

info

Das Magazin für
Medizinische Fachangestellte

praxisteam

praxisorganisation:

sprechstunde:

regional:

Zusammenarbeit mit dem Pflorgeteam

Krebsfrüherkennung

Neues aus den Bundesländern



rezeption

Keine Angst vor
„Dr. Google“

rezeption

- 4 Dr. Google ist im Anmarsch**
Wie Sie mit überinformierten Patienten umgehen

sprechstunde

- 6 Krebsfrüherkennung**
Fakten und Entscheidungshilfen für die Praxis
- 8 Künstliche Ernährung**
Was kann sie leisten? Welche Nachteile sind zu beachten?

praxisorganisation

- 11 Fehler des Monats**
Ein neuer Fall für das Praxisteam
- 12 Gemischtes Doppel**
So klappt die Zusammenarbeit von Praxisteam und Pflegedienst
- 14 info praxisteam regional**
Wichtige Meldungen aus den Bundesländern

kaffeepause

- 15 Kurz und fündig**
Was das Praxisteam sonst noch interessiert

impressum

Herausgeber:

Urban & Vogel GmbH in Kooperation mit dem AOK-Bundesverband

Verlag

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

Redaktion:

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

Titelbild: © apops – fotolia.com

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

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



Wirtschaftsfaktor MFA



Wenn von der alternden Gesellschaft die Rede ist, schrillen bei Wirtschaftsinstituten die Alarmglocken: Wie lässt sich ein Produktivitätszuwachs gewährleisten, mit dem wir auch in Zukunft unseren Lebensstandard halten können? Einen Hoffnungsschimmer sehen die Wirtschaftsexperten vom McKinsey Global Institute im Gesundheitssektor. Das allerdings, so betonen sie in ihrer Studie *Globales Wachstum: Kann Produktivität die Lage in einer alternden Welt retten?*, lässt sich nur durch konsequent verbesserte Aufgabenverteilung erreichen. Das heißt, dass Ärzte künftig noch mehr Leistungen delegieren müssen, gerade in großen Praxen in ländlichen Bereichen.

»Zur Entlastung Ihres Praxischefs können Sie einen immer qualifizierteren Beitrag leisten!«

Zur Entlastung Ihres Praxischefs können Sie also vermutlich in den nächsten Jahren einen immer qualifizierteren Beitrag leisten – Kompetenzerweiterung, Engagement und Fortbil-

dungswillen sind aus dem Berufsbild der MFA somit nicht mehr wegzudenken. Um diesen steigenden Anforderungen gerecht werden zu können, unterstützen wir Sie seit einigen Jahren mit „Ihrem“ Magazin info praxisteam.

Auch in den Verlagen ändern sich die Zeiten, der Wandel von der analogen hin zur digitalen Welt ist in vollem Gange: info praxisteam wird in gedruckter Form viermal im Jahr erscheinen. Parallel dazu haben wir mit unserem Kooperationspartner, dem AOK-Bundesverband, unser Online-Angebot ausgebaut, sodass Sie nicht auf aktuelle Informationen verzichten müssen: Unter www.info-praxisteam.de können Sie unseren Newsletter bestellen und das Heft als E-Paper lesen, für unterwegs gibt es die info-praxisteam-App.

Wir möchten Ihnen mit info praxisteam das Rüstzeug an die Hand geben, mit dem Sie Ihren Arbeitsalltag leichter bewältigen können und hoffen, dass Sie gleichzeitig bei der Lektüre auch Zerstreuung finden. Wenn es Themen gibt, die Sie vermissen, lassen Sie es uns wissen: redaktion@info-praxisteam.de

Viel Spaß beim Lesen wünscht Ihnen

Markus Seidl, Springer Medizin



Pflegereform

Höhere Leistungen für Pflegebedürftige und mehr Möglichkeiten zur Betreuung – das sieht das 1. Pflegestärkungsgesetz vor. Die erste Stufe der Pflegereform ist am 1. Januar 2015 in Kraft getreten. Noch in dieser Wahlperiode soll ein zweites Gesetz folgen, das die Pflegebedürftigkeit neu definieren soll. Einen Überblick über die beschlossenen Änderungen gibt ein Flyer der AOK: *Pflegereform: Was ändert sich 2015*. Er steht zum kostenlosen Download bereit unter:

www.aok-gesundheitspartner.de

Bereitschaftsdienst-Abrechnung

Zum 1. Januar 2015 sind Änderungen in der Abrechnung im ärztlichen Bereitschaftsdienst in Kraft getreten. Die GO-Nrn. für die Vergütung der Besuchsbereitschaft (GO-Nrn. 01211, 01215 01217 und 01219) werden gestrichen.

Die bisherige Notfallpauschale nach GO-Nr. 01210 wird in eine Tagespauschale (GO-Nr. 01210) und eine Nachtpauschale (neue GO-Nr. 01212) unterteilt und höher bewertet. Die abrechnenden Ärzte müssen dazu jeweils die Uhrzeit der Inanspruchnahme angeben.

Die Pauschale für den dringenden Besuch (GO-Nr. 01411) wird ebenfalls in zwei Leistungspositionen (GO-Nr. 01411 neu und GO-Nr. 01418) aufgeteilt.

Die neue GO-Nr. 01411 gilt weiterhin für den dringenden Hausbesuch zwischen 19 und 22 Uhr oder an Samstagen, Sonntagen, Feiertagen und am 24. und 31. Dezember zwischen 7 Uhr und 19 Uhr.

Aus der Ärzte Zeitung

App für die Zeit der Schwangerschaft

Die Deutschen bekommen wieder mehr Kinder: 682.069 Geburten wurden im Jahr 2013 gezählt, rund 8.500 mehr als ein Jahr zuvor. Auf das besondere Ereignis einer Geburt möchten sich Mütter umfassend vorbereiten. Die App „AOK Schwanger“ erweist sich dabei als erfolgreicher Ratgeber, 2014 wurde sie knapp 74.000 mal heruntergeladen. Damit hat rund jede neunte Schwangere in Deutschland die Anwendung auf ihrem Smartphone oder Tablet installiert.



„Wenn sich Nachwuchs ankündigt, verschafft diese App einen guten Überblick über all die vielen unterschiedlichen Dinge, an die noch zu denken ist. Das sorgt für Entlastung bei den zukünftigen Eltern und die Vorfreude auf das Kind kann noch intensiver genossen werden“, sagt Kai Kolpatzik, Präventionsexperte des AOK-Bundesverbandes.

Durch die Eingabe des voraussichtlichen Entbindungstages erhalten die werdenden Mütter wichtige Informationen und nützliche Tipps zur jeweiligen Schwangerschaftswoche. Bei der App geht es aber nicht nur um gesundheitliche Aspekte wie Ernährung, Bewegung oder Medikation in der Schwangerschaft. Sie klärt auch über rechtliche Fragen, wie Kündigungsschutz oder Elternzeit auf. Darüber hinaus stehen den Nutzerinnen Checklisten zur Verfügung. Mithilfe eines „Mutterpass-Übersetzers“ werden medizinische Begriffe laienverständlich gemacht, so dass sich die künftigen Eltern gut auf den nächsten Gynäkologetermin vorbereiten können. Die App gibt es für die Betriebssysteme iOS und Android. Interessenten können sich diese in den jeweiligen App-Stores kostenlos runterladen.

Neues AOK-Portal für Zuwanderer

Die AOK bietet jetzt speziell für Zuwanderer eine neue Informationsplattform an. Auf www.healthinsurance-germany.com wird in insgesamt sieben Sprachen unter anderem das deutsche Gesundheitswesen erklärt. Menschen aus aller Welt können sich auf der Internetseite beispielsweise über die wichtigsten Akteure im Gesundheitswesen und die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung informieren.

