

vernetzt + versorgt

Gesundheitsregion Lauenburg

Nr. 5/März 2018

Mangelnde Bereitschaft zum Notdienst

Dienstverpflichtung abwenden!

Diabetes Prävention: Vorstellung „Dimini“-Projekt
Recht: Was Sie beim Praxismietvertrag beachten sollten
Netzprojekte: Medikationscheck bei Polymedikation

Inhalt

3 Editorial

Aktuelles aus der Geschäftsstelle

4 Patientenzufriedenheitsbefragung 2017

6 Das „Dimini“-Projekt: So kann Typ-2-Diabetes-Prävention gelingen

7 Entlassmanagement – Kommunikation zwischen den Versorgern im PNHL

Versorgung konkret

8 Antibiotikaresistenzen: Neuer Qualitätszirkel nimmt Arbeit auf

Projekte des Netzes

10 Polymedikation – den Durchblick behalten

Kollegialer Dialog

12 Mit „Dimini“ mehr Gesundheitskompetenz für Typ-2-Diabetes-Patienten

Netzwerken in der Region

15 Vorsorgebetreuer aufgepasst!

Titelthema

16 Mangelnde Bereitschaft zum Notdienst

Veranstaltungen

20 Jährliche Mitgliederversammlung 2017 in Schwarzenbek

21 „Demenz betrifft den ganzen Menschen“

22 Multiresistente Erreger – kein unausweichliches Schicksal

23 Veranstaltungskalender 2018

Recht

24 Der Praxismietvertrag

Versicherungen & Finanzen

26 Konto für Mediziner

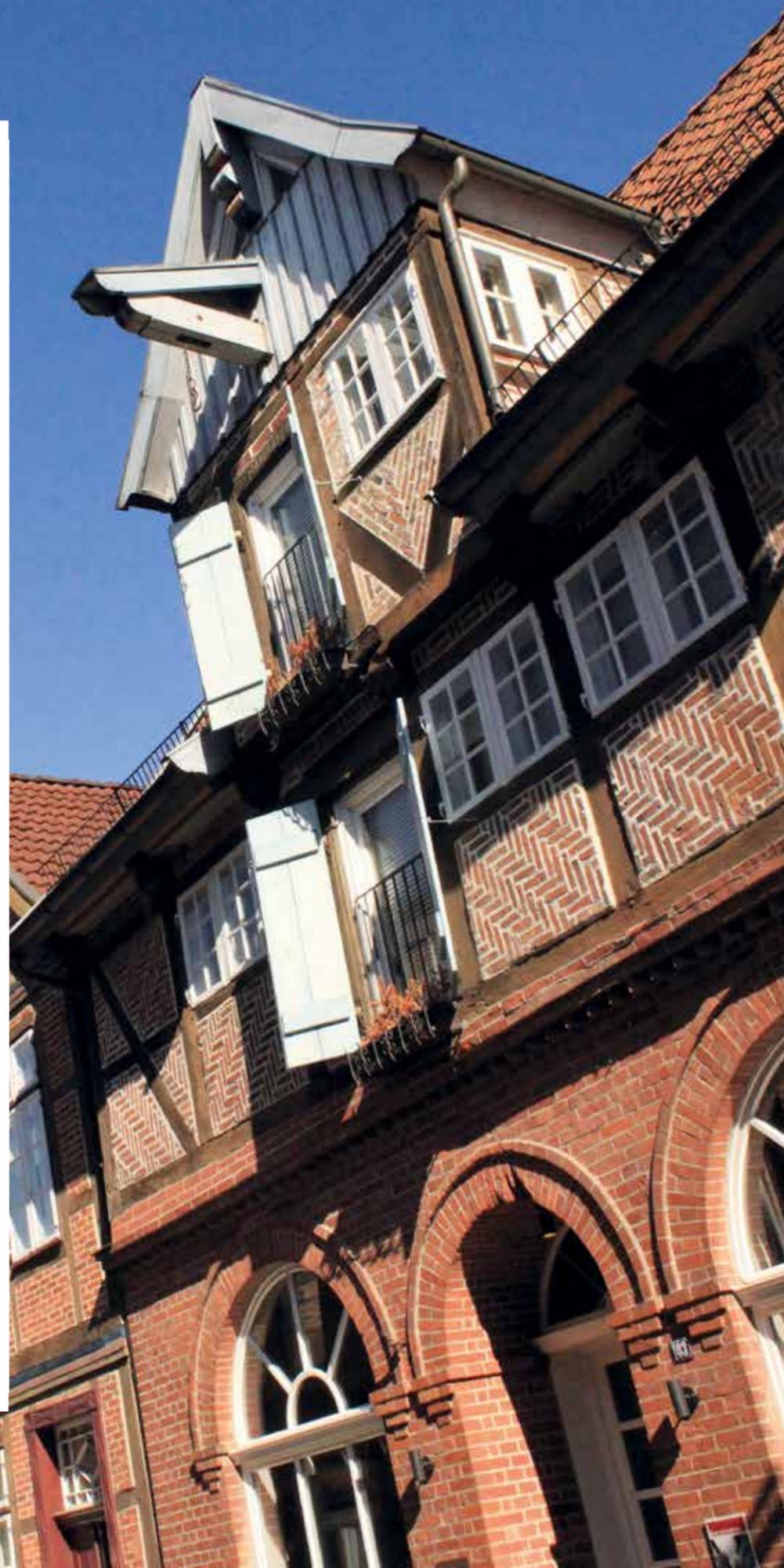
Steuern

28 Das steuerliche Arbeitszimmer

Netzmehrwert

30 Medikationscheck

31 Impressum



Liebe Netzmitglieder, liebe Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und liebe Freunde des Praxisnetzes Herzogtum Lauenburg,

an dieser Stelle möchte ich Ihnen, obgleich etwas verspätet, meine besten Wünsche für ein erfolgreiches und gesundes Jahr 2018 aussprechen. Nun haben Sie die bereits sechste Ausgabe unseres Mitgliedermagazins aufgeschlagen und ich hoffe, Sie auch in den kommenden Ausgaben als Leser begrüßen zu dürfen. Denn genug zu berichten gibt es allemal – besonders in diesem Jahr wird sich in unserem Praxisnetz viel tun, seien Sie gespannt!

Ein zentrales Thema in dieser Ausgabe ist der ärztliche Bereitschaftsdienst, welcher im Herzogtum Lauenburg durch die freiwillige Teilnahme engagierter Ärztinnen und Ärzte gesichert wird. Eine erhebliche Errungenschaft, wenn man bedenkt, dass wir als Ärzteschaft dadurch stark entlastet werden und der Druck einer ständigen Erreichbarkeit für den Patienten maßgeblich reduziert wird. An dieser Stelle möchten wir ein großes „Dankeschön“ an alle Ärztinnen und Ärzte aussprechen, die sich freiwillig im ärztlichen Bereitschaftsdienst engagieren! Dennoch zeichnet sich in den letzten Jahren ein Abwärtstrend der freiwilligen Teilnehmer ab und viele Dienste können nur schwer besetzt werden. Eine drohende Dienstverpflichtung nach § 26 MBO-Ä kann die Konsequenz sein – ab Seite 16 erfahren Sie mehr.

Besinnen wir uns auf die Kernwerte unseres Praxisnetzes und unserer Tätigkeit als Arzt, wird uns deutlich, dass das Wohl des Patienten immer an erster Stelle steht. Mit dem Diabetes-Präventionsprojekt „Dimini“ legt die KVSH viel Vertrauen in unser Netz und die Fähigkeiten unserer Hausärzte, um eine positive Lebensstilveränderung für jene Patienten zu schaffen, die ein erhöhtes Diabetesrisiko aufweisen (Seite 6 und Seite 12ff).

Polymedikation – ein oftmals fester Bestandteil im Therapiealltag, der jedoch durchaus risikobehaftet ist. Im Rahmen des netzeigenen Projektes der „Medikationschecks“ sagen wir den unerwünschten Begleiterscheinungen der Polymedikation den Kampf an! Nach dem Vorbild des „Brown-Bag-Reviews“ sollen die eingenommenen Medikamente multimorbider Patienten, mit einem Alter von über 60 Jahren, in ausgewählten Netzpraxen einem Review unterzogen werden. Eine recht einfache, aber doch wirkungsvolle Maßnahme, um ungewollte Neben- und Wechselwirkungen zu verringern. Mehr dazu auf den Seiten 10f und 30.

