

info

Das Magazin für
medizinische Fachangestellte

praxisteam

sprechstunde:

praxisorganisation:

umfrage:

Aktuelles zum DMP Asthma

Laborleistungen richtig abrechnen

Mitmachen und Bargeld gewinnen



rezeption

Arzt und Patienten bei der
Entscheidung unterstützen





Happy Birthday DMP



Zehn Jahre ist es mittlerweile her, dass Krankenkassen und Ärzterevertreter die ersten regionalen DMP-Verträge geschlossen haben. Wenig

später konnten sich die ersten Patienten einschreiben.

Die DMP haben dazu beigetragen, dass MFA in vielen Hausarztpraxen deutlich mehr Verantwortung bekommen haben: Sie übernehmen wichtige Aufgaben – von der Motivation der Patienten zur Einschreibung über die Vorbereitung der regelmäßigen Untersuchungstermine bis hin zur korrekten Übermittlung der Dokumentationen. Viele MFA sind außerdem an der Schulung der Patienten beteiligt oder machen sogar Hausbesuche bei den DMP-Teilnehmern, um so ihre Chefinnen und Chefs zu entlasten.

»Die MFA heißt nicht nur anders, sondern hat auch viele neue Aufgaben!«

Auch andere Neuerungen, die im Rahmen der DMP aufkamen, waren 2002 alles andere als selbstverständlich: Der

Hausarzt als Koordinator der Behandlung chronisch Kranker, die Vereinbarung von individuellen Therapiezielen mit den Patienten und die konsequente Orientierung der Behandlung an der evidenzbasierten Medizin, um nur einige zu nennen.

Im Rückblick sind die DMP eine Erfolgsgeschichte: So hat sich die Versorgung der teilnehmenden Patienten in den letzten zehn Jahren verbessert. Das gilt zum Beispiel für die regelmäßige Untersuchung der Augen und Füße bei Diabetikern oder die Schulungsquote der Patienten. Aber es gilt auch für medizinische Ergebnisse wie die Entwicklung des Blutdrucks, die Häufigkeit von Begleit- und Folgeerkrankungen und die Sterblichkeitsrate. Sie finden in diesem Heft die Ergebnisse einer Langzeitauswertung der AOK zum DMP Asthma. Sie zeigt, dass sich bei den Patienten, die kontinuierlich am Programm teilnehmen, die Erkrankung deutlich besser kontrolliert werden kann. An diesen Erfolgen arbeiten Sie kräftig mit – zum Wohl der chronisch kranken Patienten. Dafür ein herzliches Dankeschön!

Ihr
Evert-Jan van Lente
AOK-Bundesverband

rezeption

- 4 Shared Decision Making**
So können Sie Arzt und Patienten unterstützen

sprechstunde

- 8 Frischer Wind**
Neue Richtlinie und eine Sonderauswertung im DMP Asthma
- 10 Sucht am Arbeitsplatz**
Ratschläge für den Umgang mit gefährdeten Patienten

praxisorganisation

- 12 Quotenregelung**
So rechnen Sie Laborleistungen richtig ab
- 13 Fehler des Monats**
Ein neuer Fall mit Relevanz für die Hausarztpraxis

kaffeepause

- 14 Kurz und fündig**
Was das Praxisteam sonst noch interessiert
- 15 Preisrätsel**
Mitmachen und wertvolle Buchpreise gewinnen

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) 203043-1362

Redaktion:

Dr. Monika von Berg (Chefredakteurin, v.i.S.d.P.)
Dr. Reinhard Merz (Redaktionsleitung)

Anschrift wie Verlag,
redaktion@info-praxisteam.de

Titelbild: © contrastwerkstatt – fotolia.com

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

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



Shared Decision Making

Den richtigen Weg finden

Der Arzt ist Experte für medizinische Fragen, der Patient Experte für seine persönlichen Lebensumstände. Viele Argumente sprechen dafür, bei medizinischen Entscheidungen gemeinsam den richtigen Weg zu suchen – und als MFA können Sie die gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient aktiv unterstützen.

In einer Hausarztpraxis werden Entscheidungen im Minutentakt gefällt. Manche sind eher banaler Natur, andere von großer Tragweite – vor allem bei ernsthaften und chronischen Erkrankungen. Dann stellt sich schnell die Frage, wer entscheidet: Der Arzt? Der Patient? Im ersten Fall – der Arzt entscheidet für den Patienten – spricht man vom „paternalistischen Modell“. Im zweiten Fall – der „Informed Choice“ – wird der Patient vom Arzt informiert und trifft dann selbst die Entscheidung. Aber: „Die volle Verantwortung macht Patienten nicht unbedingt glücklich“, meint etwa Glyn Elwyn, Professor für Primary Care an der Universität von Swansea (Wales) und einer der renommiertesten Forscher im Bereich medizinischer Entscheidungsfindung. Er plädiert für einen Weg zwi-

schen diesen beiden Extremen: die gemeinsame Entscheidungsfindung. Dieses „Shared Decision Making“ ist Teil des Wandels, der sich in den letzten Jahren im Verhältnis zwischen Arzt und Patient vollzogen hat. Wollten Patienten vor 20 Jahren zwar über ihre Erkrankung gut informiert sein, aber therapierrelevante Entscheidungen lieber ihren Arzt

treffen lassen, wird Mitentscheiden heute immer wichtiger.

Untersuchungen des amerikanischen Institute of Medicine belegen die Vorteile der Patientenbeteiligung. Patienten, die in die Entscheidung mit einbezogen werden, sind in der Regel zufriedener mit der Behandlung und unterstützen die Therapie aktiver. Das kann letztendlich zu besseren Behandlungsergebnissen führen. Umgekehrt sind fehlende Informationen ein häufiger Grund für Behandlungsabbrüche oder unnötige Therapien. Daher ist es erklärtes Ziel, dass Patienten ihre Krankheit ein Stück weit selbst managen und Verantwortung übernehmen. Arzt und Patient sollen gemeinsam entscheiden, welches weitere Vorgehen notwendig, angemessen und realistisch ist.

Webtipps
 Umfangreiche Entscheidungshilfen finden Sie unter www.aok.de/entscheidungshilfen
www.barmer-gek.de/104266,
 Rubrik Entscheidungshilfen
 Hintergrundinformationen finden Sie auch auf der Website www.patient-als-partner.de

Wichtige Voraussetzungen

Allerdings müssen einige Voraussetzungen erfüllt sein, damit das auch in der Praxis funktioniert. Vor allem muss die bestehende Informationsasymmetrie – der Arzt weiß viel mehr als der Patient – soweit wie möglich verringert werden.

Paternalismus

Arzt entscheidet
„alleine“

Kundenmodell

Arzt bietet an,
Patient entscheidet

Beim Shared Decision Making wird der Patient soweit an der Entscheidung beteiligt, wie gewünscht. Dabei gibt es viele verschiedene Abstufungen.