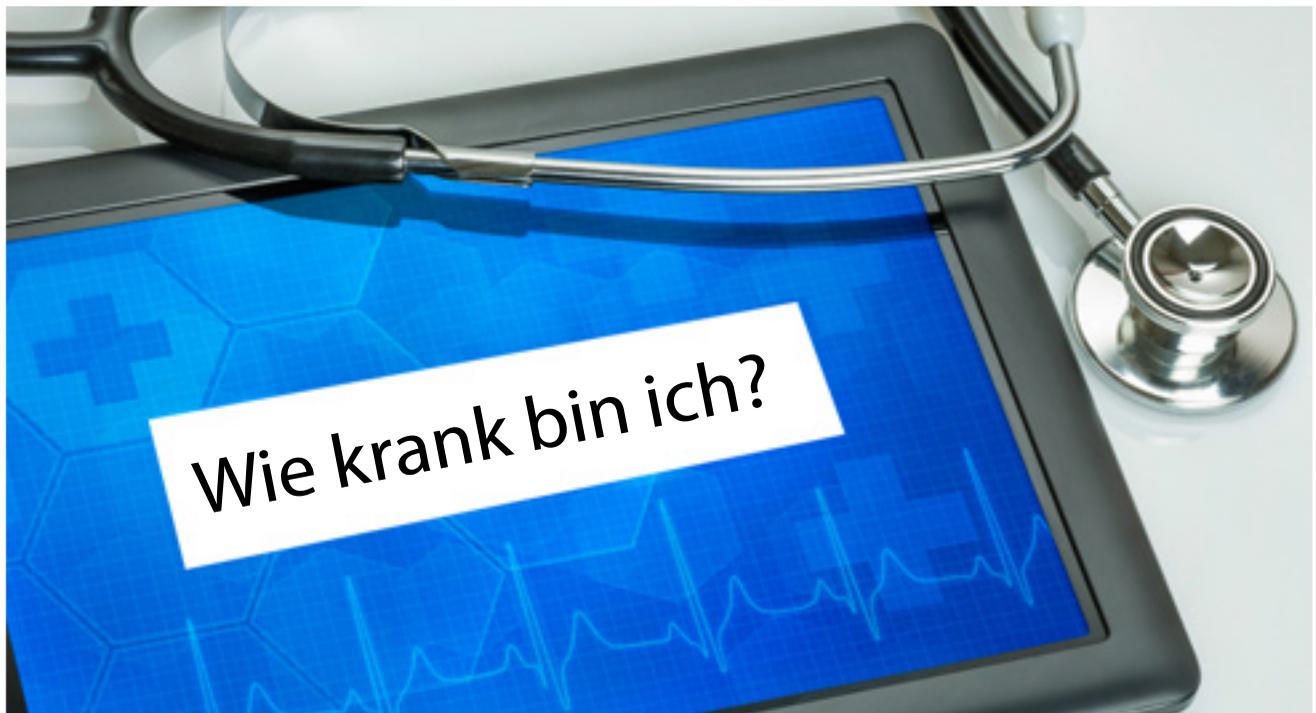
Das neue Angebot soll den Zuwanderern den Einstieg ins neue Leben erleichtern. Neben den gesundheitsspezifischen Informationen werden den Zuwanderern daher auch allgemeine Hinweise zur Verfügung gestellt. Sie können beispielsweise den Flyer „Willkommen in Deutschland“ herunterladen, der deutsche Traditionen wie Kar-



neval oder das Oktoberfest vorstellt. Die Broschüre erklärt zudem die Grundzüge des politischen Systems und des Schulsystems und gibt einen kurzen Überblick über die wichtigsten Steuern.

Das Internetportal bietet Informationen auf Englisch, Türkisch, Russisch, Polnisch, Italienisch, Spanisch und Rumänisch.

www.healthinsurance-germany.com



Serie Patiententypen

Dr. Google im Anmarsch

An der Rezeption und beim Arzt werden alle Patienten gleich behandelt – auch wenn das nicht immer leicht fällt. Unsere Serie Patiententypen gibt Tipps für den Umgang mit besonderen Zeitgenossen. Den Anfang macht der superinformierte Patient, der sich bei Dr. Google schlau gemacht hat.

Da Gesundheit für viele Menschen das wichtigste Gut ist, scheint es mehr als selbstverständlich, dass sich Patienten auch außerhalb der Praxis ausgiebig zu gesundheitlichen Themen informieren. Während das früher die Überlieferungen der Großeltern waren („heiße Milch mit Honig löst den Schleim“) und danach die gedruckten Ratgeber (Kursbuch Gesundheit), ist seit ein paar Jahren das Internet Informationsquelle Nummer eins. Manche Ärzte sprechen vom Kollegen Dr. Google.

Nach einer repräsentativen Studie des Meinungsforschungsinstituts SKOPOS nutzen 74 Prozent der deutschen Bevölkerung das Internet bei Gesundheitsfragen (Daten von Ende 2012). Schaut man sich konkrete Websites an, wird Wikipedia mit 55 Prozent bei Gesundheitsfra-

gen am häufigsten genutzt, gefolgt von den Seiten der Krankenkassen (51 Prozent).

Der mit Abstand häufigste Weg zu einer Information im Internet führt aber auch bei Gesundheitsinformationen über Google. Welche Treffer dabei präsentiert werden, können Sie einfach selbst ausprobieren. Gibt man zum Beispiel Hepatitis C ein, so tauchen unter den ersten zehn deutschsprachigen Inhalten Portalseiten wie Wikipedia, Netdoktor oder das Robert Koch-Institut auf, aber auch schon zwei Pharmaseiten.

Dass sich Patienten informieren, ist zunächst einmal sehr positiv – zeigt es doch ein starkes Interesse an der eigenen Gesundheit. Vor allem für Patienten mit seltenen Erkrankungen hat das Internet vieles einfacher gemacht, zum Beispiel

andere Betroffene zu finden und sich mit diesen auszutauschen. Auch kann man sich rund um die Uhr informieren – selbst nachts, wenn man Schmerzen hat und nicht schlafen kann.

Schwieriger machen kann das Netz den Umgang mit bestimmten Patienten. Aber auch das lässt sich in den Griff bekommen, wenn man die verschiedenen Informationstypen berücksichtigt.

Der Schweiger

Typ 1 informiert sich zwar im Internet, redet darüber aber nicht in der Praxis, um

Webtipps
www.gesundheitsinformation.de
Seiten des IQWiG mit evidenzbasierten Patienteninformationen
www.patienten-information.de
Portal von Bundesärztekammer und KBV
www.aok.de/gesundheit
Gesundheitsinformationen der AOK

die Autorität des Arztes nicht infrage zu stellen. Umgekehrt wissen Ärzte, dass sich viele ihrer Patienten im Internet informieren, sprechen sie aber ebenfalls nicht darauf an. Diese Mischung aus Erwartungen, Vertrauen und Misstrauen kann schnell zu einer schwierigen Kommunikationssituation führen. Schwierig wird es dann vor allem, wenn vom Patienten gefundene Infos nicht mit der Erklärung und Empfehlung des Arztes übereinstimmen.

Wenn der Arzt das Gefühl hat, hier gibt es eine andere Erwartungshaltung, sollte er versuchen, auf die Bedürfnisse des Patienten einzugehen. Dazu ist es durchaus hilfreich einmal nachzufragen, ob sich der Patient im Internet informiert hat. Oft sind es vor allem das fehlende Berücksichtigen von Vorerkrankungen oder Dauermedikationen, die im Internet einfach unterschlagen werden.

Dass dieses Vorgehen positive Auswirkungen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis haben kann, zeigt eine Studie der Bertelsmann-Stiftung. Demnach besorgen sich 63 Prozent der Patienten vor einem Arztbesuch noch Informationen zu ihren Beschwerden, 45 Prozent bringen diese Informationen auch in das Arztgespräch ein und zwei Drittel haben dann das Gefühl, dass ihr Arzt das positiv aufgenommen hat.

Der Besserwisser

Typ 2 trumpft mit seinem Wissen gerne auf. Er gilt als Besserwisser und ist in der Regel ein unsicherer Typ, der sich gerne hinter seinem Wissen oder Pseudowissen versteckt. Es geht ihm auch nicht um eine sachliche Problemlösung, sondern um Anerkennung. Ungeachtet der Richtigkeit der Information nutzen Besserwisser ihren vermeintlichen Informationsvorsprung oft als Ausdruck ihrer Kompetenz. Und betrachten Kritik an der Sachinformation sofort auch als persönliche Kritik. Das macht den Umgang mit dem Besserwisser zu einem Drahtseilakt. Auf der einen Seite ist es wichtig, den Patienten mit seinem Problem ernst zu nehmen, ihm auch zu zeigen, dass Eigenengagement durchaus wichtig ist und in der Praxis geschätzt wird. Auf der anderen Seite



Neben www.gesundheitsinformation.de bieten auch die Krankenkassen zuverlässige Informationen.

muss er verstehen, dass die medizinische Kompetenz beim Arzt und beim Praxisteam und nicht im Internet liegt.