Ich wünsche Ihnen nun viel Spaß bei der Lektüre der sechsten Ausgabe von „vernetzt + versorgt“. Auf ein spannendes und ereignisreiches Jahr 2018!

Herzlichst Ihre

Dr. med. Sabine Altmann-Kraft

Abb. links: In Lauenburgs historischer Altstadt findet man die romantischen Fachwerkhäuser aus dem 16.- 19. Jahrhundert. In dieser Zeit entstand entlang der Elbstraße ein blühendes Geschäftsleben. Davon erzählen u. a. das „Elbschiffahrtsmuseum“ und das „Alte Kaufmannshaus“.

Patientenzufriedenheitsbefragung 2017

Seit 2016 befragen wir unsere Patienten mit Hilfe eines standardisierten Formulars zu ihrer allgemeinen Zufriedenheit mit der Arbeit unserer Mitgliedspraxen. Die Meinung und das offene Feedback sind uns wichtig, denn die Ergebnisse der Befragung stellen einen wichtigen Qualitätsindikator unserer gemeinsamen Arbeit dar.

Sie, als Leistungserbringer für Ihre Patienten und als Mitglieder unseres Netzes, arbeiten täglich an der Verbesserung der medizinischen Versorgung in unserem Landkreis. Sie machen Ihre Arbeit gut und behandeln Ihre Patienten gewissenhaft, was sich durch den Vergleich der Ergebnisse der bisher durchgeführten Patientenbefragungen verdeutlicht. So konnte sich beispielsweise der allgemeine Gesamteindruck unserer Patienten von den Mitgliedspraxen, von 1,4 im Jahr 2016 auf 1,37 im Jahr 2017 verbessern.

Im Rahmen der insgesamt zweiten Patientenbefragung in 2017 wurden über 500 Patientinnen und Patienten erneut zur Zufriedenheit befragt. Folgende Themenbereiche spielten eine Rolle:

- Qualität der Behandlung
- Medikation
- Service
- Kommunikation & Mitbestimmung
- Vertrauen
- Allgemeine Zufriedenheit & Gesamteindruck

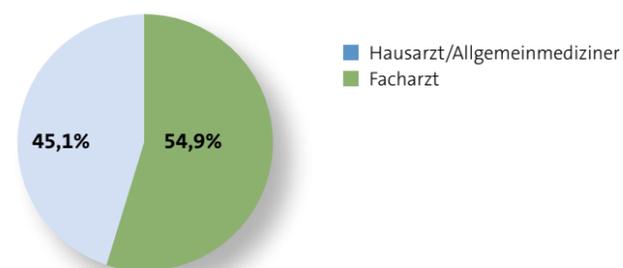
Im Vergleich zur ersten Befragung im Jahr 2016, nahmen in 2017 dreimal mehr Praxen an der Befragung teil. Vor allem die Anzahl an teilnehmenden Fachärzten nahm im letzten Jahr deutlich zu.

Unser Fazit: Bei unseren Patienten herrscht eine allgemein hohe Zufriedenheit bzgl. der medizinischen Versorgung durch unsere Netzpraxen. Beim Informationsaustausch der Ärzte unter-

einander zeigen die Ergebnisse beider Befragungen aber weiterhin Verbesserungsmöglichkeiten auf.

Bei der Wartezeit vor Ort konnte der Anteil der Patienten, die weniger als 15 Minuten warten, um fast 3 % gesteigert werden. Jedoch hat sich der Anteil an Patienten, die mehr als 30 Minuten warten mussten, von 19 % auf 22 % erhöht. Bei diesem Ergebnis spielt allerdings die hohe Beteiligung von Facharztpraxen eine Rolle, in denen mit längeren Wartezeiten zu rechnen ist. Ein weiterer Aspekt unserer Befragung ist die Angemessenheit des Zeitraums bis zu einem Termin. Hier schneiden unsere Netzpraxen sehr gut ab, haben jedoch unter den Facharztpraxen diesbezüglich noch Verbesserungspotenziale.

Anteil Haus- und Fachärzte an der Patientenbefragung 2017



Ein anderer zu bewertender Aspekt war die Kommunikation und Teilhabe an der Diagnosestellung sowie der Therapiefindung der Patienten. Auch hier schneiden wir im Vergleich zu anderen Netzen gut ab, haben aber weiterhin



Auch in 2017 haben unsere Ärzte von unseren Patienten im Durchschnitt wieder sehr gute Bewertungen erhalten!

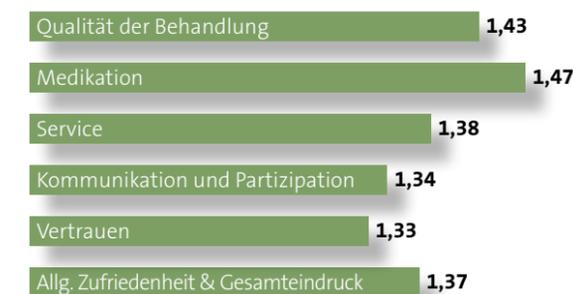
noch Verbesserungspotenziale im Bereich der Patienteneinbindung bezüglich der Entscheidungsfindung zu anstehenden Untersuchungen.

Des Weiteren gaben unsere Patienten an, ein hohes Vertrauen in die medizinischen Entscheidungen sowie in den vertraulichen Umgang mit den Patientendaten zu haben. Allerdings sind sie weniger zufrieden mit dem Angebot der zusätzlichen Leistungen, welche die Krankenkassen nicht übernehmen. Viele Patienten sind unsicher, ob diese Angebote auch medizinisch sinnvoll sind. In diesem Zusammenhang sollten wir versuchen, eine bessere Aufklärung über die Notwendigkeit und den potenziellen Nutzen einer Zusatzleistung gegenüber den Patienten zu gewährleisten.

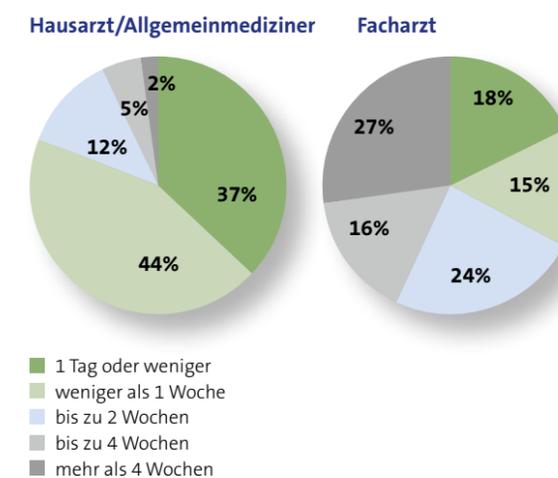
Bestnoten erzielten unsere Praxen übrigens auch in den Bereichen Sauberkeit und Ordentlichkeit sowie der Freundlichkeit des Praxispersonals. Hier bleibt nur zu sagen: Weiter so!

Die diesjährige Patientenbefragung wird voraussichtlich im September stattfinden. Wir werden Sie rechtzeitig darüber informieren und freuen uns, wenn wir auch Ihre Praxis als Teilnehmer der Befragung gewinnen. Denn die Aussagekraft der Patientenbefragung steigt mit zunehmender Teilnehmeranzahl maßgeblich an und gibt uns dementsprechend wertvolles Feedback über die Qualität unserer gemeinsamen Arbeit.

Durchschnittliche Note der jeweiligen Themengruppen in der Übersicht (1 = sehr gut, 6 = schlecht)



Wartezeit bis zu einem Termin bei Haus- und Fachärzten



Das „Dimini“-Projekt: So kann Typ-2-Diabetes-Prävention gelingen

Typ-2-Diabetes gehört zu den nicht übertragbaren, weltweit stark zunehmenden Krankheiten. In Deutschland sind über sechs Millionen Menschen davon betroffen. Laut aktueller Daten ist die sogenannte Prävalenz von 8,5 Prozent in 2009 auf 9,5 Prozent in 2015 gestiegen. Dazu kommt eine hohe Dunkelziffer: Die Zahl Erkrankter, die noch nichts von ihrer Krankheit wissen, wird auf mindestens zwei Millionen geschätzt.