Das soll unter anderem das neue Patientenrechtegesetz schaffen, das dem Bundestag als Entwurf vorliegt. In der Begründung heißt es dazu: „Verlässliche Informationen schaffen für die Patientinnen und Patienten Orientierung. Diese Informationen sind nicht Selbstzweck, sondern die Voraussetzung dafür, dass die Patientinnen und Patienten eigenverantwortlich und selbstbestimmt im Rahmen der Behandlung entscheiden können.“

Das Hauptproblem: Die wichtigste Informationsquelle eines Patienten sind oft Fernsehen, Zeitschriften, das Internet oder die Nachbarin, was klare Grenzen für eine rationale Therapieentscheidung setzen kann. Deshalb ist die objektive Information der Patienten unabdingbar. Hier gibt es eine Vielzahl von patiententauglichem Informationsmaterial, inklusive konkreter Entscheidungshilfen für definierte medizinische Probleme (siehe Webtipp). Anbieter solcher Informationen sind unter anderem das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im

Gesundheitswesen (IQWiG), das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) sowie Kassen und Kassenverbände. Informationsmaterial aus der Pharmaindustrie sollte dagegen kritisch überprüft werden.

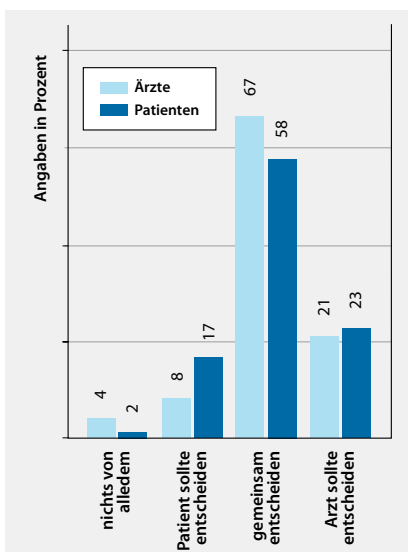
Schrittweiser Einstieg

Eine gemeinsame Entscheidung muss schrittweise erarbeitet werden. Dabei werden die unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten erklärt, die für die Therapie einer Erkrankung verfügbar sind. Dann werden Vor- und Nachteile jeder Option diskutiert. Die medizinische Evidenz sollte dabei Ausgangspunkt der Entscheidung sein. Neben der Studienlage sind hier aber auch persönliche Bewertungen von Risiken und die zu erwartenden Wirkungen einer Behandlung durch den Patienten wichtige Aspekte. Das eigentliche Gespräch zwischen Arzt und Patient ist dabei aber nur ein Teil des Prozesses. Denn die Vor- und Nachbereitung des Arzt-Patienten-Gesprächs – klassische Aufgabe der MFA – spielt hier eine genauso wichtige Rolle. Eine gut organisierte

Praxis wird den Patienten immer dabei unterstützen, sich relevante Informationen – und so die nötige Entscheidungskompetenz – zu beschaffen. Die wichtigsten Punkte haben wir im Kasten auf dieser Seite für Sie zusammengefasst.

Generell eignet sich das Shared Decision Making, wenn mehrere Therapieoptionen mit vergleichbarer Wirksamkeit zur Auswahl stehen, die sich aber bei den Anforderungen oder Nebenwirkungen unterscheiden. Etwa bei einer mittelschweren Depression, wo eine Psychotherapie oder eine Therapie mit Antidepressiva möglich sind. Weniger oder gar nicht geeignet ist SDM dagegen in Krisen- oder Notfallsituationen oder wenn aufgrund der medizinischen Evidenz nur eine Behandlungsoption infrage kommt.

In einer Befragung der Zeitschrift Klinikärzte äußerten Ärzte und Patienten durchaus ähnliche Ansichten hinsichtlich der Entscheidungsfindung, wie die Grafik unten links zeigt. Vor allem jüngere Patienten und solche mit höherem Bildungsniveau wollen demnach gerne mitentscheiden. Ein klassischer Fall für gemeinsame Entscheidungen sind auch Zielvereinbarungen im DMP, etwa wenn es um Verhaltensänderungen geht. Auch hier geht es darum, Patienten für ihre Erkrankung zu sensibilisieren und sie zu einer Mitarbeit bei der Therapie zu bewegen.



Ideale Entscheidungsfindung aus Sicht der Ärzte und der Patienten.

Das Praxisteam unterstützt die Organisation

Mit folgenden Aktivitäten können Sie Arzt und Patienten bei der gemeinsamen Entscheidungsfindung unterstützen. Nicht alle Punkte sind immer umsetzbar, stimmen Sie sich mit dem Arzt oder der Ärztin über die Maßnahmen ab.

- Achten Sie darauf, dass geplante Kontakte ungeplante entbehrlich machen.
- Patienten im Vorfeld über geplante Untersuchungen informieren und zur Mitarbeit auffordern (z. B. alle Medikamente und Diabetes-Pass mitbringen).
- Nach dem Arztgespräch anbieten, Verständnisfragen zu beantworten.
- Schriftliche Zusammenfassung des Besuchs („Patientenbrief“) mitgeben.
- Diagnosespezifische Infobroschüren mitgeben.
- Angebot für telefonische Rückfragen zur Verfügung stellen.
- Hilfestellung bei der Vermittlung konkreter Adressen und Maßnahmen (z. B. Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Sportvereine).
- Schulungen einleiten.
- Wiedervorstellungstermin vereinbaren (Einverständnis des Patienten zum Recall einholen).

Patientenquittung gefragt

- Lange galten sie als Ladenhüter, doch seitdem Patientenquittungen online unkompliziert abrufbar sind, wächst das Interesse. In übersichtlicher Form erfahren Patienten anhand der elektronisch abrufbaren Quittung, wann welche Leistungen in Anspruch genommen wurden.
www.aok-gesundheitspartner.de
> [Arzt und Praxis](#) > [Pro Dialog](#)

VmF-Kongress 2013

- Der Verband medizinischer Fachberufe e.V. hat seinen 26. Bundeskongress geplant. Er findet vom 1. bis 3. März 2013 in Dortmund, Kongresszentrum Westfalenhallen, statt. Die drei Tage sind mit parallelen Seminaren und Workshops gefüllt, daneben stehen Gespräche, Austausch und gute Stimmung auf dem Programm.
www.vmf-online.de

Medienservice für Schulen

- Zum Bildungsauftrag der Schulen gehört auch die Gesundheitserziehung. Dazu bietet die BARMER-GEK Schülern und Lehrern Begleitmaterial für den Unterricht an, kostenlos und frei zugänglich. Zur Auswahl stehen Themen wie Suchtprävention (Alkohol, Drogen, Tabak), gesunde Ernährung, Stressvermeidung, Berufsstartertipps u.v.m.
www.barmer-gek.de/126747

Lust am Laufen – ein Service im Internet



Laufen zählt zu den beliebtesten Sportarten in Deutschland: Man benötigt keine große Ausrüstung und kann zu jeder Tageszeit loslaufen. Das Ausdauertraining steigert erwiesenermaßen die körperliche Fitness und die Läufer fühlen sich ausgeglichener und belastbarer. Zusammen mit dem Deutschen Leichtathletik-Verband möchte die Barmer GEK die Menschen zum Laufen und somit für ein bewegtes und gesundes Leben motivieren. Mit zahlreichen Tipps für Laufanfänger und -profis ist die Website eine Fundgrube für alle Laufinteressierten. Das Angebot umfasst unter anderem eine Reihe von Podcasts zum Thema und ein Laufflexikon.