Besserwisser sind wenig kritikfähig – deshalb sollten Sie im Gespräch selbst groben Unfug nicht gleich Unfug nennen, sondern eher versuchen, durch geschicktes Fragen Sachlichkeit in die Diskussion zu bringen. Wiederholen Sie dazu seine Aussagen. „Sie sagen ... – habe ich Sie da richtig verstanden?“ ist eine Rückmeldung, die dem Besserwisser persönliche Anerkennung gibt. Ein vorsichtiges Umformulieren des Sachverhalts in Ihrem Sinn hilft dabei. Im nächsten Satz bringen Sie dann ein neues Argument ein: „Ich weiß aber von unserer letzten Fortbildung ...“

Und wenn alle Stricke reißen? Eine Unterhaltung, die mit: „Ich habe aber gelesen“ anfängt, hat selten ein Happy-End: „Dann zeige ich es Ihnen schwarz auf weiß – hier ist der Ausdruck.“ Diskussionen dieser Art sollten Sie besser Ihrem Arzt überlassen. Wenn sich der Patient aber nur ungenau an die Details erinnern kann, sollten Sie ihn ruhig auffordern, seine Informationen doch beim nächsten Mal mitzubringen.

Der Cyberchonder

Die Suche im Internet birgt auch die Gefahr, dass sich die gesundheitlichen Sorgen des Patienten verstärken – unser

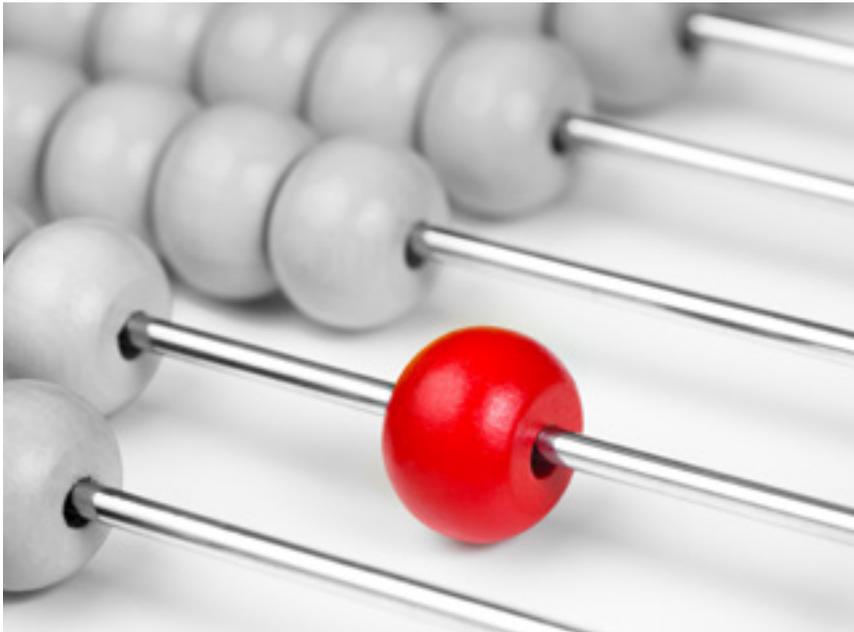
Typ 3. Das Phänomen wird manchmal als Cyberchondrie (abgeleitet von Hypochondrie) bezeichnet und definiert sich als eine unbegründete Angst vor ernsthaften Krankheiten.

Der Anteil gesundheitsängstlicher Personen scheint einer Studie zufolge, die im British Journal of Health Psychology veröffentlicht wurde, unter den Nutzern gesundheitsbezogener Online-Angebote höher zu liegen als in der Allgemeinbevölkerung. Die als hypochondrisch klassifizierten Nutzer suchen dabei signifikant häufiger im Internet nach eigenen akuten und chronischen Symptomen und Beschwerden anderer (zum Beispiel von Familienangehörigen) als nicht hypochondrische Nutzer.

Bei gesundheitsängstlichen Patienten wird der Arzt mehr Zeit auf die Ängste der Patienten verwenden müssen. Sie als Praxis-team können das unterstützen, indem Sie Patienten helfen, qualitativ hochwertige Inhalte im Internet zu finden. Entscheidend für die Nutzbarkeit der Informationen ist ihre Qualität und die Verständlichkeit (siehe Webtipps). Während der Patient die Lesbarkeit der Texte noch ganz gut selbst beurteilen kann, wird es bei der inhaltlichen Qualität schwierig. Was ist wirklich wissenschaftlich abgesichert und was interpretiert ein Hersteller nur in Studiendaten hinein? Denn dazu sagt Google natürlich nichts.

Gute Beispiele

Wie es besser gehen kann, zeigt zum Beispiel die Patienten-Website des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen unter der Internetadresse www.gesundheitsinformation.de. Hier stehen nur geprüfte medizinische Informationen, die durch Studien belegt sind. Das Portal von Bundesärztekammer und KBV unter www.patienten-information.de ist dagegen eine Art Linkliste, die bei der Orientierung im Netz hilft. Sie verweist auf andere Seiten im Internet, die von Fachleuten betrachtet und bewertet worden sind. Weitere hochwertige Angebote finden Sie bei den Krankenkassen wie der AOK.



Krebsfrüherkennungsuntersuchungen

Rechenspiele

Soll ich oder soll ich nicht? Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (KFU) werden auch in Fachkreisen mitunter kontrovers diskutiert. Wir stellen die wichtigsten KFU vor und geben Tipps für Entscheidungshilfen.

Das frühzeitige Erkennen einer Krebserkrankung verbessert bei vielen Tumorarten die Erfolgsaussichten. Man geht dabei davon aus, dass sich kleine und örtlich begrenzte Tumoren besser behandeln lassen als große oder metastasierende Tumoren.

Im Gegensatz zu anderen diagnostischen Maßnahmen richtet sich Krebsfrüherkennung an eine bislang gesunde Zielgruppe. Nur wenige Menschen aus dieser Gruppe werden eine klinisch manifeste Krebserkrankung entwickeln und noch weniger daran sterben. Deshalb können auch nur wenige Menschen von der Maßnahme profitieren. Demgegenüber sind alle Untersuchten möglichen Risiken der Untersuchung ausgesetzt.

Zudem hängt die Qualität einer Früherkennungsuntersuchung nicht nur davon ab, dass sie zuverlässig ein frühes Krebsstadium oder Krebsvorstufen nachweist, diese frühe Diagnose muss Betroffenen

auch einen messbaren Vorteil bringen: Sie müssen dank früher Behandlung länger und besser leben können als bei einer Diagnose in einem späteren Stadium. Deshalb sind an gute KFU hohe Anforderungen zu stellen, deren Erfüllung vor Aufnahme in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkassen vom GBA geprüft wird. Die gesetzlichen Krankenkassen tragen die Kosten für folgende KFU (siehe auch Kasten S. 7).

Gebärmutterhalskrebs

Kern der Früherkennungsuntersuchung zum Gebärmutterhalskrebs ist der sogenannte Pap-Test. Der Name geht auf den Frauenarzt Papanicolaou zurück, der den Test erfunden hat. Als der Test in Deutschland eingeführt wurde, starben noch etwa doppelt so viele Frauen an dieser Tumorart wie heute. Beim Pap-Test werden vom Muttermund und dem Gebärmutterhals Zellen abgestrichen und anschließend in einem Labor unter

dem Mikroskop untersucht. Es dauert also einige Tage, bis der Befund vorliegt.

Brustkrebs

Für Frauen ab 30 Jahren gibt es die Möglichkeit einer Brustkrebsfrüherkennungsuntersuchung beim Gynäkologen. Sie wird häufig parallel mit der KFU auf Gebärmutterhalskrebs durchgeführt. Dabei tastet der Gynäkologe oder die Gynäkologin beide Brüste und die Achselhöhlen nach verdächtigen Knoten ab. Für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren gibt es darüber hinaus das Angebot eines Mammografiescreenings, einer Röntgenuntersuchung der Brust. Sie ermöglicht die Entdeckung von sehr frühen, noch nicht tastbaren Formen von Brustkrebs.