Egal ob erkannt oder unerkant: Diabetes verursacht jährlich hohe direkte Kosten in geschätzter Höhe von 35 Milliarden Euro.

Es besteht klare wissenschaftliche Evidenz dafür, dass regelmäßige körperliche Aktivität und eine ausgewogene Ernährung hervorragende Chancen bieten, das Auftreten von Typ-2-Diabetes zu verhindern oder zu verzögern. Was in der Theorie einfach klingt, fällt den meisten Menschen im Alltag schwer: Mehr als die Hälfte aller Deutschen ist übergewichtig und trägt damit ein erhöhtes Risiko, an Typ-2-Diabetes zu erkranken. Diese Herausforderungen adressiert die Gesundheitspolitik und



fördert in diesem Zusammenhang das Diabetes-Präventionsprojekt „Dimini“ (Diabetes Mellitus – Ich Nicht!) in den Regionen Schleswig-Holstein und Hessen.

Risikobewertung und Prävention

Menschen mit einem hohen Diabetesrisiko profitieren besonders von leicht umsetzbaren Lebensstiländerungen. Mit „Dimini“ soll die Aufdeckung unerkannter Diabeteserkrankungen und das Screening auf Risikofaktoren des Typ-2-Diabetes in der ärztlichen Praxis gesteigert werden. Mit verschiedenen Ansätzen soll dann die Gesundheitskompetenz für die Krankheit bei den Teilnehmern des Projektes verbessert werden und damit die Entstehung von Typ-2-Diabetes verzögert oder sogar verhindert werden. Damit verbunden ist dann die Senkung von Versorgungskosten.

Für viele Menschen ist ihr Hausarzt der zentrale Ansprechpartner für alle Fragen zur Gesundheit. Genau hier setzt „Dimini“ an: Der Hausarzt wird zum unterstützenden Begleiter für Menschen mit erhöhtem Risiko für Typ-2-Diabetes auf dem Weg in ein gesünderes Leben. Zur

Erkennung eines erhöhten Risikos setzt das Projekt auf den bewährten FINDRISK-Test, der sehr einfach in wenigen Minuten durchgeführt werden kann.

Durch Studie begleitet

Der Erfolg des Projektes wird im Rahmen einer randomisierten Studie untersucht, die in den Bundesländern Schleswig-Holstein und Hessen durchgeführt wird. Digitale Komponenten sollen die Abläufe für alle Beteiligten erleichtern. Für das Projekt kooperieren unter der Konsortialführung der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein unter anderem führende Krankenkassen, ein forschendes Pharmaunternehmen sowie mehrere große Fachgesellschaften im Rahmen eines Vertrages zur integrierten Versorgung. Die Projektpartner setzen damit gemeinsam ein Zeichen für die Vorbeugung von Diabetes in Deutschland.

Am „Dimini“-Projekt teilnehmende Ärzte erhalten für ihre Leistungen ein extrabudgetäres Honorar. In unserer Geschäftsstelle erhalten Sie weitere Informationen zum Projekt. Ein Interview mit dem ärztlichen Leiter des Projektes lesen Sie ab Seite 10.

Entlassmanagement – Kommunikation zwischen den Versorgern im PNHL

Im Rahmen eines Fachprojektes der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg (HAW) wurde von den Studentinnen Annika Lingau, Irina Janz, Lidia Schwab und Miriam Weiß mit einer Umfrage die Anschlussversorgung im Netz untersucht.

Für Patienten mit SGB XI Leistungen bedarf es nach einem Krankenhausaufenthalt einer guten Kommunikation mit den Anschlussversorgern. Die Studentinnen der HAW analysierten dazu zum einen die Kommunikationsschnittstellen zwischen den Hausärzten des PNHL und den kooperierenden Kliniken, zum anderen die Kommunikation zwischen ambulanten Pflegediensten, Hausärzten und Kliniken aus Sicht der Pflegedienste.

Mit ihrer Umfrage brachten sie in Erfahrung, wie schnell und in welcher Qualität die Hausärzte sowie Pflegedienste alle notwendigen Informationen für eine nahtlose Sicherstellung der Versorgungskontinuität ihrer Patienten erhalten. Einen Anlass dafür gab der KBV Rahmenvertrag für das Entlassmanagement von Oktober 2017.

Unsere Ergebnisse im PNHL

Sowohl die Hausärzte, als auch die ambulanten Pflegedienste wollen rechtzeitig über die Entlassung ihrer Patienten und Klienten informiert werden, um alle notwendigen Vorkehrungen treffen zu können. Während einige Ärzte und Pflegedienste den Entlassungszeitpunkt bereits einige Tage vorab erfahren, werden andere erst einige Tage nach der Entlassung ihres Patienten darüber informiert. Ähnlich sieht es bei den entlassungsrelevanten Dokumenten aus.

Entlassungen an einem Freitagnachmittag oder am Wochenende werden von beiden Professionen kritisiert, da der Hausarzt zu dieser Zeit nicht mehr erreichbar

ist. Die Pflegedienste können ohne eine Rücksprache mit den Hausärzten keine Versorgung mit Medikamenten oder Heil- und Hilfsmitteln sicherstellen.

Den Hausärzten wiederum fehlt oftmals ein Ansprechpartner im Krankenhaus, der mit dem Behandlungsverlauf des Patienten vertraut ist und mit dem fehlende Informationen besprochen werden können. Für eine qualitativ einheitliche Umsetzung des Rahmenvertrages zum Entlassmanagement bedarf es sicher noch etwas Zeit. Wir werden mit den Ergebnissen im Praxisnetz weiterarbeiten und versuchen diese Prozesse der Versorgungskontinuität zu optimieren.

Im Namen der Studentinnen und des Praxisnetzes Herzogtum Lauenburg bedanken wir uns bei allen Hausärzten und ambulanten Pflegediensten, die an der Umfrage teilgenommen haben!



Die Ergebnisse von Annika Lingau, Lidia Schwab, Irina Janz und Miriam Weiß (v. l. n. r.) liefern dem PNHL wichtige Arbeitshinweise.

Antibiotikaresistenzen: Neuer Qualitätszirkel nimmt Arbeit auf

Durch die Entstehung und Ausbreitung von Resistenzen gegen Antibiotika wird die Behandlung von bakteriellen Infektionskrankheiten zunehmend erschwert. Der neue Qualitätszirkel „Infektiologie“ im PNHL nimmt sich diesem Thema an und arbeitet seit Herbst letzten Jahres gemeinsam an einem regionalen Antibiotikaleitfaden.

Unter Initiative unseres Vorstandsmitgliedes Herrn Prof. Dr. Jan Kramer und seiner Kollegen des Fachbereichs Mikrobiologie unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. Ingo Sobottka aus dem LADR Zentrallabor in Geesthacht, wurde im letzten Jahr die Arbeitsgruppe „Infektiologie“ gegründet und Anfang 2018 zu einem fach- und sektorenübergreifenden Qualitätszirkel des Praxisnetzes weiterentwickelt. Mithilfe eines auf unsere Versorgungsregion abgestimmten Antibiotikaleit-

Der Qualitätszirkel hat zum Ziel, über unsere Region hinaus die Antibiotika-Resistenzen zu bekämpfen.

fadens wollen wir gemeinsam gegen die weitere Ausbreitung von Antibiotikaresistenzen steuern und folgende Ziele erreichen:

- Reduktion der Resistenzentwicklung in unserer Region
- Vermeidung des Wirkungsverlustes verschiedener Antibiotika
- Erhöhung der Ansprechrate der Antibiotikatherapie

Zudem streben wir eine überregionale Zusammenarbeit mit anderen Praxen und Ärztenetzen in Schleswig-Holstein an.

Leitfaden und Therapieempfehlungen

Die Teilnehmer des Qualitätszirkels setzen sich aus Mikrobiologen, Molekularmedizinern, Fachhygienikern und niedergelassenen Ärzten zusammen. Auch der Leiter des Gesundheitsamtes ist Mitglied der Arbeitsgruppe und begleitet die regelmäßigen Treffen. Bis zum Sommer dieses Jahres wird gemeinsam ein Leitfaden für das diagnostische Vorgehen und die entsprechenden Therapieempfehlungen der wichtigsten Infektionen im niedergelassenen Bereich erstellt:

- Harnwegsinfektionen
- respiratorische Infektionen
- Diarrhoe (inkl. Parasiten)
- sexuell übertragbare Infektionen
- Infektionen durch Pilze

Zusätzlich werden praktische Hinweise zur Präanalytik erarbeitet. Diese werden in Form von Schaubildern zur Verfügung gestellt oder können

später auch als Video/Kurzfilm heruntergeladen werden.