www.barmer-gek.de/133303

Hautprobleme durch den Beruf

Medizinisches Fachpersonal ist besonders gefährdet Hautkrankheiten zu entwickeln. Erkrankt die Haut berufsbedingt, sind Betroffene in ihrer Arbeit stark eingeschränkt. Juckende, gerötete, rissige Hände schmerzen und hemmen die alltäglichen Abläufe. Zudem verunsichern sie im Umgang mit den zu betreuenden Patienten und ihren Angehörigen. Vier Belastungsfaktoren machen der Haut ganz besonders zu schaffen: Wasser, chemische Substanzen, Feuchtigkeit unter Schutzhandschuhen und Stress. Konsequenter Hautschutz, schonende Reinigung und sorgfältige Pflege der Haut nach der Arbeit sind deshalb die Voraussetzungen, um Ekzeme und Allergien zu vermeiden. Für Regeneration und Pflege sollten Cremes benutzt werden, die der Haut die ausgewaschenen Fette zurückgeben.

Vom 5. bis 9. November 2012 findet bundesweit die Woche der berufsbedingten Hauterkrankungen statt. Sie steht auch in diesem Jahr unter dem Motto „Haut & Job“ und ist Teil einer gesamteuropäischen Initiative mit dem Ziel, die Zahl der beruflich bedingten Hauterkrankungen deutlich zu verringern und den Hautschutz am Arbeitsplatz zu verbessern. Weitere Informationen unter:

www.hautgesund-im-beruf.de

Aus Heilberufe

Gripeschutzimpfung richtig organisieren

Die jährlichen Arbeiten rund um die Gripeschutzimpfung müssen nicht automatisch mehr Aufwand für das Praxisteam bedeuten. Entscheidend ist es sowohl für die praxisinternen Arbeiten als auch für die Information der Patienten, genaue Ablaufpläne für Beratung und Durchführung zu erstellen. Offene Fragen sollte die Praxisleitung in einer Teamsitzung erörtern. Dazu gehören:

- > Ziele festlegen: Wie viele Patienten sollen erreicht werden? Liegen Vergleichszahlen vom Vorjahr vor?

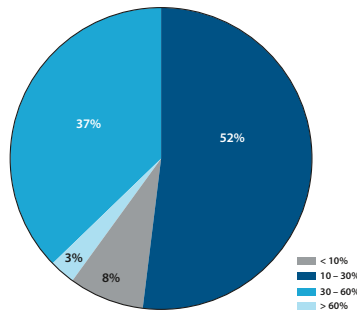
- > Zeitplan und Umsetzung besprechen: Das „Wer macht was“ muss allen Beteiligten eindeutig klar sein. Zum besseren Verständnis ist es hilfreich, eine To-do-Liste für das Team zu erstellen.

- > Aktion bekannt machen: Die Ziele und Inhalte des Impfprojektes müssen nicht nur für das Praxisteam, sondern besonders aus Sicht der Patienten, Praxisbesucher und Familienangehörigen verständlich und nachvollziehbar sein.
Theresia Wölker

Bewegung als Therapie

In Ausgabe 2/2012 hatten wir Sie gefragt, wie Sie und Ihre Patienten mit Bewegung als Therapie umgehen. Wenig erstaunlich: Obwohl in der überwiegenden Anzahl der Praxen Arzt und MFA den Patienten auf dieses wichtige Thema ansprechen, bewegen sich mehr als die Hälfte der Diabetes-Patienten zu wenig. Die kompletten Ergebnisse finden Sie unter:

www.info-praxisteam.de



Die Frage „Wie viele Ihrer Diabetiker bewegen sich Ihrer Meinung nach regelmäßig?“. Es sind leider deutlich zu wenig Patienten.

Hätten Sie's noch gewusst?

Wären Sie noch fit für die Prüfung? In Ausgabe 3/2012 hatten wir drei Fragen gestellt, die auch in den Prüfungen der Azubis auftauchen können. Hier sind die richtigen Antworten:

1. Wer schreibt vor, dass die Praxis einen Hygieneplan haben muss?

Die Berufsgenossenschaft

2. Wie lange sind die Messwerte der internen Qualitätssicherung aufzubewahren?

5 Jahre

3. Wie lange dürfen Mehrdosisbehältnisse verwendet werden?

24 Stunden

Vielen Dank fürs Mitmachen!

Schwere Grippewelle?

Eine harte Grippezeit in diesem Winter haben Experten beim 4. Deutschen Influenza-Kongress in Erfurt prophezeit. Mehrere Indizien sprechen demnach offenbar für eine schwere Grippezeit: In Australien seien doppelt so viele Influenza-Todesfälle wie im Vorjahr gemeldet worden, so Professor Peter Wutzler bei der Kongress-Eröffnung in Erfurt. Zudem sei die Saison in den vergangenen zwei Jahren in Deutschland milde verlaufen.

Bislang wird die jährliche Grippe-Impfung den über 60-Jährigen, chronisch Kranken, Schwangeren und Menschen mit erhöhtem Infektionsrisiko wie medizinischem Personal empfohlen. Doch die Impfbereitschaft ist offensichtlich gering. Während die WHO für eine Impfquote von mindestens 75 Prozent plädiert, liegt sie beim medizinischen Personal in Deutschland nur bei rund 30 Prozent.

Aus der Ärzte-Zeitung

Umfrage

Wie gut ist Ihre Teamarbeit?

Wir möchten von Ihnen wissen: Wird in Ihrer Praxis Teamarbeit groß geschrieben oder ist letztlich jeder nur für sich und seinen Bereich verantwortlich? Wählen Sie beim Beantworten der Fragen zwischen Zustimmung (links), Ablehnung (rechts) und den Zwischenwerten (eher ja, eher nein).

eBook-Reader gewinnen!



	auf jeden Fall	eher ja	eher nein	auf keinen Fall
In unserem Team herrscht ein Gefühl von Vertrauen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir können uns aufeinander verlassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir treffen uns häufig, um Abläufe zu besprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir halten uns gegenseitig auf dem Laufenden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alle können offen über Fehler sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir unterstützen uns bei der Erledigung unserer Aufgaben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konflikte werden konstruktiv bearbeitet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Praxisleitung ist für das Team immer ansprechbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Praxisleitung macht deutlich, was sie erwartet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Praxisleitung erkennt gute Leistungen an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vorname, Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

E-Mail-Adresse

Unter allen Teilnehmern verlosen wir einen **Kindle eBook Reader**. Einsendeschluss ist der **20. November 2012**.

Bitte schicken Sie den Fragebogen an:

Springer Medizin, Urban & Vogel GmbH
Abt. Public Healthcare
Stichwort: **Leserbefragung 4/2012**
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



Sonderauswertung und neue Richtlinie

Frischer Wind im DMP Asthma

Die Auswertung von Daten aus dem DMP Asthma zeigt positive Entwicklungen bei Lungenpatienten. Durch eine neue Richtlinie ist das Disease Management Programm jetzt aktualisiert worden.