Zum Mammografiescreening gibt es eine ganze Reihe von Studien mit unterschiedlicher Qualität und teilweise widersprüchlichen Ergebnissen. Das Nordische Cochrane-Zentrum stellte 2013 in einer Metaanalyse fest, dass Tod durch Brustkrebs bei einer Frau vermieden werden kann, wenn 2.000 Frauen im Verlauf von zehn Jahren regelmäßig zum Screening eingeladen werden. Gleichzeitig werden zehn Frauen unnötig wegen Brustkrebs behandelt und bei über 200 Frauen wird ein falscher Alarm ausgelöst.

Allerdings wurden in dieser Metaanalyse schon Frauen ab 39 Jahren untersucht. Bessere Ergebnisse hinsichtlich der Zahl der durch das Screening vermiedenen Brustkrebs-Todesfälle zeigten andere Metaanalysen, die Frauen ab 50 Jahren untersuchten. Damit alle anspruchsberechtigten Frauen eine evidenzbasierte Entscheidung über die Screeningteilnahme treffen können, hat der GBA das IQWiG 2014 beauftragt, die Inhalte des Merkblatts zum Mammografiescreening an den aktuellen medizinischen Kenntnisstand anzupassen.

Prostatakrebs

Die Inspektion und Tastuntersuchung des äußeren Genitals und der regionalen Lymphknoten sowie die Tastuntersuchung der Prostata durch den End-

Vor- und Nachteile auf einen Blick

Patienten sollten mit den Vor- und Nachteilen der Untersuchungen vertraut sein und dann persönlich entscheiden. Die wichtigsten Vor- und Nachteile.

Nachteile

- Ein auffälliger Befund, der sich später als unbegründet herausstellt, beunruhigt. Zudem können die zur Befundabklärung veranlassten Untersuchungen ihrerseits Risiken haben.
- Wird ein bösartiger Tumor gefunden, der nicht mehr heilbar ist, kann durch die Behandlung die Lebensqualität sinken, ohne dass sich die Lebenszeit verlängert.

- Es können Tumore gefunden und behandelt werden, die dem Patienten niemals Probleme bereitet hätten. Außerdem können durch Nebenwirkungen der Tumorthera- pie andere Organfunktionen gestört werden.

Vorteile

- Wird ein bösartiger Tumor frühzeitig entdeckt, kann er häufig schonender behandelt werden. Zum Beispiel kann bei Brustkrebs die Brust erhalten oder auf eine Che- motherapie verzichtet werden.
- Die Heilungschancen sind meist höher, wenn Tumore in einem frü- hen Stadium gefunden werden.

darm gehören zum Leistungskatalog der GKV für Männer ab 45 Jahren. Der sogenannte PSA-Test auf ein prostata- spezifisches Antigen gehört dagegen nicht zum GKV-Leistungskatalog. Die Studienlage zum Nutzen dieses Tests ist widersprüchlich und ein Einfluss des Tests auf die Gesamtüberlebenszeit ist nicht nachgewiesen. Falsch-positive Testergebnisse ziehen unnötige Abklä- rungsuntersuchungen nach sich und durch das Screening werden zahlreiche Karzinome entdeckt und behandelt, die keiner Behandlung bedurft hätten.

Hautkrebs

Seit 2008 gehört die Früherkennungs- untersuchung auf Hautkrebs zum Leis-

tungskatalog der gesetzlichen Kranken- kassen. GKV-Versicherte können diese Untersuchung ab dem Alter von 35 Jah- ren alle zwei Jahre beim Hausarzt oder bei einem Dermatologen durchführen lassen.

Darmkrebs

Die Koloskopie gilt nicht nur als KFU, son- dern auch als Krebsvorsorge, weil hier im Rahmen der Untersuchung Vorstufen von Krebs abgetragen werden können. Da Tumore im Darm oft bluten, wird auch ein Test auf nicht sichtbares (okkultes) Blut im Stuhl zur Darmkrebs-Früherken- nung eingesetzt

Fundierte Entscheidung

Da Nutzen von KFU immer auch Risiken gegenüberstehen, kann die Entschei- dung darüber nur vor dem Hintergrund persönlicher Wertvorstellungen erfol- gen. Um eine solche Entscheidung bewusst und kompetent treffen zu kön- nen, sind wissenschaftlich fundierte Informationen unerlässlich, die Fakten vermitteln, ohne zu werten.

Nach einer Studie der Bertelsmann-Stif- tung fühlten sich aber nur 46 Prozent der Befragten bei ihrer letzten Krebs- früherkennung so über Nutzen und Risi- ken aufgeklärt, dass sie sich eine eigene Vorstellung hätten machen können.

Früherkennung in der GKV

Für Frauen

Gebärmutterhalskrebs – ab 20 einmal jährlich Untersuchung des äußeren und inneren Genitales und Abstrichun- tersuchung von Gebärmuttermund und Gebärmutterhals

Brustkrebs – ab 30 einmal jährlich Abtastung der Brüste und der Achsel- höhlen, Anleitung zur Brustselbstun- tersuchung; ab 50 bis zum Ende des 70. Lebensjahres alle zwei Jahre Einla- dung zur Mammografie

Für Männer

Prostatakrebs – ab 45 einmal jährlich Abtastung der Prostata vom Enddarm aus, Untersuchung des äußeren Ge- nitales und Abtastung der Lymphknoten in der Leiste

Für Frauen und Männer

Hautkrebs – ab 35 alle zwei Jahre gezielte Befragung nach Hautverände- rungen und Inspektion des gesamten Körpers einschließlich des behaarten Kopfes

Dickdarmkrebs – ab 50 bis zum voll- endeten 55. Lebensjahr einmal jäh- rlich Test auf verborgenes (okkultes) Blut im Stuhl. Ab 55 zwei Dickdarm- spiegelungen im Abstand von min- destens zehn Jahren (wobei jede Koloskopie ab 65 als zweite Kolosko- pie zählt) oder anstelle der Koloskopie ab 55 Test auf okkultes Blut alle zwei Jahre

Nur ein Drittel der Befragten wusste, dass Krebsfrüherkennungsuntersu- chungen auch Risiken haben können. Damit die Menschen eine fundierte Ent- scheidung über die KFU-Teilnahme tref- fen können, benötigen sie nach Ansicht der Studienautoren wissenschaftlich fundierte, leicht verständliche Infor- mationsmaterialien. Deshalb sollen künftig den Einladungen der Versicherten zu den organisierten Früherkennungspro- grammen für Darm- und Gebärmutter- halskrebs entsprechende evidenzba- sierte Versicherteninformationen bei- gelegt werden.



Frauen zwischen 50 und 69 Jahren werden zum Mammografiescreening eingeladen.



Künstliche Ernährung

Leben am Tropf?

In vielen medizinischen Situationen kann eine künstliche Ernährung in Betracht kommen, gemeinsamer Nenner ist eine problematische Ernährungssituation. Künstliche Ernährung kann helfen, wird von den Patienten aber oft als „Leben am Tropf“ empfunden. Deshalb gilt es, Für und Wider genau abzuwägen. Wir liefern die Hintergründe.

Normales Schlucken fühlt sich einfach an, ist aber ein komplexer Prozess. Denn an jedem Schluckvorgang sind 26 Muskelpaare beteiligt, er dauert zwischen einer und 10 Sekunden, bei älteren Menschen auch etwas länger. Man kann den Schluckvorgang in verschiedene Phasen unterteilen, in denen die Nahrung vom Mund über den Hals in den Magen transportiert wird. Bei jedem einzelnen dieser Schritte kann es aufgrund einer Erkrankung Probleme geben – welche genau steht in der Tabelle auf Seite 9.

Gibt es Probleme beim Schlucken von fester und flüssiger Nahrung, dann essen und trinken die Betroffenen durch ihre Schluckbeschwerden oft zu wenig. Die

möglichen Folgen sind vielfältig. Die Betroffenen leiden unter einer Mangelernährung und es kommt zu Gewichtsverlust, Einschränkung der Alltagsfähigkeit, Sturzgefährdung und erhöhter Infektionsanfälligkeit.