Resistenzkalender

Ein weiterer Bestandteil der regionalen Antibiotikafibel wird ein auf das Herzogtum erarbeiteter Resistenzkalender in Verbindung mit den kalkulierten Antibiotikawirksamkeiten für den niedergelassenen Bereich sein. Anhand derer können die zusammenzustellenden Therapieempfehlungen abgeglichen und die Auswahl wirksamer Antibiotika erleichtert werden.

Mithilfe der umfangreichen Antibiotikafibel wollen wir erreichen, dass Verschreibungen bei entsprechenden Infektionskrankheiten verringert werden und möglichst nur empfohlene Antibiotika verabreicht und gezielter eingesetzt werden.

Fertigstellung und Verfügbarkeit

Die Fibel soll zukünftig allen Netzmitgliedern und perspektivisch allen niedergelassenen Ärzten in Schleswig-Holstein als stets aktuelles Hilfsmittel zur Verfügung gestellt werden. Um eine ständige Aktualität gewährleisten zu können ist auch eine Verfügbarkeit über das Internet geplant. Mithilfe von QR-Codes kann dann zugleich auf mehr Informationen zugegriffen werden (Videos/Kurzfilme zur Materialgewinnung).

Die Teilnehmer des Qualitätszirkels arbeiten intensiv daran, die Fibel in ihrer ersten Auflage zum Sommer 2018 fertigzustellen. Außerdem finden im Rahmen der regelmäßigen Treffen Vorträge zu verschiedenen Themen aus dem Bereich Infektiologie sowie regelmäßige sektorenübergreifende Fallbesprechungen statt.

Um die Wirkungskette bis in die Öffentlichkeit und den Patienten hin zu gestalten, sind gemeinsame Anstrengungen notwendig.

Sollten Sie Interesse an der Mitarbeit im Qualitätszirkel „Infektiologie PNHL“ haben, melden Sie sich bei uns in der Geschäftsstelle, wir stellen Ihnen gerne den Kontakt zur Leitung her.

Antibiotic Stewardship für Hausärzte

Durch die Fachlichkeit des Qualitätszirkels kann unseren niedergelassenen Ärzten für bestimmte Infektionskrankheiten ein „Diagnostic Stewardship“ und damit einhergehend ein „Antibiotic Stewardship“ an die Hand gegeben werden.

Antibiotic Stewardship ist die Strategie zum rationalen Einsatz von Antiinfektiva-Verordnungen.

Angesichts der weiter zunehmenden Antibiotikaresistenzen müssen regionale Strategien zum Einsatz von Antiinfektiva verfolgt werden.

Allen Ärzten im Kreis soll ab Sommer 2018 eine Antibiotikafibel zur Verfügung stehen.

Arzneimittel – den Durchblick behalten

Polymedikation kann durchaus sinnvoll sein und ist oftmals fester Bestandteil im Therapiealltag. Fünf oder mehr Arzneimittel werden dabei vom Patienten dauerhaft eingenommen.

Die mit der Polymedikation verbundenen Wechsel- und Nebenwirkungen unterschiedlicher Wirkstoffe bergen erhebliche gesundheitliche Risiken und können mitunter sogar tödlich enden. Diese Todesfälle werden in Deutschland jährlich auf etwa 16.000 bis 25.000 geschätzt. Als Vergleich: Im Jahr 2017 starben ca. 3.200 Menschen im deutschen Straßenverkehr (Vgl. Faktenblatt Polymedikation der ABDA/www.adac.de).

Ursachen und Probleme

In Anbetracht der mit einer Polymedikation verbundenen Todesfälle drängt sich die Frage auf: Was sind die konkreten Ursachen und welche Lösungsansätze gibt es? Gemäß der DEGAM-Leitlinie „Multimedikation“ lässt sich eine unerwünschte Polymedikation auf folgende wesentliche Ursachen zurückführen:

- Multimorbidität und deren, häufig leitliniengerechte, medikamentöse Behandlung
- Mehrere Therapeuten, die unzureichend miteinander kommunizieren
- Kein vorliegender Medikationsplan
- Verschreibungskaskaden (bei der Anwendung eines Medikaments treten Nebenwirkungen auf, die nicht als solche erkannt werden und zum Ansetzen eines weiteren Medikaments führen, anstatt zur Modifikation des auslösenden Medikaments)
- Unkritische Übernahme von Therapien aus dem Krankenhaus
- Unabgestimmte Selbstmedikation des Patienten
- Erfolglose Therapien, die nicht beendet werden (im Laufe der Jahre werden neue Therapien initiiert, Arzneimittel werden umgesetzt, jedoch werden die „alten“ Maßnahmen stillschweigend weitergeführt)
- Erfolgreiche Therapien, die nach Erreichen des Therapie-

- ziels nicht abgesetzt werden (z.B. Protonenpumpenhemmer bei Refluxbeschwerden)
- Erwartungshaltungen von Patienten oder Ärzten (z. B. Ärzte gehen davon aus, dass der Patient eine Verordnung erwartet)
- Wechselnde Rabattvertragsmedikation, durch die der Patient den Überblick verliert und identische Substanzen von verschiedenen Herstellern parallel einnimmt

Polymedikation nimmt im Alter zu

Besonders bei älteren Patienten sind Polymedikationen aufgrund einer höheren Krankheitslast und vorliegenden Multimorbiditäten sehr häufig. Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes zeigt, dass zwischen 30 und 40 Prozent aller Bundesbürger, die älter als 65 Jahre sind, mindestens fünf oder mehr Medikamente parallel einnehmen. Jeder Dritte in der Altersgruppe zwischen 75 und 80 Jahren nimmt sogar mehr als acht Arzneimittel täglich ein. Außerdem erhalten immerhin fast acht Prozent der Patienten mit Pharmakotherapie Medikamente, die auf der PRISCUS-Liste stehen.



Die Problematik des Informationsaustauschs

Insbesondere die Erfassung der patientenindividuellen Polymedikation stellt sich bisher als schwierig dar. Dabei ist häufig die Diskrepanz der Informationen von Arzt, Patient und Apotheke die Ursache. So liegen dem Apotheker beispielsweise Informationen vor, die dem Arzt vorenthalten bleiben (z. B. die Wahl des Präparats in Zusammenhang mit aktuell gültigen Rabattverträgen). Gleichzeitig ist dem behandelnden Arzt die Selbstmedikation des Patienten oft nicht bekannt und auch der vom Arzt erstellte Medikationsplan entspricht häufig nicht der tatsächlichen Einnahmerealität. Besonders Letzteres verdeutlicht sich durch eine in Westfalen-Lippe durchgeführte Studie aus dem Jahr 2014, welche insgesamt 500 Apothekenpatienten einschloss. Diese zeigte auf, dass bei lediglich 6,5 % der Patienten die Einnahmerealität der Medikamente auch tatsächlich mit dem Medikationsplan übereinstimmte (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jep.12395/abstract>).

Multimedikationscheck – Das PNHL sagt der unerwünschten Polymedikation den Kampf an

Effektive Maßnahmen zur Verbesserung unerwünschter Polymedikation und zur Arzneimitteltherapiesicherheit

setzen unabdingbar voraus, dass der Arzt über die Gesamtmedikation des Patienten informiert ist. Eine Polymedikation kann bereits durch einfache Maßnahmen, wie z. B. durch eine

Besonders bei älteren Patienten sind Polymedikationen aufgrund höherer Krankheitslasten und vorliegenden Multimorbiditäten sehr häufig.

Je mehr Medikamente eingenommen werden und je komplexer die Einnahmeverordnungen sind, desto geringer ist die Therapietreue des Patienten. Dies führt dazu, dass der Patient seine Arzneien nicht mehr korrekt einnimmt, weil er den Überblick verloren hat. So kann es beispielsweise vorkommen, dass ein Diabetiker ein blutzuckersenkendes Medikament einnimmt, ohne kurz danach etwas zu essen und infolge einer Unterzuckerung in Ohnmacht fällt. Ein Medikationsfehler, welcher durch eine bessere Zusammenarbeit zwischen Arzt, Patient, Apotheker und Pflegekraft hätte vermieden werden können – so wie etwa die Hälfte aller durch Arzneimittel-Nebenwirkungen bedingten Krankenhausaufnahmen in Deutschland.

regelmäßige Überprüfung der einzunehmenden Medikamente, begrenzt werden.