Epidemiologische Daten schätzen die Zahl der Patienten, die an Asthma bronchiale leiden, auf bis zu 6 Prozent der erwachsenen Bevölkerung, bei Kindern gar auf ca. 10 bis 15 Prozent. Das wesentliche Ziel der modernen Asthma-Therapie ist die Kontrolle der Erkrankung. Die Betroffenen sollen möglichst keine Beschwerden mehr haben und eine möglichst hohe körperliche Belastbarkeit erreichen. Eine aktuelle Sonderauswertung der Evaluationsinstitute infas, Prognos und WIAD zum DMP Asthma der AOK zeigt, dass diese Ziele erreicht werden:

Bei Patienten, die über einen längeren Zeitraum ohne Unterbrechung am DMP Asthma teilnehmen, verbessert sich die Kontrolle der Erkrankung deutlich. Ausgewertet wurden die Dokumentations-

daten von Asthma-Patienten, die sich in den Jahren 2006 und 2007 für die Teilnahme am DMP entschieden haben. Die Entwicklung ihrer medizinischen Werte verfolgten die Wissenschaftler über einen Zeitraum von dreieinhalb Jahren. In dieser Zeit erhöhte sich der Anteil der Patienten, die laut Dokumentation keine Asthma-Symptome zeigten, von 10 Prozent auf knapp 27 Prozent. Umgekehrt sank der Anteil derer, die täglich mit Asthma-Symptomen zu kämpfen hat-

Webtipps

Umfangreiche Informationen zum Thema Asthma finden Sie im Internet unter:

www.barmer-gek.de/103536
www.aok-curaplan.de > Asthma > Patientenhandbuch

ten, von knapp 24 Prozent auf 14,5 Prozent (siehe Grafik auf Seite 9). Berücksichtigt werden konnten die Daten von etwa 69.000 Kindern und Erwachsenen, die über diesen Zeitraum ohne Unterbrechung in das Asthma-Programm eingeschrieben waren.

Wichtige Ziele erreicht

Neben der Kontrolle der Erkrankung ist die Vermeidung von Krankenhausaufenthalten ein wichtiges Behandlungsziel. Die Auswertung zeigt auch in diesem Bereich Verbesserungen: Die Zahl der Patienten, die wegen ihrer Asthma-Erkrankung mindestens einmal im Krankenhaus behandelt werden mussten, bewegte sich auf niedrigem Niveau und konnte im Zeitverlauf leicht gesenkt werden (von 1,3 auf 1,1 Prozent). Die Auswertung der Daten zeigt zudem, dass der Anteil der Patienten, die eine Patientenschulung wahrgenommen haben, von knapp 30 auf über 50 Pro-

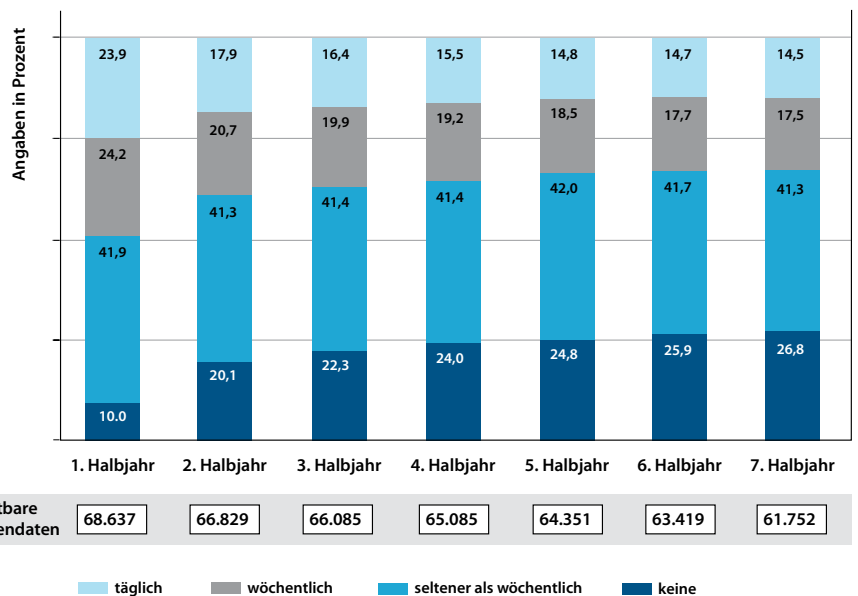
zent gestiegen ist. Hier lernen die Patienten zum Beispiel verschiedene Atemtechniken und die richtige Messung ihrer Lungenwerte.

Auch beim Thema Selbstmanagement-Plan hat das DMP zu Verbesserungen geführt: Der Anteil der Patienten mit einem Selbstmanagement-Plan zum richtigen Umgang mit Notfällen stieg von knapp 40 auf 54 Prozent. Der Prozentsatz der Patienten, bei denen die Ärzte jährlich die korrekte Inhalationstechnik überprüfen, sank allerdings vom ersten auf das zweite Auswertungsjahr von 81 auf 76 Prozent und bleibt im dritten Auswertungsjahr auf diesem Niveau.

Erfreuliche Entwicklungen zeigten sich beim Thema Tabakverzicht: In den dreieinhalb Jahren hörten etwa 32 Prozent der Patienten, die ursprünglich geraucht hatten, mit dem Rauchen auf. Insgesamt sank der Anteil der Raucher unter allen DMP-Teilnehmern um 2 Prozent (von 15,6 auf 13,2 Prozent). Die Beratung zum Thema Tabakverzicht ist ein fester Bestandteil aller DMP. Bei Patienten mit Asthma bronchiale ist dieses Thema besonders wichtig, weil sich ihre Erkrankung durch das Rauchen deutlich verschlechtert. Eine negative Entwicklung zeigte die Verlaufsbetrachtung zum DMP Asthma beim Anteil der stark oder mäßig übergewichtigen Kinder im Programm: Er nahm im Zeitverlauf von 30 auf knapp 33 Prozent zu.

DMP in Zahlen

Das DMP Asthma bronchiale verzeichnete im Juni 2012 rund 780.000 Teilnehmer, etwa 40.000 mehr als im Juni 2011. Beim DMP COPD waren es rund 620.000 nach 585.000 im Jahr zuvor. Am stärksten ist die Teilnehmerzahl beim DMP Diabetes Typ 2 gestiegen, und zwar von 3.509.000 im Juni 2011 auf 3.684.000 im Juni 2012. Die Einschreibezahlen aus dem Juni 2012 für die weiteren Behandlungsprogramme: DMP KHK: 1.685.000 DMP Diabetes Typ 1: 152.000; DMP Brustkrebs: 128.000. Insgesamt waren Mitte Juni 7,05 Millionen Patienten in ein DMP eingeschrieben.



Erfreuliche Ergebnisse: Der Anteil der Patienten ohne Asthma-Symptome steigt kräftig an, der Anteil der Patienten mit täglichen Symptomen geht dagegen zurück.