Dann stellt sich oft die Frage: Soll der Unterernährung mit einer künstlichen Ernährung entgegengewirkt werden? Verbessert sich dadurch die Situation des Patienten bzw. Pflegebedürftigen wirklich oder verlängert sich nur unnötiges Leiden? Welche Aspekte sind abzuwägen? Was weiß oder vermutet man über den Willen des Betroffenen? Oft sind die Betreuer – der Hausarzt und sein Praxisteam, Altenpfleger oder Angehörige – an der Entscheidung beteiligt.

Um ein Ernährungsproblem rechtzeitig zu erkennen, können Angehörige oder Betreuer ein Ernährungstagebuch über Art und Menge der verzehrten Nahrungsmittel führen. Wichtig ist es dabei auch, eventuelle Lieblings Speisen zu notieren. Zusammen mit den Veränderungen des Gewichts kann so das Risiko für die Entwicklung einer Mangelernährung bestimmt werden. Das ermöglicht gezielte Schritte zur Verhinderung.

Je mehr Betreuer über die Lebensgeschichte eines Menschen wissen, desto eher können sie mithelfen, die Ernährungssituation stabil zu halten. Positiv auswirken können sich vor allem Mahlzeiten, die sich an den individuellen Vorlieben orientieren, sowie eine überschaubare und familiäre Atmosphäre während des Essens.

Das Problem in Angriff nehmen

Manchmal ist es dennoch notwendig, einen Menschen über einen gewissen Zeitraum künstlich zu ernähren. Zur Verabreichung solcher Infusionen sind in der Regel spezielle Zugänge / Katheter notwendig. Eine solche Vollernährung kann über die künstliche Ernährung mithilfe einer Sonde über die Nase oder die Bauchdecke, also perkutan, erfolgen (siehe Abbildung S. 9).

Sonden, die über die Nase in den Magen gelegt werden, empfinden die Patienten oft als störend, sie eignen sich daher in erster Linie für eine kurzfristige Anwendung. Für eine längerfristige künstliche Ernährung wird eine sogenannte perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) vorgenommen.

Bei der Anlage selbst handelt es sich um einen medizinischen Eingriff. Diesem muss der Patient oder gegebenenfalls sein gesetzlicher Vertreter zustimmen,

Webtipps
Materialsammlung zur Behandlung von Demenz-Patienten
www.nahrungsverweigerung.de
Entscheidungshilfe der AOK zur künstlichen Ernährung
www.aok.de/entscheidungshilfen



Ernährungssonde über die Nase (vorübergehend, links) und PEG-Ernährungssonde (rechts).

nachdem er vom behandelnden Arzt über mögliche Folgen aufgeklärt wurde. Die flüssige Nahrung ist so aufbereitet, dass sie vom Darm gut verwertet werden kann und wird dann durch einen Schlauch in den Magen geleitet. Man unterscheidet zwei Darreichungsformen:

- > **Kontinuierliche Gabe:** Die Nahrung wird über viele Stunden (etwa 16 Stunden pro Tag) mithilfe der Schwerkraft oder einer Pumpe verabreicht. Dieses Verfahren vermindert die Aspirationsgefahr, schränkt aber die Bewegungsfähigkeit ein.
- > **Bolusgabe:** Hierbei wird die Nahrung portionsweise zu den normalen Essenszeiten gegeben. Diese Form entspricht dem natürlichen Rhythmus, setzt aber eine normale Magen-Darm-Funktion voraus.

Welche Form der Gabe gewählt wird, muss im Einzelfall entschieden werden. In beiden Fällen ist eine Hochlagerung des Oberkörpers von mindestens 30 Grad unbedingt notwendig, damit Nahrung nicht in die Luftröhre gelangt. Generell

sollten die Patienten auch bei künstlicher Ernährung so viel wie möglich über den Mund essen.

Damit die Sonde lange funktionstüchtig bleibt, muss regelmäßig überprüft werden, ob sie dicht ist, nicht verstopft und ob die flüssige Nahrung korrekt einläuft. Die häufigste Ursache für eine Verstopfung der Sonde sind Medikamentenreste, die die Sonde von innen verkleben. Medikamente sollten daher grundsätzlich einzeln gegeben und mit etwas Wasser nachgespült werden.

Die Einstichstelle in der Bauchdecke sollte mehrmals pro Woche gesäubert und der Hautzustand überprüft werden. Die Ernährungssonde hält bei korrekter Bedienung und Pflege einige Jahre. Eine Sonde kann auch wieder entfernt werden, wenn der Patient wieder ausreichend essen und trinken kann oder nicht, wie erhofft, von der Sonde profitiert. Übersteigt der Schaden den möglichen Nutzen oder entspricht die Maßnahme nicht mehr dem mutmaßlichen Willen, sollte die Sonde wieder entfernt werden.

Frühzeitig ansprechen

Dr. Ursula Becker ist niedergelassene Allgemeinärztin. Sie beschäftigt sich intensiv mit Palliativmedizin in der Altenpflege.



Frau Doktor Becker, bei welchen Patienten ist eine Ernährungssonde Ihrer Meinung nach sinnvoll?

Immer dann, wenn eine vorübergehende Einschränkung in der Nahrungsaufnahme zu überbrücken ist, z. B. bei Schluckstörungen nach einem Schlaganfall. Auch bei Parkinsonerkrankungen kann es Situationen geben, in denen eine Ernährungssonde sinnvoll ist, um z.B. die Medikamentengabe sicherzustellen und dadurch wieder eine Besserung der Symptomatik zu erreichen. Bei Menschen mit Demenz ist eine Sonde eher selten sinnvoll.

Wie sieht es in der Praxis aus: Wird die PEG eher zu häufig eingesetzt – oder umgekehrt eher zu selten?

Früher wurde die PEG wohl eher zu häufig eingesetzt, aber dieser Trend scheint deutlich rückläufig zu sein. Auf der anderen Seite gibt es große Angst vor künstlicher Ernährung, die mit unnötiger Lebensverlängerung gleichgesetzt wird. Dass die PEG auch sehr sinnvoll sein kann, wird dann übersehen.

Oft müssen Angehörige die Entscheidung treffen – wie können Arzt und Praxisteam sie unterstützen?

Wenn irgend möglich, sollte diese Frage frühzeitig angesprochen werden. Entscheidungen unter Zeitdruck sind nie gut! Egal wie die Entscheidung ausfällt, gerade Arzt und Praxisteam bleiben Ansprechpartner und es ist wichtig, dass die Angehörigen spüren, dass sie in ihrer Entscheidung gestützt werden. Meistens gibt es kein „sinnvoll“ oder „nicht sinnvoll“, sondern nur ein „eher ja“ oder ein „eher nein“.

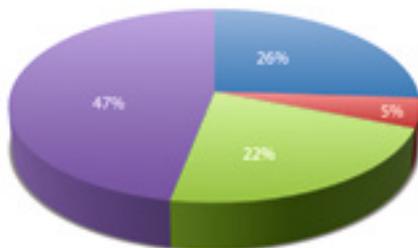
Erkrankung	Folge
Neurologische Erkrankungen , z. B. Schlaganfall, Multiple Sklerose, Parkinson, Amyotrophe Lateralsklerose (ALS)	Schluckstörungen durch die Funktionsbeeinträchtigung von Muskeln und Nerven. Dies kann eine Aspiration (Speichel oder Nahrungsbestandteile gelangen in die Luftröhre oder Lunge) zur Folge haben.
Tumore im Mund-, Rachen- oder Speiseröhrenbereich	mechanische Behinderung des Speisewegs
Demenz	Kau- und Schluckstörungen Vergessen von Hunger und Durst Konzentrationsstörungen Unfähigkeit, Dinge zu Ende zu führen
Depression	Fehlender Appetit

Grunderkrankungen, die zu Ernährungsproblemen führen können

Jede dritte MFA ohne Essenspause

In der Ausgabe 6/2014 von info praxisteam hatten wir Ihnen Fragen zu Ihrem Ernährungsverhalten gestellt. Uns interessierte die Frage: „Ernähren sich Praxisteams besser als ihre Patienten?“ Und ehrlich gesagt müssten wir antworten: Es kommt darauf an... Etwa drei Viertel der Befragten verzehrt nach eigenen Angaben täglich ausreichend Obst und Gemüse und trinkt auch mindestens einen Liter Flüssigkeit während der Arbeitszeit. Schlechter sieht es bei den Essenszeiten aus: 31 Prozent der Befragten antworten auf „Jede MFA im Team hat eine Pause zum Essen“ mit „eher nein“ oder „auf keinen Fall“. Und immerhin 16 Prozent schaffen es selten oder gar nicht, regelmäßig eine Mahlzeit mit der Familie einzunehmen.