Im Rahmen des Projektes „Multimedikationscheck – Brown-Bag-Review“, welches in der Qualitätszirkelarbeit des QZ „Polypharmazie“ im Jahr 2017 entstanden ist, sollen insbesondere bei multimorbiden Patienten über 60 Jahren alle eingenommenen Medikamente (auch Selbstmedikation/Bedarfsmedikation) ermittelt, erfasst und einem Review unterzogen werden. Dadurch wird die bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte Versorgung mit Arzneimitteln unterstützt.

Die Zielsetzungen dabei sind, unerwünschte Wechselwirkungen der Medikation zu vermeiden, unnötige bzw. riskante Medikamente (PRISCUS-Liste) bzw. Kombinationen möglichst abzusetzen und somit die Risiken der Pharmakotherapie insgesamt zu senken. Auf Seite 30 erfahren Sie mehr!

Mit „Dimini“ mehr Gesundheitskompetenz für Typ-2-Diabetes-Patienten

„Dimini“ (Diabetes Mellitus – Ich Nicht!) ist ein Innovationsfond-Projekt der KVSH zur Diabetes-Prävention, das auch von den Praxisnetzärzten im Herzogtum Lauenburg umgesetzt werden soll.



Dr. Arjen Teetzmann



Dr. Carsten Petersen

Netzmitglied Dr. Arjen Teetzmann, Allgemeinmediziner aus Mölln, befragte Dr. Carsten Petersen, Initiator und ärztlicher Leiter des „Dimini“-Projekts sowie Facharzt für Innere Medizin, zu diesem Projekt.

Dr. Arjen Teetzmann: In Kürze werden Sie zu einer Fortbildungsveranstaltung zu uns ins Netz kommen. Vorab haben wir schon ein paar Fragen und vielleicht haben Sie auch ein paar Tipps für uns, wie wir das Projekt am besten angehen?

Dr. Carsten Petersen: Ja, wir führen jetzt eine ganze Reihe von diesen Fortbildungsveranstaltungen durch. Acht davon haben bereits stattgefunden. Die bisherige Erfahrung zeigt, dass es sehr gut ist, wenn eine MFA aus jeder Praxis mit daran teilnehmen kann. Denn der Umgang mit dem „Dimini“-Programm ist in vielen Punkten delegierbar, sodass sich eine gute Zusammenarbeit in den Praxisteams etablieren kann, die auch die Ärzte in den Praxen entlastet.

Für die Dokumentation des Programms, die nun mal für die Evaluation erforderlich ist, bietet es sich wirklich an, diese Delegation an die MFAs abzuführen. Ich gebe aber auch zu, dass eine ganze Menge der zusätzlichen Arbeit belastend sein kann. Wir haben durch die papierfreie Dokumentation die Möglichkeit geschaffen, das Ganze weitgehend barrierearm zu gestalten. Aber es ist nicht so, dass „Dimini“ dann Teil der Praxis-EDV wäre.

Teetzmann: Wir hatten davor das auch von Ihnen initiierte „aha!-Projekt“. Das hatte eine ähnliche Rekrutierung. Was unterscheidet jetzt das „Dimini“ von dem „aha!-Projekt“?

Petersen: Bei dem „aha!-Projekt“ wurde noch in Papierform dokumentiert und musste dann gefaxt oder per Post geschickt werden. Man bekam beim FINDRISK-Test erst nach ein paar Tagen das Ergebnis. Bei „Dimini“ bekommt man über die Anwendung auf der Web-Plattform direkt online das Ergebnis und kann weiterarbeiten. Es simuliert die Anwendung so eines Programms in der Praxissoftware. Gleichzeitig entwickeln wir das auch weiter. Ein Teil des Projektes für den Innovationsfonds ist die Entwicklung eines Tools in der Anwendung der Praxis-EDV.

Teetzmann: Ok, das ist dann ja auch schon fast die Antwort auf meine nächste Frage: Gibt es nach den drei Jahren ein Langzeit-Followup?

Petersen: Ja, das ist etwas ganz Generelles bei den Projekten des Innovationsfonds. Wenn es sich bewährt, soll die Übernahme in die Regelversorgung stattfinden. In Hessen und Schleswig-Holstein sind die teilnehmenden Arztpraxen gewissermaßen das Versuchsfeld dafür, ob es sich lohnt, so eine Anwendung in die Praxen zu übernehmen. Wir müssen quasi jetzt in den sauren Apfel beißen und Studienbedingungen annehmen – das ist lästig, das gebe ich gerne zu. Aber wenn es sich lohnt und wenn man sagen kann, dass diese Art der Prävention in der hausärztlichen Praxis funktioniert, dann haben wir das Versprechen, dass es in die Regelversorgung übernommen wird. Da müssen wir natürlich erstmal die Ergebnisse abwarten. Die hängen auch davon ab, wie viele Patienten teilnehmen und ob man die nötigen Zahlen bekommt.

Es gibt zwei Stufen: Zum einen dürfen wir bis zu 5.000 FINDRISK-Tests machen. Zum anderen müssen die Teilnehmer am FINDRISK-Test ein Risiko von mindestens 33 Prozent haben, in den nächsten zehn Jahren an Typ-2-Diabetes zu erkranken. Das bedeutet mindestens zwölf Punkte im FINDRISK-Test.

Teetzmann: Diese Patienten, die sie gerade ansprechen, sind häufig eine besondere Klientel, die ein bisschen schwierig, vielleicht auch ein bisschen träge ist. Haben Sie irgendeinen Tipp, wie man sie dazu motiviert zu sagen: „Ja, ich mache dabei mit“?

Petersen: Ja, diese Klientel ist durchaus sehr heterogen. Im Prinzip ist es einmal die Frage der Ansprache und dann eben die Darstellung erreichbarer Ziele. Es geht nicht darum, innerhalb kurzer Zeit schlank zu werden, sondern darum, zu differenzieren, wo das tatsächliche Risiko liegt. Und dann kann man erreichen, das Körpergewicht bei Übergewicht innerhalb einer realistischen Zeit um fünf bis sieben Prozent zu reduzieren oder sich etwas mehr zu bewegen oder auch beides. Aber es geht um erreichbare Ziele und nicht um hypothetische und oftmals überhöhte Ziele. „Dimini“ ist nicht allein in der Welt. Es gibt oft Werbeversprechen, die überhöht sind und die Menschen in die Jo-Jo-Falle bringen. Wir Ärzte haben uns in diesem Sektor viel aus der Hand nehmen lassen. Wir sollten unsere Expertise zu Fragen des Lebensstils mehr in den Ring werfen und deutlich machen, dass wir deshalb die richtigen Ansprechpartner für unsere Patienten sind.

Teetzmann: Genau! Und wir kennen die Patienten und können eher darauf hinweisen.

Petersen: Ich glaube, dass in sehr vielen Praxen diese Expertise vorhanden ist. Es lohnt sich sehr, das hat „aha!“ gezeigt, denn diese Expertise wird von den Patienten honoriert. Es klappt nicht immer alles. Es gibt keine Garantie, dass es funktioniert. Aber wenn alle in der Arztpraxis an einem Strang ziehen, kann man sehr wohl Ziele erreichen.

Teetzmann: Ich denke, dass das zusätzliche Geld sicher nicht die übergeordnete Rolle spielt.

Petersen: Die Honorierung bei „Dimini“ ist deutlich besser als beim „aha!-Projekt“. Ich gehe davon aus, dass in sehr vielen Arztpraxen Lebensstilberatungen, Beratungen zu Übergewicht und Adipositas zum täglich Brot gehören. Aber es ist letztlich Teil der Ordinationsgebühr und man kann noch mal die eine oder

andere Gesprächsziffer anrechnen. Tatsächlich wird aber Prävention außerhalb von der Gesundheitsuntersuchung bisher nicht bezahlt. Wir haben es jetzt das erste Mal mit diesen beiden Programmen erreicht, dass Diabetesprävention eine extra vergütete Leistung geworden ist. Man kann sich natürlich darüber streiten – im Zweifel ist es immer zu wenig Geld, aber wir haben damit einen Einstieg. Und Typ-2-Diabetes ist gesundheitspolitisch bedeutend. Die beste Art diesen Diabetes zu behandeln, ist, ihn zu verhindern. Die Lebensstiländerung soll natürlich jeder Behandlung vorausgehen und sie ist sehr erfolgreich zur Verhinderung des Typ 2.