Neue Richtlinien

Die medizinischen Inhalte des DMP Asthma bronchiale sind in diesem Sommer aktualisiert worden, eine entsprechende Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist im Juli 2012 in Kraft getreten. Sie wird nun innerhalb eines Jahres in den regionalen DMP-Verträgen umgesetzt. Unter anderem ist die Darstellung der medikamentösen Therapie ergänzt und spezifiziert worden. Die Änderungen beruhen auf Recherchen der evidenzbasierten Leitlinien, die das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) im Auftrag des G-BA durchgeführt hat. Auch in der neuen Richtlinie ist bei medizinischer Notwendigkeit die Betreuung durch den Facharzt vorgesehen. Gründe für eine Überweisung im Rahmen des DMP Asthma können sein:

- > eine unzureichende Asthma-Kontrolle trotz intensiver Behandlung
- > Beginn oder Ende einer Langzeittherapie mit systemischen Glukokortikosteroiden
- > Einleitung einer Therapie mit Antikörpern
- > vorausgegangene Notfallbehandlung
- > Begleiterkrankungen (z. B. COPD, chronische Rhinitis / Sinusitis, rezidivierende Pseudo-Krupp)

- > Verdacht auf eine allergische Genese des Asthma bronchiale
- > Verdacht auf berufsbedingtes Asthma bronchiale
- > Verschlechterung des Asthma bronchiale in der Schwangerschaft

Bei einer Überweisung sollte dem Patienten auf jeden Fall der DMP-Dokumentationsbogen mitgegeben werden. Das kann helfen, Doppeluntersuchungen und differenzialdiagnostische Unklarheiten zu vermeiden.



Die korrekte Anwendung von Inhalationssprays ist wichtig. Auch hier helfen gute Schulung und regelmäßige Überprüfung.

Trinken im Dienst

In vielen Betrieben gibt es Probleme mit Medikamenten, illegalen Drogen und vor allem mit Alkohol. Dann ist schnelle und richtige Hilfe wichtig. Als Praxisteam sollten Sie dabei nicht nur bei den Patienten aufmerksam sein, sondern auch im Kreis der Kollegen und Kolleginnen.



Die Zahlen sind alarmierend: Jeder fünfte Arbeitsunfall und 30 Prozent aller Unfälle auf dem Weg zur Arbeit sind nach Schätzung der Weltgesundheitsorganisation WHO auf Alkohol oder Medikamente zurückzuführen. Das ist kein Wunder. Denn drei bis fünf Prozent der deutschen Beschäftigten sind betroffen. Vor allem Alkoholiker finden sich in allen betrieblichen Hierarchieebenen, unabhängig von Alter und Geschlecht.

Die häufigsten Suchtprobleme am Arbeitsplatz gehen auf Nikotin und Alkohol zurück. Doch auch illegale Drogen und Medikamentenmissbrauch spielen eine Rolle. Für die Betriebssicherheit ist das ein großes Problem. So kann zum Beispiel Alkohol schon ab einer relativ geringen Blutalkoholkonzentration von 0,2 bis 0,3 Promille die Gedächtnisleistung einschränken, das Sehvermögen und die Aufmerksamkeit mindern – es passieren mehr Unfälle. Suchterkrankungen erhöhen darüber hinaus die Arbeitsunfähigkeitszeiten und können das Betriebsklima zum Teil erheblich beeinträchtigen.

Alkoholismus ist eine schleichende Krankheit, die jeden treffen kann, der Alkohol konsumiert. Es kommt dabei weniger auf

die Menge an, sondern eher auf die Regelmäßigkeit und aus welchen Gründen Alkohol konsumiert wird. Rund 75 Prozent der Alkoholkranken suchen mindestens einmal im Jahr mit alkoholbedingten Symptomen wie Bluthochdruck, chronischen Magenbeschwerden oder psychosomatischen Störungen die Hausarztpraxis auf. Die Verdachtsdiagnose „Alkoholsucht“ wird mitunter aber ungern gestellt. Sie fürchten, die Gefühle des Patienten zu verletzen, und es gibt nach der Diagnose keine festen Richtlinien für die weitere Betreuung.

Richtig helfen

Trotzdem wird die Begleitung von abhängig Erkrankten als eine hausärztliche Aufgabe gesehen – eine echte Herausforderung für den Arzt und sein Team. Als sehr hilfreich schildern betroffene Patienten die Teilnahme an Selbsthilfegruppen. Anonymität und offene Gespräche sorgen dort im Idealfall für seelische Entlastung und die Befreiung vom Schamgefühl. Das wiederum ist die Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie.

Häufig werden Suchtprobleme in der Arbeitswelt weitgehend verschleiert, vertuscht und verschwiegen. Man will helfen, weiß nicht wie. Für die Prävention von Suchterkrankungen und den Umgang mit Suchtproblemen im Betrieb gibt es jedoch bewährte betriebliche Hilfs- und Unterstützungsprogramme. Vor allem größere Betriebe versuchen, das Problem zu entschärfen, indem sie schon bei der Suchtvorbeugung ansetzen. Betriebliche Suchtprogramme bestimmen den Rahmen für Präventionsstrategien, Beratungs- und Unterstützungsangebote und geben Anleitung bei der Durchführung von Interventionen.

Zeichen eines Alkoholmissbrauchs zu erkennen und darauf angemessen zu reagieren, kann durchaus in den Tätigkeitsbereich einer MFA fallen. So können Sie helfen, Bewusstsein bei den betroffenen Patienten zu schaffen. Etwa indem Sie nach Absprache mit dem Arzt entsprechende Materialien im Wartezimmer auslegen. Oder für den Arzt bei einer entsprechenden Diagnose Adressen von lokalen Hilfsangeboten einholen.

Da die Betroffenen ihr Suchtproblem gerne leugnen, sollten Sie den Arzt oder die Ärztin ansprechen, wenn Sie das Gefühl haben, ein Patient hat Suchtprobleme. Einen Patienten, der offensichtlich unter akutem Alkoholeinfluss steht, sollten Sie ggf. sehr diskret auf diesen Umstand hinweisen. Sie sollten aus diesem akuten Alkoholkonsum nicht gleich auf eine Abhängigkeit schließen, passiert das aber öfter und zeigen sich Anzeichen wachsender Unzuverlässigkeit, sollten Sie das als Warnhinweise interpretieren und unbedingt mit dem Arzt besprechen.

Websites zum Thema

Wie wird eine angehende Sucht überhaupt erkannt und mit Betroffenen angemessen umgegangen? Und wie beugt man effektiv vor? Die Website www.sucht-am-arbeitsplatz.de, die von der BARMER GEK und der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen DHS initiiert wurde, gibt dazu Antworten und verweist auf weitere Beratungsangebote und Ansprechpartner. Hilfreiche Informationen zum Thema finden Sie auch im Internetauftritt der AOK unter: www.aok-bgf.de > Schlagworte A-Z > Sucht

Als agnes zwei in Brandenburg unterwegs

Am Projekt agnes in Brandenburg wirken bislang 30 fortgebildete Medizinische Fachangestellte (MFA) mit. Bis zum Jahresende sollen es rund 100 MFA und Schwestern sein. Ihre Einsätze werden in Brandenburg im Rahmen eines Strukturvertrages zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung, der AOK Nordost und der BARMER GEK nach Paragraph 73a SGB V extrabudgetär abgerechnet. Pro betreutem Patient und Monat gibt es 40 Euro. Das Einsatzspektrum der *agnes zwei* ist deutlich weiter gefasst als das ihrer Verwandten *agnes*, *Mopra* oder *VERAH*. So kann eine *agnes zwei* auch bei einem Facharzt oder einem Ärztenetz angesiedelt sein. Zudem ist sie nicht auf unterversorgte Regionen beschränkt. Von den 30 *agnes zwei* in Brandenburg sind 17 für Hausarztpraxen, vier für Facharztpraxen, sechs in MVZ, eine für eine Kinderarztpraxis, eine für ein Ärztehaus und eine im Ärztenetz tätig.