Jede MFA im Team hat eine Pause zum Essen.



- auf jeden Fall
- eher ja
- eher nein
- auf keinen Fall

Essenspausen sind wichtig – aber leider nicht in jeder Praxis an der Tagesordnung.

info praxisteam Newsletter

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

Unser Newsletter-Service informiert Sie per eMail über die neueste Ausgabe und zu besonderen Anlässen erscheint der Newsletter auch unabhängig vom gedruckten Heft – natürlich kostenlos und jederzeit kündbar. Machen Sie bei der Umfrage mit und kreuzen Sie einfach das Kästchen unter den Fragen auf dieser Seite an, wenn Sie den Newsletter abonnieren möchten. Sie können natürlich auch online abonnieren:

www.info-praxisteam.de



Umfrage

Wie sind Ihre Erfahrungen mit Dr. Google?

100 Euro gewinnen!

Patienten informieren sich vor einem Arztbesuch oft im Internet. Wir wollen wissen, welche Erfahrungen Sie mit diesem Thema machen. 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
Patienten bringen regelmäßig Ausdrücke von medizinischen Internetseiten mit in die Praxis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Praxisleitung bezieht das ins Patientengespräch ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei uns gibt es Cyberchonder, die über Krankheiten im Netz lesen und dann Symptome an sich entdecken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir geben Tipps zu Patienteninformationen im Netz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch die Vorabinformation im Netz steigt die Therapieure der Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich informiere mich selbst über Gesundheitsfragen im Internet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bin damit einverstanden, von Springer Medizin schriftlich oder per E-Mail Informationen zu erhalten.

Vorname, Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

E-Mail-Adresse

Unter allen Teilnehmern verlosen wir **100 Euro in bar**. Einsendeschluss ist der **15. April 2015**.

Bitte schicken Sie den Fragebogen an:

Springer Medizin, Urban & Vogel GmbH
Redaktion Info Praxisteam
Stichwort: **Leserbefragung 1/2015**
Aschauer Str. 30, 81549 München

oder schicken Sie uns ein Fax unter:

089-203043-31450

Sie können den Fragebogen natürlich auch im Internet beantworten:

www.info-praxisteam.de

Datum, Unterschrift



Fehler im Praxisalltag

Eine Probe auf Irrwegen

In der Rubrik „Fehler im Praxisalltag“ stellen wir in jedem Heft einen Fall vor. Dieses Mal geht es um einen Notfall im Altenheim, mit schlecht organisierten Zuständigkeiten und einer Probe auf Irrwegen.

Dieses Ereignis wird aus einer Hausarztpraxis berichtet:

> Was ist passiert?

Morgens ging in der Praxis ein Anruf ein, der um einen dringenden Hausbesuch im Altenheim bat. Wie in solchen Fällen im QM vereinbart, wurde der Anruf von der Rezeption zum Arzt durchgestellt. Eine Patientin, die wegen eines embolischen Insults (kleines Blutgerinnsel) bei Vorhofflimmern mit Marcumar behandelt wurde, hatte einmal kaffeefarbig erbrochen.

Da solches Erbrechen sich in anderen Fällen oft als ungefährlich herausgestellt hatte, vereinbarte der Arzt mit dem Pflegeheim, dass der Praxis eine Probe des Erbrochenen zugestellt wird, um einen Hämokulttest durchführen zu können. Nachdem die Probe nicht ankam, vermutete der Arzt die Patientin im Krankenhaus.

Am nächsten Morgen kam die für das Labor zuständige MFA zum Arzt und fragte, worauf sie das Stuhlröhrchen untersuchen lassen soll, das doch noch abgegeben worden war – allerdings erst am späten Nachmittag des Vortags.

> Was war das Ergebnis?

Der Hämokulttest war positiv. Das Pflegeheim hatte aber nach nochmaligem Erbrechen direkt den Rettungsdienst alarmiert und die Patientin konnte am gleichen Tag noch stationär versorgt werden. Das Pflegeheim hatte sich wegen der offiziellen Öffnungszeiten auf dem Praxisschild (bis 11.30 Uhr und ab 16.00) erst nachmittags an die Praxis gewandt.

> Welche Faktoren trugen zu diesem Fehler bei?

Hier handelt es sich um ein Kommunikationsproblem, das durch einen optimierten Organisationsablauf behoben werden sollte. Dazu sind auch Ausbildung und Training erforderlich.

> Wie hätte das Ereignis verhindert werden können?

Bei diesem Kommunikationsfehler, bedingt durch wenig standardisierte Abläufe, wäre an verschiedenen Stellen ein Eingreifen möglich gewesen:

1. Der Arzt hätte bei Ausbleiben der Probe direkt nachfragen müssen.
2. Die MFA an der Rezeption hätten die To-do Liste, die nachmittags abgearbeitet wird, entsprechend ergänzen müssen. So wussten die Nachmittagskräfte nichts von dem Fall.
3. Es sollte deutlicher unterschieden werden, was dringlich ist und was nicht. Klare Regeln für solche Notfälle sorgen für mehr Sicherheit.

> Wie häufig tritt dieser Fehler ungefähr auf?

Ein solcher Fehler trat erstmalig auf.

> Kommentare von Nutzern:

1. Bei uns in der Praxis hat es sich bewährt, ungelöste Fälle als Karte in rote, gelbe, grüne oder blaue Sichertüllen zu packen, und zu einem Stapel „nach der Sprechstunde erledigen“ zusammenzufassen. Wir nutzen dazu die folgenden Farbcodes:
gelb = Rückruf durch den Arzt, sobald freie Zeit verfügbar
grün = in dieser Woche zu klären

rot = dringender Notfall (wie hier beschrieben), heute unbedingt klären. Das funktioniert bei uns gut. Die Sichtschutzhüllen (solche mit genarbter Oberfläche sind besonders gut haltbar) werden auf DIN A5 zugeschnitten. Dort legen wir eine Karteikarte hinein, ein Laufblatt, einen Notizzettel oder was auch immer.

2. In solchen Fällen mache ich eine 3er-Telefonkonferenz mit dem Anrufer aus dem Altenheim und der Rettungsleitstelle und vereinbare einen Krankentransport in die Notaufnahme. Denn eine Therapie mit Marcumar und Kaffeesatzzerbrechen sind ein hinreichender Verdacht auf eine Blutung im oberen Magen-Darm-Trakt und das heißt: ab ins Krankenhaus. Sonst muss sich die Praxis unter Umständen vorhalten lassen, die Patientin sei verstorben, als der Hämokulttest noch in Arbeit war.

Tatjana Blazejewski ■

Fehler melden

In der Medizin können Fehler fatale Folgen haben. Und Sie können mithelfen, die Wiederholung von Fehlern zu verhindern. Melden Sie dazu Fehler, die in Ihrer Praxis passiert sind, anonym im Internet an das Fehlerberichts- und Lernsystem beim Institut für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt.

Im besonderen Fokus stehen dabei auch die „Schnittstellen“, wie in dieser Ausgabe. Sie sind immer auch Lücken im Hinblick auf die Patientensicherheit. Ziel ist es, Qualität des Informationsaustauschs und der Kooperation zwischen den Beteiligten zu verbessern. **info praxisteam** veröffentlicht besonders für MFA interessante Fälle.



www.jeder-fehler-zaehlt.de



Zusammenarbeit Hausarztpraxis / Pflegedienst

Gemischtes Doppel

Bei der Betreuung von pflegebedürftigen Patienten muss das Praxisteam oft mit Pflegeheimen und Pflegediensten Hand in Hand zusammenarbeiten. Denn nur so kann die optimale Versorgung der häufig multimorbiden Patienten gewährleistet werden.