Teetzmann: Wenn ich noch einmal auf die MFA zurückkomme. Wie bekommt man sie dazu, auch im vollen Tagesablauf daran zu denken, die Patienten zu rekrutieren? Denn ich denke, das wird in der Mehrzahl über die MFA gehen.

Petersen: „Dimini“ ist nicht für alle Versicherten zugelassen. Es sind in Schleswig-Holstein immerhin die Versicherten der AOK, der DAK, der Barmer und

Wir sollten unsere Expertise zu Fragen des Lebensstils mehr in den Ring werfen

Dr. Carsten Petersen



Die MFA's brauchen sich nicht zu scheuen, aktiv auf potentielle Patienten zuzugehen. Informationen über Übergewicht und Familiengeschichte sind dabei wichtige Anhaltspunkte.

der Techniker Krankenkasse. Das deckt schon mal 70 Prozent aller Versicherten ab. Der erste Schritt ist wahrscheinlich, auf diejenigen zuzugehen, die mit Übergewicht zu kämpfen haben, oder man weiß, dass sie aus Familien kommen, wo Typ-2-Diabetes eine Rolle spielt. Das sind Informationen, die in Arztpraxen sehr häufig vorhanden sind. Und dann kann man sagen: „Es gibt jetzt ein Angebot der Krankenkassen, das freiwillig ist, und wenn Sie möchten, können Sie das in Anspruch nehmen.“ Es wird dann ein Diabetes Risikotest gemacht und je nachdem wie das Ergebnis ausfällt, werden die Patienten weiter begleitet. So ein Gespräch muss nicht mal sehr lange dauern. In den Seminaren erfahren die Mitarbeiter der teilnehmenden Praxen den Umgang mit der Webplattform. Man kann sich das auch selber beibringen, wenn man über die KV-Seite die Seite für das E-Learning anwählt. Das ist eigentlich für die ärztlichen Kollegen gedacht. Es ist aber auch möglich, dass sich die MFA dort einklinken und das Programm nutzen. Dann hat man schon mal eine ganz solide Grundlage und weiß, worüber man spricht. Danach braucht man ein-, zweimal

Der erste Schritt ist wahrscheinlich, auf diejenigen zuzugehen, die mit Übergewicht zu kämpfen haben *Dr. Carsten Petersen*

um die Routine mit dieser Webplattform zu bekommen. Dann ist man soweit, damit auch sehr schnell arbeiten zu können.

Teetzmann: Die Schwelle ist also erst mal da, aber wenn man die überwunden hat, dann geht es besser?!

Petersen: Ja, man sollte am Anfang einfach mal eine halbe Stunde investieren und sich damit beschäftigen.

Teetzmann: Herr Petersen, mich haben Sie überzeugt. Was ist Ihr Wunsch an die Lauenburger Kollegen?

Petersen: Ich finde, dass Netze und Qualitätszirkel eigentlich eine gute Plattform sind. Man kann sich zur Not auch zusammentun. Es muss keine Konkurrenz da sein. Man soll ein bisschen Geduld haben mit uns. Wir haben einige Vorgaben durch den Innovationsfonds, die wir auch erfüllen müssen. Das Ganze ist nicht schwellenfrei, aber mit etwas Geduld und etwas gutem Willen kann man das integrieren. Und man hat danach oftmals auch für sich und seine Praxis einen Mehrwert, der nicht nur finanziell ist, sondern auch Menschen mit diesem Programm hilft, gesünder zu bleiben.

Teetzmann: Herr Petersen, ich glaube, so machen wir das. Ich, für meinen Teil, danke Ihnen herzlich.

Vorsorgebetreuer aufgepasst!

Der Betreuungsverein für den Kreis Herzogtum Lauenburg bietet für Menschen, die eine Vorsorgevollmacht für eine Person übernommen haben, zahlreiche Informationen und Hilfestellungen an.



Geschäftsführerin Mendy Meier, Sabrina Schlick und Ute Bohnet (v. r. n. l.) kümmern sich um alle Belange des Betreuungsvereins.



Kontakt und Sprechstunden
Betreuungsverein für den Kreis Herzogtum Lauenburg e.V.
 Hamburger Str. 1
 21493 Schwarzenbek
 Tel. 04151-30 16
 E-Mail: info@btv-lauenburg.de

Um Anmeldung zu den Sprechstunden und Vereinbarung weiterer Termine wird gebeten.

Schwarzenbek: In den Räumen des Vereins, Hamburger Straße 1
 Mo bis Do 9.00 – 11.30 Uhr &
 Mo 14.00 – 16.30 Uhr

Ratzburg: Brücke e.V.,
 Langenbrücker Str. 20
 am letzten Mittwoch im Monat
 14.30 – 16.30 Uhr

Mölln: Stadthaus,
 Wasserkrüger Weg 16
 am letzten Donnerstag im Monat
 14.30 – 16.30 Uhr

Sandesneben: Regionalzentrum,
 Hauptstraße 75
 am zweiten Donnerstag im Monat
 14.30 – 16.30 Uhr

Wentorf: beim Seniorenbeirat,
 Alte Schule, Teichstraße 1
 am zweiten Dienstag im Monat
 12.00 – 13.00 Uhr

Geesthacht: Rathaus, Markt 15
 am ersten Freitag im Monat
 9.00 – 11.00 Uhr

Nach Abschaffung des Vormundschaftsrechts für erwachsene Menschen 1992 und der Ablösung durch das noch heute gültige Betreuungsrecht wurden bundesweit Betreuungsvereine gegründet. Im Kreis Herzogtum Lauenburg war es 1993 soweit. So feierte der Betreuungsverein am 6. Februar 2018 sein 25-jähriges Bestehen und begrüßte nach der 19-jährigen Geschäftsführertätigkeit von Annette Reimers ihre Nachfolgerin Mendy Meier.

Ein Betreuer wird bestellt, wenn eine volljährige Person ihre Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen kann. Die Betreuung wird dann vom Betreuungsgericht für die speziellen Aufgabenfelder eingerichtet. Hier handelt der Betreuer stellvertretend im Sinne des Betreuten. Ehrenamtliche Betreuer und Menschen, die eine Vorsorgevollmacht übernommen haben und nun tätig werden sollen, finden im Betreuungsverein Unterstützung. In den meisten Fällen wird diese Form der rechtlichen Vertretung von Angehörigen ausgeführt. Für sie werden Schulungen zu betreuungsrelevanten Themen, Treffen zum Erfahrungsaustausch und Einzelberatungen angeboten.

Menschen, die ihre Lebenserfahrung aus Beruf und Alltag an andere weitergeben möchten und ehrenamtlich Betreuerin bzw. Betreuer werden möchten, sind herzlich willkommen. Der Verein steht ihnen zur Seite, wenn sie Fragen haben oder von den Erfahrungen anderer Betreuer hören möchten. In unbürokratischer und freundlicher Atmosphäre kann Neues gelernt und von der Tätigkeit berichtet werden.

Der Betreuungsverein informiert über Vorsorgevollmachten, Betreuungs- und Patientenverfügungen gemäß dem Motto: „Seien Sie dabei, wenn Andere für Sie entscheiden!“ Er bietet Handreichungen in Einzelberatungen oder bei Vorträgen, zu denen man die Vereinsmitarbeiter einladen kann. Das Angebot ist kostenfrei.



Notruf

Drohende Dienstverpflichtung!

Für die Besetzung des Bereitschaftsdienstes im Herzogtum Lauenburg stehen nicht genügend freiwillige Ärzte zur Verfügung.

Bei uns im Herzogtum wird seit Jahren der ärztliche Bereitschaftsdienst durch die freiwillige Teilnahme engagierter Ärzte gesichert. Leider ist die Anzahl der Freiwilligen in den letzten zwei Jahren rapide gesunken, sodass viele Dienste nur schwer besetzt werden können und die Belastungen für einige wenige Kollegen ein vertretbares Maß überschreiten.