Bärbel Ulrich ist die *agnes zwei* in der Praxis des Hausarztinternisten Dr. Jürn von Stünzner in Briesen, südlich von Berlin. Zusammen mit einem angestellten Allgemeinmediziner betreut der 41-jährige Arzt rund 2.200 meist alte, multimorbide oder chronisch kranke Patienten. Insgesamt sieben Helferinnen auf sechs Vollzeitstellen kümmern sich um die Organisation. Zwei Tage pro Woche ist Bärbel Ulrich auf Achse. Der Rest der Zeit vergeht mit Anru-



Wieder unterwegs: Bärbel Ulrich macht im Rahmen ihrer Tätigkeit als agnes zwei auch mehrmals in der Woche Hausbesuche.

fen und Anträgen oder Dokumentation. Damit kehrt sie zu ihren beruflichen Wurzeln zurück. Als Gemeindeschwester hat die gelernte Krankenschwester vor 36 Jahren am Landambulatorium in Briesen begonnen. Bis heute arbeitet sie mit wechselnden Ärzten im gleichen Gebäude. Das denkmalgeschützte „Ärztehaus an der Eiche“ beherbergt heute neben der Hausarztpraxis, einen Psychotherapeuten, einen Zahnarzt und die Sozialstation des Pflegedienstes. Rund 100 Patienten besucht die Schwester insgesamt, darunter auch Pflegeheimbewohner und schwer kranke Palliativpatienten.

Angela Mißbeck, Ärzte-Zeitung

Müssen Überstunden bezahlt werden?

In der Praxis sind Überstunden nicht selten. Ist Not am Mann kann der Arbeitgeber erwarten, dass Überstunden erbracht werden. Allerdings sind Arbeitnehmer nur verpflichtet, Überstunden zu leisten, wenn dies im Arbeitsvertrag ausdrücklich steht oder sich aus einer Betriebsvereinbarung oder einem Tarifvertrag ergibt. Zudem ist Mehrarbeit nur in besonderen Situationen zu erbringen.

Ein allgemeiner Rechtsgrundsatz, wonach jede Mehrarbeit zu vergüten ist, besteht nicht. Rechtsgrundlage ist Para-

graf 612 Bürgerliches Gesetzbuch: Eine Vergütung gilt als stillschweigend vereinbart, wenn die Dienstleistung den Umständen nach nur gegen eine Vergütung zu erwarten ist. Das heißt, im Einzelfall muss der Praxisinhaber für geringfügige Mehrarbeit kein Entgelt zahlen. Zuschläge für Überstunden bedürfen auf jeden Fall einer gesonderten Vereinbarung. Wesentlich gebräuchlicher ist daher in den meisten Praxen ein flexibler Zeitausgleich, bei dem geleistete Überstunden mit Freizeit abgegolten werden.

Umgang mit muslimischen Patienten

In der medizinischen Betreuung kann es durch kulturelle Unterschiede oft zu Konfliktsituationen und Störungen im Behandlungsablauf kommen. Auslöser sind oft Unwissenheit und Verständigungsschwierigkeiten. Die Autorinnen erläutern kulturelle Hintergründe und geben Handlungsanregungen. Pflegende erhalten konkrete Tipps wie sie häufig auftretende Stress- und Konfliktsituationen mit muslimischen Patienten meistern. Taschenbuch: 196 Seiten, ISBN 978-3642249242, 24,95 Euro.



Neues Portal zur Pflege am Start

Im neuen Pflegeportal der AOK finden pflegende Angehörige neben Informationen zu den Leistungen der Pflegeversicherung auch zahlreiche Praxistipps zum Thema. Ein interaktiver Check hilft dabei, die persönliche Situation zu analysieren. In kurzen Videos werden die wichtigsten Handgriffe beim Heben, An- und Ausziehen oder der Körperhygiene vermittelt. Für Angehörige von Demenzkranken hält der Ratgeber ausführliche Infos vor allem über den Umgang mit dieser Erkrankung bereit. Mehr Informationen auf:

www.aok.de/pflege



(Laboratoriumsmedizin). Weiterhin mit dem vollen Punktwert von 3,5048 Cent werden ausbezahlt:

- > Honorare entsprechend der Nr. 32 001 („Wirtschaftlichkeitsbonus“)
- > Laborkosten für die EBM-Nrn.
 - 32 025 bis 32 027, also das Sofortlabor (BZ, INR, D-Dimere)
 - 32 035 bis 32 039 (Einzelparameter des Blutbildes)
 - 32 097 (BNP)
 - 32 150 (Troponin Test)
- > Laboruntersuchungen im Rahmen der Prävention außerhalb des Kapitels 32:
- > Nrn. 01 708, 01 734 (Okkultbluttest)
- > Konsiliar- und Grundpauschalen für Laborfachärzte etc.
- > Kostenpauschalen nach Nr. 41 000 (Versandpauschale für Laborärzte)

Die ersten drei Punkte sind gute Nachrichten für Hausarztpraxen. Während die Quotierung vor allem die Laborärzte und die Laborgemeinschaften betrifft, sind die Leistungen des Praxislabors (Sofortlabor, Troptest) sowie der Wirtschaftlichkeitsbonus nicht betroffen.

Letztlich bleiben nur einige in der Praxis durchgeführte Laborleistungen übrig, die unter die Quotierung fallen. Dabei durfte es sich allerdings nur um geringe Eurobeträge handeln.

Dr. med. Heiner Pasch

Abrechnung von Laborleistungen

Praxislabor bleibt

Seit Juli 2012 gelten neue Vorgaben zur Vergütung von Laboruntersuchungen. Viele KVen setzen diese jetzt im 4. Quartal zum ersten Mal um. In der Praxis selbst erbrachte Laborleistungen sind davon in der Regel jedoch nicht betroffen.

Bisher wurden die Laborkosten in den meisten KVen ungedeckt ausbezahlt. Seit diesem Quartal ist nun allerdings der Labortopf begrenzt auf das Volumen des Vorjahresquartals, erhöht um einen morbiditätsbedingten Steigerungsfaktor. Dabei wird die zwischen Kassen und KBV vereinbarte Veränderungsrate zugrundegelegt. Diese wird von den meisten KVen – zum Beispiel in

Nordrhein, Rheinland-Pfalz und Westfalen-Lippe – jetzt zum 4. Quartal umgesetzt. Das Vorgehen Ihrer eigenen KV erfragen Sie bitte dort.

