erlebnisse, wenn Sie sich leer fühlen, wenn Sie traurig sind?“

Die stille Übereinkunft

Oft liegen schmerzhafte Ereignisse vor, ohne dass sie ausgesprochen werden. Manche Patienten reden nicht gerne über ihre Erlebnisse, auch als Schutz vor einer Retraumatisierung. Wichtig ist es aber, dass der Patient seine Symptome als eine Folge akzeptiert. „Ich versuche dann eine Brücke zu bauen, dass jeder Mensch Gründe hat so zu sein, wie er nun einmal ist. Dieses indirekte Besprechen mit der stillen Übereinkunft des Wissens um die Ereignisse, ohne sie anzusprechen zu müssen, begründet eine vertrauensvolle Arzt / MFA-Patienten-Beziehung und kann zu einer Besserung beitragen“, so Gehring.

Wichtig ist es im Lauf der Behandlung auch, eventuelle Schuldgefühle zu zerstreuen. Dazu muss eine persönliche Atmosphäre geschaffen werden, in der sich der Patient öffnen kann, was oft erst nach einer jahrelangen vertrauensvollen Beziehung möglich ist. Dann kann es dem Patienten tatsächlich gelingen, seinen Lebensschmerz „sichtbar“ einzuschließen – so wie ein Fossil in einem Bernstein.

Bernstein, so heißt es, seien die steingewordenen Tränen der Götter.

Sonja Laag

Validation

Die Validation (aus dem Lateinischen *valere* = wert sein) ist eine Methode, die für die Begleitung von Menschen mit Demenz entwickelt wurde. Sie hat zum Ziel, das Verhalten solcher Patienten als für sie gültig zu akzeptieren („zu validieren“). Entwickelt wurde sie von der 1932 in München geborenen US-amerikanischen Gerontologin, Sozialarbeiterin und Schauspielerin Naomi Feil. Sie wuchs als Kind in einem Altenheim auf, das ihr Vater leitete. Von frühester Kindheit an beobachtete sie die Verhaltensweisen alter Menschen. Ziel ihrer Methode ist es, auf die Verhaltensweisen verwirrter und dementer Menschen beruhigend einzugehen, so dass belastende Situationen und Spannungen gemildert werden können. Der Einsatz psychopharmakologischer Medikamente kann dadurch oft reduziert werden. Oberstes Validationsprinzip ist die Wertschätzung des alten Menschen. In der Altenpflege ist die Validation eine anerkannte Methode.



Naomi Feil

Buchtipp



Douwe Draaisma: Die Heimwehfabrik. Wie das Gedächtnis im Alter funktioniert. 176 Seiten, Verlag Herder; ISBN: 978-3451062735. 9,95 Euro. Eine wissenschaftlich fundierte und unterhaltsam geschriebene Zusammenfassung.

Kommunikation mit dem alten Patienten

Grundhaltung

- > unvoreingenommene Wahrnehmung
- > authentisches Interesse
- > Einfühlung, Respekt, Fürsorge, Geduld
- > Selbstwahrnehmungsfähigkeit

Sprache

- > kein „Baby-Talk“
- > keine Verniedlichungen
- > keine übertriebenen Betonungen

- > Augenkontakt, gut verstehbare Stimme, zugewandte Körperhaltung

Inhalt

- > aktives Zuhören
- > motivierende Gesprächsführung
- > offene Fragen, zum Erzählen anregen
- > Vergewisserung („Ich habe wahrgenommen, dass Sie ...“)
- > keine Konfrontation, kein Moralisieren

Umfrage: Delegation ärztlicher Leistungen

Noch vor wenigen Jahren war die Delegation ärztlicher Leistungen an medizinisches Fachpersonal für viele Ärzte und Patienten undenkbar. Mittlerweile wird das Thema wesentlich gelassener diskutiert. Auch chronisch kranke Patienten zeigen sich aufgeschlossen, wie eine Umfrage des Gesundheitsmonitors von BARMER GEK und Bertelsmann-Stiftung belegt. Demnach sind insgesamt 63 Prozent der Befragten bereit, sich von Angehörigen anderer Gesundheitsberufe anstelle eines Arztes versorgen zu lassen. In der Gruppe von Versicherten, die bereits erste Erfahrungen mit der medizinischen Betreuung durch nichtärztliche Gesundheitsfachkräfte sammeln konnten, lag die Bereitschaft sogar bei 79 Prozent.

Befragte mit entsprechender Erfahrung bewerten die Behandlung durch qualifizierte Gesundheitsfachkräfte im Vergleich zur Behandlung durch den Arzt überwiegend positiv. Besonders gut schneidet die Ausführlichkeit der Beratung ab, die von 49 Prozent als gleich gut und von 43 Prozent sogar als besser bewertet wird. Ähnlich positiv sehen die Patienten das „Eingehen auf Fragen und die Verständlichkeit der Information“. Hier erleben 57 Prozent die Gesundheitsfachkräfte als gleich gut, 31 Prozent sogar als besser. Für die Befragung ausgewählt wurden Versicherte aus Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt, die Diagnosen zu Diabetes, Hypertonie oder chronischen Wunden aufwiesen.

Angesichts einer älter werdenden Bevölkerung und regionaler Versorgungsengpässe sollten die nichtärztlichen Gesundheitsberufe konsequent aufgewertet und die Delegationsregelungen systematisch ausgeweitet werden, finden die Auftraggeber der Studie. Vor allem MFA sind dazu prädestiniert, wie etliche Modellversuche zeigen

www.barmer-gek.de/544120

QM-Report: Noch Verbesserungspotenzial

Deutsche Krankenhäuser bieten medizinische Qualität auf hohem Niveau. Trotzdem sind noch nicht alle Verbesserungspotenziale ausgeschöpft. Zu diesem Ergebnis kommt der jetzt veröffentlichte Qualitätsreport 2012, den das Göttinger Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA-Institut) im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) erstellt.