Das kennt jede MFA einer Hausarztpraxis aus ihrem Alltagsgeschäft: Multimorbide und pflegebedürftige Patienten werden am Freitagnachmittag aus dem Krankenhaus entlassen. Geht es nach Hause, stehen oft überforderte Familienangehörige an der Rezeption mit der Frage „...und wie soll es jetzt weitergehen?“ Geht der Patient dagegen in ein Pflegeheim oder wird von einem ambulanten Pflegedienst versorgt, klingelt eher mal das Telefon, weil die Mitarbeiter dringend noch ein paar Fragen mit dem Hausarzt klären wollen. Denn ost sind die Patientendaten in der Akte unvollständig, die Medikation unklar, und bei telefonischen Rückfragen im Krankenhaus findet sich dann kein kompetenter Ansprechpartner. Verschärft wird die Situation oft noch durch die Tatsache, dass der Patient nach

dem Klinikaufenthalt vorübergehend oder bleibend hilfs- oder pflegebedürftig ist, aber die Weichen für sein künftiges Leben noch nicht gestellt sind. Diese Versorgungsbrüche bei der Entlassung bergen gesundheitliche Risiken und führen zu unnötiger Belastung von Patienten und ihren Angehörigen mit hohen Folgekosten. Sie müssen gemanagt werden.

Das Schnittstellenproblem

Das Problem bei der Schnittstelle zwischen Hausarztpraxis und Pflegeheim: In einem einzigen Pflegeheim verkehren nach Angaben des bpa (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste) bis zu 40 Ärzte – und es besteht freie Arztwahl für die Patienten. Die verschiedenen Ärzte verordnen viele verschiedene Medikamente der gleichen Wirkstoffgruppe und für ein und dieselbe Indikation. Diese

müssen von Pflegekräften gerichtet und teilweise verabreicht werden. Und auch die Arztbesuche geschehen häufig unkoordiniert.

Dabei können die Optimierung der Medikamentenversorgung, vorausplanendes Krisenmanagement und eine abgestimmte Betreuung dazu beitragen, nicht geplante Krankenhauseinweisungen für die meist multimorbiden und damit komplikationsgefährdeten Patienten zu vermeiden. Die Übernahme von Patienten aus dem Krankenhaus in eine strukturierte Versorgung durch Hausarztpraxen und Pflegeeinrichtungen wirft viele Fragen auf, bei denen teilweise auch die Angehörigen einbezogen werden sollten.

Webtipps
Pflegeportal der AOK
www.aok.de/pflege
Portal zur Suche nach Pflegeheimen und Pflegediensten
www.aok-gesundheitsnavi.de/pflege

Dabei geht es nicht mehr allein nur um die Patientenversorgung im Rahmen der täglichen Sprechstunde und bei notwendigen Hausbesuchen. Die neuen Aufgaben des hausärztlichen Praxisteam heißen neudeutsch: Gatekeeping und Case-management. Damit ist vor allem eine Art „Lotsenfunktion“ für die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen gemeint. Bei der hausarztzentrierten Versorgung sind der Hausarzt und sein Team von MFAs die erste Anlaufstelle, um für den Patienten sämtliche Behandlungsschritte einzuleiten, zu koordinieren, den Patient und seine Betreuer zu „coachen“ und – in Zusammenarbeit mit professionellen ambulanten Versorgungssystemen wie Pflegediensten – für die notwendige Compliance zu sorgen. Zur wirksamen Entlastung und Unterstützung des Arztes ist dabei die Kompetenz einer erfahrenen MFA im Rezeptionsbereich oder einer entsprechend geschulten VERAH gefragt: Sie sollte in der Lage sein, als „Brückenschwester“ oder Mittlerin den kranken Menschen, seine Betreuer oder versorgenden Angehörigen klug und wachsam durch das medizinische Versorgungssystem zu lotsen.

Kommunikation ist alles

Durch einfühlsame Kommunikation und aufmerksames Beobachten wird im Idealfall zunächst der individuelle Bedarf des Patienten an medizinischer, sozialer und pflegerischer Versorgung ermittelt (Assessment). Eine sogenannte persönliche „Pflegeberatung“ mit Unterstützung der ambulanten Pflegedienste hilft, den individuellen Hilfebedarf des Patienten genau zu erfassen und zu dokumentieren.



Gemeinsame Teambesprechungen fördern zwischenmenschliche Kontakte und dienen zum Abstimmen von erforderlichen Maßnahmen.

ÜBERLEITUNGSBOGEN VOM KRANKENHAUS Fax:



Stammdaten der Patientin / des Patienten Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____ Adresse: _____ Gesetzl. Betreuer/in (Name / Tel.): _____ Konfession: ev. <input type="checkbox"/> kath. <input type="checkbox"/> Sonstige Religion: _____ Hausarzt/-ärztin (Name / Tel.): _____ Krankenversicherung: _____		Krankenhaus / Stempel Ansprechperson: _____ Telefonnr.: _____ Erreichbarkeit: _____
Stationäre Behandlung vom _____ bis zum _____ (zuletzt) auf Station: _____		
Pflegerelevante Diagnosen (auch Allergien, Infektionskrankheiten u. multiresistente Keime)		Bitte um Rücksprache Ansprechperson s.o. <input type="checkbox"/>
_____ _____		

Formulare erleichtern die Übergabe in jede Richtung. Wo keine vorgefertigten Standards existieren, sollte man bei Bedarf einfach selbst welche entwerfen.

Das Management der Versorgungsübergänge von Patienten (z. B. stationär / ambulant, Reha / ambulant oder die Einleitung pflegerischer Maßnahmen) und ihre Koordination werden im Qualitätsmanagement auch „Schnittstellen-Management“ genannt. Dabei stehen ganz praktische Dinge im Vordergrund wie die Vollständigkeit der Patientenunterlagen. Denn nur so kann ein gleicher Wissensstand aller Beteiligten über die aktuelle Situation ermöglicht werden.

Von Vorteil ist hier die gute kollegiale Zusammenarbeit mit den örtlichen Pflegediensten, die das Praxisteam unterstützen und begleiten. Klare Absprachen, wie und auf welchen Wegen man – vor allem in dringenden Fällen – unbürokratisch miteinander kommunizieren und sich zeitnah verständigen kann, sichern das Ziel aller Bemühungen: eine optimale Versorgung der pflegebedürftigen Patienten. Dazu gehören folgende Maßnahmen:

- > Gemeinsame, praxis-übergreifende Teambesprechungen und kurze „briefings“ zur Pflege der zwischenmenschlichen Kontakte und zur Abstimmung weiterführender Maßnahmen (z. B. notwendige Begutachtungen oder Einholung von Genehmigungen der Sozialleistungsträger)
- > Aktuelle Telefonlisten mit den richtigen Ansprechpartnern, Telefon- und Mobil-Rufnummern
- > Standardformulare für die Überleitung stationär/ambulant und für den Überblick aller mitversorgenden Stellen (z. B. Essen auf Rädern, ehrenamtliche

oder Berufsbetreuer, Hospizfachkraft, Versorgungsamt, sonstige Behörden)

- > eine aktuelle Sozialkartei (Adressen/ Kontakte im Versorgungssystem).

Ziel aller Bemühungen muss es sein, dass jeder Patient mit einem Pflege- und Unterstützungsbedarf von der hausärztlichen Praxis in Zusammenarbeit mit dem Pflegedienst eine kontinuierliche bedarfsgerechte Versorgung erhält.

Theresia Wölker



Die meisten Patienten in Pflegeheimen brauchen viele verschiedene Medikamente.

Ein wichtiges QM-Thema

Die Zusammenarbeit und Koordinierung der Patientenversorgung, beispielsweise mit Pflegediensten, ist nach der QM-Richtlinie (Paragraf 3) verbindlich und schriftlich im QM-Handbuch der Praxis zu regeln. Dabei geht es um:

- Strukturierung von Behandlungsabläufen sowie
- Kooperation und Management der Nahtstellen der Versorgung

Aktion: Darm-Check schon ab 50

Die Aktion „Darm-Check“ der AOK Baden-Württemberg ermöglicht eine kostenfreie Früherkennung von Darmkrebs für Versicherte schon ab dem Alter von 50 Jahren – somit fünf Jahre früher als in der Regelversorgung. Der „Darm-Check“ will noch mehr Patienten und Patientinnen zur Vorsorgeuntersuchung motivieren und Vorurteile abbauen. Besonders Männer zeigen sich scheu, wenn es um die Darmkrebsvorsorge geht. Dabei dauert die Untersuchung meist nicht mal so lange wie eine Halbzeit in einem Fußballspiel. Und sie ist der zuverlässigste Weg, Darmkrebs oder dessen Vorstufen in einem frühen, heilbaren Stadium zu entdecken und sogar zu vermeiden. Im Jahr 2013 starben rund 26.000 Menschen in Deutschland an Darmkrebs, die Krankheit ist damit bundesweit die zweithäufigste krebsbedingte Todesursache.