Die von der KBV bundeseinheitlich festgelegte Abstufungsquote für das vielerorts nicht berücksichtigte 3. Quartal liegt bei 93,11 Prozent, für das 4. Quartal sind es 95,36 Prozent. Die Abstufung gilt für Leistungen aus dem EBM-Kapitel 32

Nicht quotiertes Labor

Hier ist eine Auswahl der Laboruntersuchungen, die weiterhin nicht quotiert und von hoher Relevanz für die hausärztliche Praxis sind:

- 32 030 Orientierende Untersuchung (Urinteststreifen) 0,50 €
- 32 031 Urinsediment 0,25 €
- 32 040 Occultbluttest 1,45 €
- 32 042 Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit 0,25 €
- 32 132 Schwangerschaftsnachweis (nur Abklärung Krankheitssymptome) 1,30 €
- 32 135 Mikroalbuminurie-Nachweis 1,55 €



Fehler im Praxisalltag

Geimpft oder nicht geimpft?

In der Rubrik „Fehler im Praxisalltag“ stellen wir in jedem Heft einen Fall vor. In dieser Ausgabe geht es um eine fast vergessene Auffrischimpfung.

Dieses Ereignis wird aus einer Hausarztpraxis berichtet:

Was ist passiert?

Ein Patient kommt zur Vorsorgeuntersuchung in die Praxis. Dabei wird festgestellt, dass eine Impfung (Td-aP-IPV) erforderlich ist. Der Patient wird darüber aufgeklärt und willigt ein. Es erfolgen die Dokumentationen in den Impfausweis und die Patientenkartei. Danach wird mit den genannten Untersuchungen fortgefahren und schließlich vergessen, die Impfung durchzuführen. Der Patient geht mit dokumentierter Impfung, jedoch ungeimpft nach Hause. Der MFA fällt die noch volle Impfstoffspritze ohne Aufkleber auf. Der Patient wird telefonisch informiert und wird nachfolgend noch geimpft.

Was war das Ergebnis?

Erhöhter Aufwand für den Patienten, der zweimal in die Praxis kommen muss. Wäre der MFA die volle Impfstoffampulle nicht aufgefallen, wäre der Patient nicht geimpft worden, obwohl dies im Impfausweis dokumentiert war.

Welche Gründe können zu dem Ereignis geführt haben?

Vor allem das parallele Erledigen verschiedener Aufgaben (Anamnese, Untersuchung, Impfdokumentation) durch den Arzt spielt hier eine Rolle.

Wie hätte man das Ereignis verhindern können?

Durch einen geordneten Arbeitsablauf ohne das gleichzeitige Erledigen verschiedener Aufgaben ist die Wahrscheinlichkeit solcher Aussetzer geringer.

Welche Faktoren trugen Ihrer Meinung nach zu dem Fehler bei?
Mangelhafte Organisation.

Kommentar des Instituts für Allgemeinmedizin:

In jeder Praxis sollte es einen klaren Ablauf für die Durchführung von Impfungen geben. Wie sieht der in Ihrer Praxis aus?

Kommentare anderer Nutzer:

Nutzer 1: In meiner Praxis schreibt grundsätzlich die MFA erst nach der Impfung die Daten (inkl.Chargennummer) in den Impfausweis sowie mit EBM parallel in den Computer. Erst dann unterschreibe ich.

Nutzer 2: Bei uns wird die Impfung immer erst dann in den Ausweis eingetragen, wenn der Patient geimpft worden ist. Dann kommt der Aufkleber in den Ausweis und dann die Abrechnung in den Computer.

Nutzer 3: Wir haben bei uns die folgende Routine: Vorbereitung von Impfpass und Spritze. Der ausgefüllte Pass liegt so lange neben der vorbereiteten Spritze, bis diese appliziert wurde. Aushändigung des Impfausweises direkt nach der Injektion an den Patienten bzw. die Eltern.

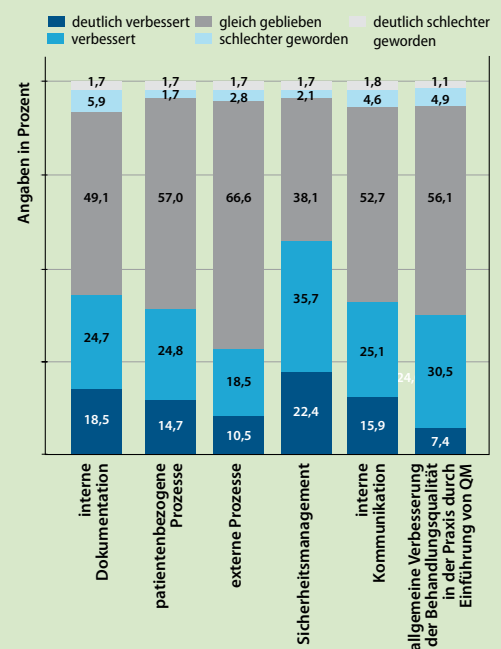
Nutzer 4: Wir impfen nach dem 4-Augen-Prinzip: der Arzt entscheidet, was geimpft werden soll, holt den Impfstoff aus dem Kühlschrank und dokumentiert im Impfausweis, die MFA führt die Impfung nach Kontrolle der Doku im Ausweis und des Impfstoffes durch und dokumentiert im PC, gibt auch die Ziffern ein.

Tatjana Blazejewski

QM von Ärzten gut beurteilt

Die Stiftung Gesundheit hat eine Umfrage unter dem Titel „Qualitätsmanagement, Patientensicherheit und Hygiene in der ärztlichen Praxis 2012“ durchgeführt. Die Studie sollte klären, wie weit das Qualitätsmanagement und der Schwerpunkt Hygiene im ambulanten Sektor in Deutschland verankert sind. Die Autoren ziehen das folgende Fazit. „Beim Thema QM und Abläufe in der Praxis zeigt sich ein weitgehend positives Bild mit weniger als zehn Prozent kritischer Stimmen. Der Umgang mit Fehlern ist offener geworden. Und doch ist die Medizin noch weit von den Möglichkeiten und Prozessen entfernt, die in anderen Industrien und Dienstleistungs-Standard sind. Bei der Hygiene wurde in einem Drittel der Fälle moderater bis deutlicher Nachholbedarf konstatiert. Das Hygienegesetz wird insgesamt als wenig relevant angesehen. Hier wäre es von hoher Bedeutung einmal detaillierter zu untersuchen, warum diese Wahrnehmung vorherrscht. Den kompletten Report finden Sie unter:

www.stiftung-gesundheit.de



Antworten auf die Frage: „Wie hat sich die Einführung eines QM-Systems auf Ihre Praxisabläufe ausgewirkt?“



In eigener Sache

info praxisteam ist seit nunmehr sechs Jahren Ihre Zeitschrift für alle Themen rund um den Alltag – aus der Praxis für die Praxis. Aus Ihren Mails und Zuschriften wissen wir, dass viele Praxen besonders pfiffige Lösungen entwickelt haben, um bestimmte Arbeitsabläufe noch ein bisschen runder zu machen oder um ein paar Minuten Arbeitszeit einzusparen. Um dieses Wissen einem weiteren Kreis zugänglich zu machen, wird es ab Ausgabe 1/2013 regelmäßig den TeamTipp geben. Und natürlich sind wir auch an Ihren Tipps für die Kollegen und Kolleginnen interessiert, egal ob für die Rezeption, die Sprechstunde oder die Praxisorganisation. Schreiben Sie an die Redaktionsadresse, jeder veröffentlichte Tipp wird mit 100 Euro honoriert.

www.info-praxisteam.de

Vorschau

Ausgabe 6/2012 von [info praxisteam](http://info-praxisteam.de) erscheint am 12. Dezember 2012. Dort finden Sie unter anderem Beiträge zu folgenden Themen:

Arztnavigator

Wie Sie ihn für Ihr Praxismarketing einsetzen können.