Seit zehn Jahren gibt es bei uns in Schleswig-Holstein den organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst. Mit Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigung wird dieser seither regional organisiert und gesteuert. Dadurch ist der Druck, jederzeit für Patienten erreichbar zu sein, für jeden einzelnen Arzt erheblich gesunken. Dies entlastet uns alle und ist eine große Errungenschaft.

Unter der bundeseinheitlichen Rufnummer 116 117 erreichen die Patientinnen und Patienten den zentralen kassenärztlichen Bereitschaftsdienst immer außerhalb der üblichen Praxisprechzeiten sowie an den Wochenenden und Feiertagen. Nach erster medizinischer Einschätzung des geschulten Personals in der Leitstelle, werden die Patientinnen und Patienten dann an die Anlaufpraxis oder den fahrenden Dienst der jeweiligen Region verwiesen.

Unser Herzogtum wird im Zuge des ärztlichen Bereitschaftsdienstes in zwei Regionen aufgeteilt. Die allgemeinmedizinische und kinderärztliche Anlaufpraxis in Ratzeburg bedient dabei den Nordkreis, die allgemeinmedizinischen Anlaufpraxen in Geesthacht und Reinbek den Südkreis. Unsere Anlaufpraxen in Schleswig-Holstein befinden sich in der Regel in den Räumlichkeiten eines Krankenhauses und sind immer außerhalb der regulären ambulanten Praxisprechzeiten für die Patientinnen und Patienten geöffnet. Sowohl im Nord- als auch im Südkreis steht zudem ein fahrender Dienst für immobile Patienten zur Verfügung.

Not im Notdienst

Der allgemeinärztliche Bereitschaftsdienst im Bezirk Geesthacht wird seit nunmehr drei Jahren durch das Praxisnetz Herzogtum Lauenburg organisiert. Mit Herrn Knöfler als Notdienstbeauftragten und Herrn Dr. med. Michael von Bezold

als seinem Stellvertreter, werden die Dienstplanbesetzung sowie anfallende Dienstaustausche über das Praxisnetzbüro gesteuert.

Im gesamten Herzogtum besteht bereits seit vielen Jahren die komfortable Situation, dass durch die „freiwillige“ Teilnahme vieler Kollegen, die auch gerne mehrere Dienste in einem Quartal besetzen, eine konkrete Dienstverpflichtung für die niedergelassenen Ärzte der Versorgungsregion nicht notwendig war. Hinzu kommt die Teilnahme sogenannter „Poolärzte“ aus anderen KV-Gebieten, die einen Großteil der Dienste abfangen. Mit akutem Wegfall vieler älterer Kollegen im Bereitschaftsdienst fällt es uns nun immer schwerer, die jeweiligen Dienste im Bezirk Geesthacht besetzen zu können. Die Belastungen für einige wenige Kollegen im Notdienst überschreiten somit bereits heute ein vertretbares Maß.

Die Teilnahme am Ärztlichen Bereitschaftsdienst ist für jeden Vertragsarzt – egal ob in Anstellung oder Niederlassung – nach § 26 der Berufsordnung persönliche Verpflichtung.

Schleswig-Holstein	Bezirk Geesthacht/Reinbek
30% aller Anlaufpraxisdienste werden durch Poolärzte übernommen	37% aller Anlaufpraxisdienste werden durch Poolärzte übernommen
20% der Fahrdienste werden durch Poolärzte übernommen	72% der Fahrdienste werden durch Poolärzte übernommen

Im Bezirk Geesthacht wird der Großteil der Dienste bereits heute durch die freiwillige Teilnahme der Poolärzte abgefangen.

Aktuelle Situation im Bezirk Geesthacht/Reinbek:

- Von insgesamt 206 verpflichteten Ärzten nehmen nur 43 Vertragsärzte teil
- Diese werden durch insgesamt 27 Poolärzte aus anderen KV-Gebieten unterstützt
- Alleine für den Bezirk Geesthacht sind nur 22 Vertragsärzte und 16 Poolärzte tätig

Aufgrund der aktuellen Situation im Bezirk Geesthacht, werden wir im Zweifel von der unangenehmen Entscheidung der Dienstverpflichtung Gebrauch machen müssen, wenn wir es nicht schaffen, weitere Vertragsärzte für die Übernahme von Diensten zu gewinnen. Dabei zählt jeder Dienst und ist eine große Hilfe! Mit beispielsweise nur einem Dienst pro Arzt und Quartal können wir dem negativen Trend begegnen und eine drohende Dienstverpflichtung abwenden.

Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst

Um sich die Arbeit im ärztlichen Bereitschaftsdienst anzuschauen, besteht immer die Möglichkeit einer Hospitation.

Fahren Sie gerne mit einer/m Kollegin/Kollegen mit oder begleiten Sie einen Dienst in der Anlaufpraxis.

Darüber hinaus bietet die Kassenärztliche Vereinigung regelmäßig in Zusammenarbeit mit der Heidelberger Medizinakademie ein 3-tägiges Fortbildungsseminar „Fit für den Notfall“ an (32 Fortbildungspunkte) und übernimmt dabei die Hälfte der Teilnahmegebühren. Diese Kurse bieten einen fundierten Einstieg in die Akutversorgung.

Neben dem Dienst in der Anlaufpraxis und dem fahrenden Dienst, wird an den Wochenenden und an den Feiertagen zusätzlich der sogenannte Hintergrunddienst besetzt. Im Fall eines hohen Patientenaufkommens oder dem Ausfall eines diensthabenden Arztes, kann somit zügig ein Kollege als „Einspringer“ hinzugezogen werden. Für den Hintergrunddienst besteht somit eine ständige Rufbereitschaft.

Wir brauchen Sie!

Wir möchten die Aussprache der Dienstverpflichtung für den Bezirk Geesthacht gerne vermeiden, sind dafür aber auf die Mitarbeit aller Ärztinnen und Ärzte der Region angewiesen. Überlegen Sie sich bitte, welche Dienste Sie in einem Quartal



Patienten und Ärzte im gesamten Kreisgebiet profitieren von den ärztlichen Notdiensten. Diese funktionieren aber nur mit der nötigen Bereitschaft reibungslos.

übernehmen können und möchten. Die Dienstpläne werden immer quartalsweise mit einem Vorlauf von drei Monaten erstellt. Gerade in den Strukturen einer Berufsausübungsgemeinschaft oder eines medizinischen Versorgungszentrums sollte damit eine Dienstabstimmung und somit die Übernahme von mindestens einem Dienst pro Arzt innerhalb eines Quartals möglich sein.

Besonderer Bedarf besteht bei den Fahrdiensten an Werktagen! Kolleginnen und Kollegen, die eine Einzelpraxis führen, können diese Dienste nur schwer besetzen, da es teilweise

Überschneidungszeiten mit dem Beginn der eigenen Praxissprechzeiten gibt. Wichtig ist, dass Sie auch in den kollegialen Austausch gehen, damit das Thema Notdienst mehr Aufmerksamkeit bekommt. Nehmen Sie das Thema mit in die nächste Teambesprechung oder auch in den nächsten Qualitätszirkel, den Sie besuchen.

Wir freuen uns auf Ihre Rückmeldungen und stehen Ihnen für alle offenen Fragen in der Geschäftsstelle des Praxisnetzes zur Verfügung.

Dienste

Anlaufpraxis
Öffnungszeiten Montag, Dienstag, Donnerstag 19.00 bis 21.00 Uhr
Mittwoch, Freitag 17.00 bis 21.00 Uhr
Wochenende, Feiertage 10.00 bis 13.00 Uhr 17.00 bis 21.00 Uhr
Gemeinsam mit einer unterstützenden MFA versorgen Sie die Patientinnen und Patienten zu den genannten Öffnungszeiten in den Räumlichkeiten der Anlaufpraxis.

Fahrender Dienst
Öffnungszeiten Montag, Dienstag, Donnerstag 19.00 bis 08.00 Uhr des Folgetages
Mittwoch, Freitag 14.00 bis 08.00 Uhr des Folgetages
Wochenende, Feiertage 08.00 bis 08.00 Uhr des Folgetages oder jeweils 12 Std. als geteilter Dienst
Ihre Einsätze werden Ihnen von der Leitstelle aus Bad Segeberg telefonisch übermittelt. Sie erhalten einen Notdienstkoffer mit allen benötigten Materialien (Kartenleser, Drucker, Kontakt- und Einweisungsbögen).