Mit dem 50. Geburtstag steigt das Darmkrebsrisiko deutlich an. „Um die Versorgung für unsere Versicherten noch weiter zu verbessern, haben wir das Alter für eine Vorsorge-Darmspiegelung deshalb auf 50 Jahre herabgesetzt“, betont Dr. Christopher Hermann, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg. „Die Untersuchung wird schmerzfrei und schonend durchgeführt.“

Im April werden 50-jährige Versicherte, welche in das AOK-Hausarztprogramm eingeschrieben sind, mit einem Anschreiben und Flyer über das Angebot informiert. Anlaufstelle für Patienten und Patientinnen ist ihr gewählter Hausarzt oder ein am AOK-Facharztprogramm teilnehmender Gastroenterologe, die alles Weitere in die Wege leiten. Nähere Informationen zum Hausarzt- und Facharztprogramm der AOK Baden-Württemberg gibt es unter:

www.aok-bw.de/programme

Im PLUSmobil schneller bei den Patienten

Die AOK PLUS übergab seit April 2014 bisher 45 PLUSmobile an Thüringer Hausärzte und ihre Praxisassistentinnen (VERAH). Im Rahmen des Hausarztvertrages hatten sich die Partner AOK PLUS, Thüringer Hausärzterverband und Kassenärztliche Vereinigung Thüringen aktuell darauf verständigt, dass die Hausärzte für ihre VERAHs PLUSmobile anschaffen können, in denen die VERAHs unterwegs zu ihren Patienten sind. Es handelt sich um Kleinwagen mit einem einheitlichen, wiedererkennbaren Design. Mit dieser erhöhten Flexibilität und Mobilität der VERAHs wird unter anderem die hausärztliche Versorgung in ländlichen Regionen Thüringens sichergestellt.



„Dass unser Hausarztvertrag wirkt, zeigen hohe Teilnehmerzahlen und das große Interesse der Thüringer Hausärzte. Deshalb war es für uns selbstverständlich, die VERAHs unserer Hausärzte noch flexibler, noch schneller zu machen“, sagt der Vorstandsvorsitzende der AOK PLUS, Rainer Striebel.

Und Dr. med. Ulf Zitterbart, Hausarzt und 1. Vorsitzender des Thüringer Hausärzterverbandes erklärt: „Der Thüringer Hausärzterverband begrüßt die Einführung des PLUSmobils. Der Thüringer Hausärzterverband und die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen gehen hier mit der AOK PLUS völlig neue Wege. Es muss ja nicht immer ein Arzt zu erkrankten, immobilen Menschen fahren. Oft handelt es sich um Blutentnahmen, Blutdruck- oder Blutzuckerkontrollen. Dies, ebenso wie Wundkontrollen, kann durch geschultes Assistenzpersonal in hoher Qualität durchgeführt werden.“

www.aokplus-online.de



Bewegungs-Angebote für Krebskranke

Schon seit mehr als vier Jahren bietet die AOK Rheinland/Hamburg für Versicherten mit Krebserkrankungen in Aachen und Hamburg spezielle Bewegungsprogramme an. Die speziell auf die Patienten abgestimmten Angebote werden gemeinsam mit Ärzten und Physiotherapeuten durchgeführt. Sie sollen jetzt auf weitere Städte im Rheinland und im Ruhrgebiet ausgeweitet werden. Interessenten können sich an den JaVita-Patienten-Begleitservice täglich von 8 bis 18 Uhr unter der kostenfreien Rufnummer 0 800 0 512 512 wenden. www.aok.de/rheinland-hamburg



Förderung für Ausbildung in Heilberufen



Für die Ausbildung von rund 12.000 Auszubildenden in der Krankenpflege, der Geburtshilfe und weiteren Gesundheitsberufen bringt die AOK Bayern in diesem Jahr rund 90 Millionen Euro auf. Insgesamt beträgt der bayerische Ausbildungsfonds für nichtärztliche Heilberufe mehr als 225 Millionen Euro. Allein die AOK Bayern trägt davon einen Anteil von 40 Prozent. Die gesetzlichen Krankenkassen in Bayern finanzieren zwölf verschiedene Ausbildungsgänge.

www.aok.de/bayern

Blumendekoration im Frühling



Wenn es draußen überall blüht, soll es natürlich auch zuhause schön sein – inklusive einer jahreszeitlich passenden Blumendekoration. Und dabei darf man sich ruhig vom bunten Treiben draußen in der Natur inspirieren lassen. Denn von vielen Zier- und Obstgehölzen können Sie Zweige für die Vase schneiden. Dazu gehören Apfel und Zierapfel, Birne, Blutpflaume, Forsythie, Kornelkirsche und Zwetschge, Dazu passt das frische Grün junger Blätter. Achten Sie auf den Standort: Alle Pflanzen einer solchen Deko, ob mit Wurzeln oder in der Vase, stehen am liebsten kühl und in weitem Abstand von der Heizung.

Modefarben Rosa und Mint

Auch wenn Sie dem Barbia-Alter längst entwachsen sind: der Modetrend 2015 zeigt Mut zu rosa. Mal knallig, mal in sanftem Pastell. Und wenn es unbedingt was anderes sein muss, sollten Sie zu Mint greifen, meint die Zeitschrift GoFeminin. Ansonsten sieht die Redaktion dort folgende Trends: Spaghetti-Träger, tiefe V-Ausschnitte, jumpsuits, ärmellose Jacken, Wickelröcke, kastenförmige Oberteile, Mesh und Kaftane. Sie glauben es nicht?

www.gofeminin.de → mode



Das Internet der Dinge kommt



Das Internet der Dinge wird Realität – und es wird zunehmend den Computer als eigenständiges Gerät ersetzen. Die immer kleineren, eingebetteten Computer in Fernsehern, Autos oder Heizungen sollen Menschen unterstützen, ohne abzulenken oder überhaupt aufzufallen. Schon heute werden z. B. miniaturisierte Computer, sogenannte Wearables, mit unterschiedlichen Sensoren direkt in Kleidungsstücken eingearbeitet und Autos per Internet upgedated. Und das ist erst der Anfang. Nach Schätzungen der IT-Firma Cisco sollen es bis 2020 insgesamt 50 Milliarden Geräte sein.

Frühlingsgefühle

Gerne wird dem Frühling nachgesagt, er sei die Jahreszeit der Liebe. Und auch wenn man es ganz wissenschaftlich betrachtet, ist an dieser Geschichte sicher vieles richtig.

Denn Gefühle wie Liebe sind letztendlich auch nichts anderes als „Chemie im Kopf“ und wird zu großen Teilen vom Hormonhaushalt gesteuert. Und der wiederum reagiert stark auf das vermehrte Licht im Frühling.



Chemisch betrachtet verdanken wir das verliebte Hochgefühl einem starken Anstieg des Dopamins, ein Neurotransmitter, der als „Glückshormon“ gilt. Freudestrahlend laufen Frischverliebte durch die Welt, völlig euphorisch, durch nichts zu betrüben. Ihr Serotonin verschwindet dagegen völlig, eigentlich Quelle für innere Ruhe und Ausgeglichenheit.

Mit dem Austausch von Zärtlichkeiten beginnt die Arbeit des „Verliebtheits-hormons“ Phenylethylamin. Es löst erotisches Interesse und weitere Hochgefühle aus. Jetzt pumpen Kortisol und Adrenalin durch unseren Körper. Eigentlich Stress pur. Die Knie werden weich, das Herz rast. Die Reaktionen ähneln einer Fluchtsituation. Doch in diesem Moment ist der Stress ausschließlich positiv.

Und dann? Natürlich werden auch alle anderen Phasen einer Beziehung ähnlich gesteuert – hier sind dann andere hormonelle Regelkreise beteiligt.

JETZT
zur AOK!

Warum zur AOK?

**„Weil die für mich da sind, wenn
Mama mal nicht da sein kann“**

Wir sind da, wenn's drauf ankommt. Zum Beispiel mit der Haushaltshilfe im Krankheitsfall. Nur einer von vielen Gründen, warum sich der Wechsel zur AOK für Sie lohnt.