Für das Jahr 2012 hat das AQUA-Institut unter anderem die Ergebnisse der Versorgung von Neugeborenen, Transplantationen, Hüft- und Knie-Prothesen sowie kathetergestützte Eingriffe an Herzkranzgefäßen und Herzklappen untersucht. Außerdem enthält der aktuelle Report erstmals ein Kapitel zu Infektionen, die zeitlich mit einer stationären oder ambulanten Behandlung zusammenhängen (nosokomiale Infektionen). Im Vergleich zu den Ergebnissen des Jahres 2011 weisen 57 Indikatoren auf eine Verbesserung der Versorgung hin, bei 21 Indikatoren allerdings verschlechterten sich die Ergebnisse im Vergleich zum Vorjahr. Das Verfahren dient dazu, Kliniken bei der kontinuierlichen Verbesserung von Prozessen und Qualität zu unterstützen. Den Report können Sie kostenlos downloaden unter www.sqg.de.



Eine rollende Hausarztpraxis

Sechs Dörfer in der Region Wolfenbüttel in Niedersachsen profitieren von einem ungewöhnlichen medizinischen Versorgungskonzept: Zu festen Terminen kommt eine rollende Arztpraxis ins Dorf. Der Flur im Dorfgemeinschaftshaus wird dann schon mal zum Wartezimmer von Hausarzt Dr. Jürgen Bohlemann. Alle zwei bis drei Wochen fahren er oder seine Kollegin die Standorte an und behandeln die Patienten in einem Crafter, einem dreieinhalb Tonnen schweren, komplett ausgestatteten Bus mit der Aufschrift „Rollende Arztpraxis“. Ein Arzt auf Rädern ist in Deutschland ein Novum, sieht man mal von den Bus-

sen ab, die in manchen Großstädten obdachlose Menschen versorgen. Im Vorfeld des Projektes war darum gestritten worden, ob diese rollende Lösung eine gute Idee ist. Sollten die Patienten nicht besser per Sammeltaxi zum Arzt kommen und nicht umgekehrt der Arzt zu ihnen?

Tatsächlich brauchte das Projekt den Segen der Ärztekammer. Denn eigentlich ist Ärzten das „Arbeiten im Umherziehen“ verboten. Geplant ist für das Fahrzeug eine Fünf-Tage-Woche, die sich drei bis vier Ärzte teilen. Ende 2014 soll das Projekt ausgewertet werden.

Christian Beneker / Ärzte Zeitung

Online Geschenke kaufen ist in



Nach Prognosen des Statistischen Bundesamtes werden die Deutschen 2013 zu Weihnachten mehr Geld für Geschenke ausgeben als jemals zuvor. Demnach wird sich der Umsatz im Weihnachtsgeschäft in diesem Jahr auf rund 80,6 Milliarden Euro belaufen. Das ist rund eine Milliarde mehr als im Vorjahr. Immer wichtiger für das Weihnachtsgeschäft wird das Internet. 2012 wurde der Online-Anteil am Umsatz im Weihnachtsgeschäft auf ca. 18 Prozent geschätzt, in diesem Jahr soll er weiter wachsen. Es ist ja so bequem ...

Welche Kekse? Das Keksorakel sagts

Wer sich nicht entscheiden kann, welche Kekse für Weihnachten die richtigen sind, kann das clevere Keks-Orakel befragen. Hier finden Sie 40 verschiedene Rezepte in den Kategorien „schnell“, „klassisch“, „raffiniert“ und „aus aller Welt“. Einfach eine Karte aufdecken und inspirieren lassen.

www.brigitte.de/rezepte/backen/kekse-fuer-weihnachten-1144630/



Die größten Wiki-Weihnachts-Hits



Alle Jahre wieder? Stille Nacht, heilige Nacht? Oder doch Ihr Kinderlein kommet? Schon Eltern und Großeltern waren sich nicht immer einig, was denn nun zum Fest gespielt oder gesungen werden sollte. Und neben den Klassikern von damals haben heute auch Pop und Jazz jede Menge Weihnachtliches zu bieten. Da verliert man leicht den Überblick. Wer sich mal vom Weihnachtsstress ablenken und aufs Fest einstimmen will, sollte einen Blick auf die Wikipedia-Umfrage nach den beliebtesten Weihnachtsliedern werfen.

de.wikipedia.org/wiki/Portal:Charts_und_Popmusik/Weihnachtshits



Woher kommt der Weihnachtsbaum?

Eine richtige „Herkunft“ hat der Weihnachtsbaum nicht. Viele Kulturen schmückten schon vor Tausenden von Jahren immergrüne Pflanzen. Sie verkörpern Lebenskraft, und darum glaubten die Menschen in früheren Zeiten, sich Gesundheit ins Haus zu holen, indem sie ihr Zuhause mit Grünem schmückten.

Vorschau

Ausgabe 1/2014 von [info praxisteam](#) erscheint am 20. Februar 2014. Dort finden Sie unter anderem Beiträge zu folgenden Themen:

Gut durchs Leben kommen

Selbstvertrauen und Entscheidungskompetenz kann man lernen.

Adipositas

Wird Deutschland immer dicker? Neue Daten lassen aufhorchen.

Case Management

Wann es sinnvoll ist und wie Kassendaten dabei helfen können.