Essstörungen

Anorexie, Bulimie, Esssucht – wie kann man mit den Patienten reden?

Entbürokratisierung

Wie entstehen medizinische Formulare und wie können sie geändert werden?

Selbst Pilze sammeln? Ja, aber ...



Der Herbst ist Pilzzeit und viele stellen sich die Frage: Kann man guten Gewissens selbst Pilze sammeln? Die Antwort heißt, ja aber ... Denn man sollte wissen: Pilze können relativ stark mit radioaktiven Stoffen belastet sein, auch wenn die Katastrophe von Tschernobyl schon lange her ist. Und sie können vom Fuchsbandwurm befallen sein, der beim Menschen zu lebensgefährlichen Erkrankungen an Leber, Nieren und Gehirn führen kann. Man sollte sich also dringend erkundigen, ob das Gebiet ein Fuchsbandwurm-Gefahrengebiet ist. Und zu guter letzt sind viele Pilze bekanntlich giftig. Kann man diese Risikofaktoren ausschließen, kann Pilze sammeln eine feine Sache sein – am besten in einer Gruppe, die von einem ausgewiesenen Experten geführt wird.

www.daskochrezept.de/pilze-sammeln-im-herbst/

Die Daten in der Internet-Wolke?

Hat die Festplatte im Computer bald ausgedient? Wer möchte, hat schon heute die Möglichkeit, seine Daten stattdessen in der „Cloud“ zu speichern. Beim Cloud-Computing werden die Daten auf einem Internet-server gespeichert – ohne dass man als Benutzer so genau weiß, wo dieser Rechner steht und wer ihn betreibt. Trotzdem sind Cloud-Dienste wie Dropbox sehr beliebt, weil man mit ihnen Daten problemlos mit anderen teilen kann. Zugreifen kann man nicht nur vom Rechner, sondern auch vom Smartphone, Tablet oder anderen Geräten. Die optimale Austauschplattform. Da Anbieter im Ausland oft nicht auf ausreichende Datensicherheit achten, sollte man

vertrauliche Daten der Cloud besser nicht anvertrauen.

www.dropbox.com

www.telekom.de/cloud



Jetzt kommt die Jahreszeit für Fondue

Die Tage werden kürzer und damit fängt auch die Fondue-Zeit wieder an. Ein Fondue (aus frz. fondue, „geschmolzen“, von fondre) ist ursprünglich ein Gericht aus geschmolzenem Käse, in das Weißbrotstücke getaucht werden. Das Fondue stammt aus der Schweiz, wie man sagt. Mittlerweile wird der Begriff allgemeiner verwendet.

Man unterscheidet Käsefondue, Schokoladenfondue, Gemüsefondue (mit heißer

Brühe) und Fleischfondue (mit heißem Fett). Ein Fondue ist die charmante Art, andere zu verwöhnen und um gemütlich beisammen zu sitzen – denn ein schneller Sattmacher ist es selten. Dafür unterstützt es den sozialen Aspekt des Essen. Außerdem: Die Zutaten sind schnell besorgt und für feine Dips und Saucen gibt es massenhaft Rezepte im Internet. Worauf also warten?

www.kuechengoetter.de/fondue.html

Gewinnspiel



www.reebok.de **1x**

Das info praxisteam Kreuzworträtsel!

Yoga-Matte und Wasserkissen zu gewinnen!

Gewinnen Sie bei unserem Kreuzworträtsel: Wir verlosen drei hochwertige Wasserkissen von mediflow, die Verspannungen auflösen und den Körper zur Ruhe finden lassen. Dazu eine Yoga-Grundausrüstung von Reebok.

3x www.mediflow.de



So geht's:

Gesucht wird ein Begriff, der auch im Praxisumfeld nützlich ist. Das Lösungswort finden Sie, indem Sie die Buchstaben in den Kreisen in der Reihenfolge der Nummerierung lesen. Alle richtigen Einsendungen nehmen an der Verlosung teil. Mitmachen kann jeder, ausgenommen Mitarbeiter des Verlags und beteiligter Firmen. Die Gewinner werden schriftlich benachrichtigt.

Einsendeschluss ist der 20. November 2012.

Es gilt das Datum des Poststempels oder das Eingangsdatum der E-Mail. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

Verband, Schutzbinde	Gartenblume	Bein-gelenk	tiefe Beschei-denheit	An-zeichen von Mü-digkeit	Nacht-vogel	hügel-frei, flach	Beute, Jagd-ergebnis	Grund-einheiten aller Le-bewesen	4
					12	dehn-bares Hohl-organ			
persönl. Fürwort (dritte Person)	7		Sinnes-organ				Ausruf der Verwun-derung	mit-einander Ver-mählte	
Kultbau						Horn-platte auf Finger und Zehe			
mit den Füßen stoßen	nicht öfters		trocke-nes Gras (Vieh-futter)	11		lieb-e-voll um-fassen	10	Affe, Weiß-hand-gibbon	
					fein zerklei-neren				
Bewohner der brit. Haupt-stadt	Backen-streich		Schutz, fürsorg-liche Aufsicht	Begeis-terung, Schwung			Zeugnis-note		ausge-zeichnet, prächtig (ugs.)
		6					Adels-titel		9
lang-schwän-ziger Papagei			Feld-und Wiesen-tier		rar, nicht häufig	salopp: unwohl; dürrtig		Um-gebung, Milieu	
			Bewoh-ner eines Erdteils	1			hohes Bauwerk		
ugs. für matt, kraftlos					schmal; begrenzt		dünner, bie-g-samer Stock	Opern-solo-gesang	
sehr kurze Kleidung	Aus-drucks-form	8				nur wenig			
			veraltet: Zeichen für Raum-meter	Geräte-oder Boden-sportler			3		akade-mischer Titel (Abk.)
Luft zu-führen (med. Nothilfe)	Beschäf-tigung, Tätigkeit				2		Augen-deckel		
						tier-isches Milch-organ			5

Lösungswort:

Bitte schicken Sie das Lösungswort an:

Springer Medizin, Urban & Vogel GmbH
 Abt. Public Healthcare
 Stichwort: Gewinnspiel 5/2012
 Aschauer Str. 30, 81549 München

oder senden Sie uns eine E-Mail:

praxisteam@springer.com

oder schicken Sie uns ein Fax unter:

089-203043-31451

Bitte Absender nicht vergessen!

Vorname, Name
Straße, Hausnummer
PLZ, Wohnort
E-Mail-Adresse

Ja, ich bin damit einverstanden, dass Sie mich künftig über info praxisteam und weitere Angebote der Urban & Vogel GmbH postalisch oder elektronisch (E-Mail) informieren.

Datum

Unterschrift