Sowohl die Dienste in der Anlaufpraxis, als auch die Fahrdienste müssen besetzt werden.

Vergütung

An Feiertagen wird ein Aufschlag von 75 %, an Brückentagen von 50 %, auf die Stundenvergütung gezahlt.

Anlaufpraxis
Montag, Dienstag, Donnerstag Festes Honorar 120 € + 3 € / je Patientenkontakt
Mittwoch, Freitag Festes Honorar 395 € + 3 € / je Patientenkontakt
Wochenende, Feiertage Festes Honorar 370 € + 3 € / je Patientenkontakt
Hintergrunddienst Wochenende, Feiertage 110 € Pauschale

Fahrender Dienst
Montag, Dienstag, Donnerstag Festes Honorar 450 € + 15 € / je Patientenkontakt (bis 24.00 Uhr) + 50 € / je Patientenkontakt (nach 24.00 Uhr)
Mittwoch, Freitag Festes Honorar 700 € + 15 € / je Patientenkontakt (bis 24.00 Uhr) + 50 € / je Patientenkontakt (nach 24.00 Uhr)
Wochenende, Feiertage Festes Honorar 1.000 € + 15 € / je Patientenkontakt (bis 24.00 Uhr) + 50 € / je Patientenkontakt (nach 24.00 Uhr)
Im fahrenden Dienst wird der private PKW genutzt (Erhalt einer Pauschale von 2,70 € pro Doppelkilometer)

Bereitschaftsdienste werden angemessen honoriert.

Jährliche Mitgliederversammlung 2017 in Schwarzenbek

Am 6. Dezember 2017 fand die jährliche Mitgliederversammlung im Rathaus Schwarzenbek in gemütlicher Runde statt. Dr. Torsten Diederich, allgemeinärztlicher Vorstandssprecher, begrüßte die insgesamt 16 anwesenden TeilnehmerInnen und übergab das Wort anschließend an unseren Geschäftsführer Markus Knöfler.

Herr Knöfler präsentierte den Anwesenden die wesentlichen Ereignisse und Entwicklungen des Praxisnetzes im Jahr 2017, von denen wir Ihnen hier einige Punkte auszugswise vorstellen.

Jahresbericht des Vorstands 2017 (Auszug)

- 1. Februar 2017 – Erneute Akkreditierung und Förderung nach § 87b SGB V (4. Jahr)
Erhaltene Fördersumme: 100.000,- €
- 3 Mitglieder sind altersbedingt aus dem PNHL ausgetreten, 5 neue Mitglieder konnten gewonnen werden

Mitgliederstand (Dez. 2017)

- 71 aktive Mitglieder mit KVSafeNet in 36 Praxen
- 51 assoziierte Mitglieder in 44 Praxen
- 2 aktive Krankenhäuser mit KVSaveNet
- 5 assoziierte Krankenhäuser
- 3 aktive MVZen mit KVSafeNet

Qualitätszirkel und Projekte 2017

Im Jahr 2017 konnten wir mit Ihrer Unterstützung und aktiven Mitarbeit erneut einige neue Arbeitsgruppen und Qualitätszirkel initiieren. Zum einen haben die TeilnehmerInnen des QZ Polypharmazie einen netzinternen Medikationscheck im Sinne des „Brown-Bag-Reviews“ entwickelt. Ein erstes Rollout dieses Prozesses wird im Frühjahr vorerst in einigen ausgewählten Praxen des PNHL starten (mehr dazu auf Seite 30).

Zudem konnten die TeilnehmerInnen unseres Rheuma-Netztes den ambulanten und für den Großraum Lübeck bestimmten Behandlungspfad in Abstimmung mit der rheumatologischen Klinik des UKSH finalisieren. Ein Informationsabend für Hausärzte, Internisten, Orthopäden und Unfallchirurgen ist für dieses Jahr geplant.

In Zusammenarbeit mit der LADR MVZ GmbH Dr. Kramer & Kollegen wurde die gemeinsam mit unseren niedergelassenen Ärzten initiierte Arbeitsgruppe „Infektiologie im PNHL“ als QZ bei der KVSH angemeldet. Zielsetzung der Zusammenarbeit ist die Reduktion der Resistenzentwicklung in der Region sowie die Vermeidung des Wirkungsverlustes verschiedener Antibiotika. Bis zum Sommer 2018 wird gemeinsam ein Leitfaden für das diagnostische Vorgehen und die entsprechenden Therapieempfehlungen der häufigsten Infektionen im niedergelassenen Bereich erstellt (näheres erfahren Sie auf den Seiten 8 und 9).

Unsere beiden netzeigenen Wundmanagerinnen bekommen im Frühjahr 2018 eine weitere Kollegin zur Unterstützung in der Wundversorgung. Die Evaluationsergebnisse aus unserem ersten Versorgungsjahr 2017 zeigen, dass wir eine hohe Qualität in der Wundversorgung leisten. Zum einen konnten die Wundheilungszeiten verkürzt werden, zum anderen geben unsere Mitglieder das Feedback, eine spürbare Entlastung in der Praxis wahrzunehmen.

Und so starten wir in 2018...

- Das PNHL wird durch den Zuschlag für das geriatrische Innovationsfondsprojekt in den kommenden drei Jahren ca. 1,2 Mio. € für die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen (wir berichteten in der letzten Ausgabe) erhalten.
 - Im Sommer werden wir gemeinsam mit der AOK NordWest die telemedizinische Visite in unseren Pflegeeinrichtungen starten.
 - Unsere neue Patientenbroschüre wurde fertiggestellt und wird Ihnen zeitnah in die Praxis geliefert.
- Wenn Sie sich über weitere Aktivitäten und Entwicklungen in unserem Netz interessieren, kommen Sie jederzeit gerne auf uns zu!

„Demenz betrifft den ganzen Menschen“

Der Umgang mit Demenzpatienten – ein Thema, das auf großes Interesse beim MFA-Stammtisch Mitte Januar stieß. Fast 40 TeilnehmerInnen waren nach Breitenfelde gekommen und nahmen am Workshop unter der Leitung von Frau Prof. Dr. Katrin Balzer teil.

An der Universität zu Lübeck ist Prof. Balzer im Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie in den Bereichen Forschung, Lehre und Ausbildung wissenschaftlich tätig. Mit einem „World-Café“ eröffnete sie, nach der Begrüßung durch Maximilian Sander vom PNHL, den Workshop. In zwei Gruppen diskutierten die BesucherInnen über die Fragestellungen:

- Was finden Sie schwierig in der Versorgung von Patienten mit Demenz?
- Was hilft Ihnen in der Versorgung der Patienten und deren Angehörigen?
- Was vermissen Sie in der Versorgung?

In beiden Arbeitsgruppen wurde viel über die Belastung der Angehörigen von Demenzpatienten gesprochen. Mangelnde Zeit war ein wiederkehrendes Thema, ebenso in einigen Fällen die Notwendigkeit einer engen patientenorientierten Kommunikation zwischen Arzt und MFA.

„Demenz ist nicht nur Vergesslichkeit, sondern betrifft den ganzen Menschen.“ Mit diesen Worten bestätigte Prof. Balzer den Tenor der Gruppenergebnisse. Dass Zeit und Zuwendung wesentliche Faktoren im Umgang mit Demenzpatienten sind, fasste sie zusammen: „Vorwürfe und Tadel können die Patienten nicht mehr einordnen. Das Entscheidende ist soziale Interaktion.“ Dafür zeigte sie ein Drei-Säulen-Modell für den Umgang:

- **Empathie** das einführende, nicht wertende Verstehen von anderen
- **Kongruenz** sich selbst nicht verstellen, Echtheit auch vor sich selbst; zu den eigenen Gefühlen stehen
- **Akzeptanz** unbedingte Wertschätzung; den Anderen wollen

Prof. Balzer warnte allerdings im zweiten Teil der Veranstaltung auch vor eiligen Diagnosen:

„Es müssen beispielsweise ein Vitamin B-Mangel oder Erkrankungen der Schilddrüse ausgeschlossen werden, bevor man die Diagnose Demenz stellt.“

Die Expertin bestätigte, dass MFAs oft die Ersten sind, die eine Veränderung am Patienten bemerken. Aus dem Kreis der teilnehmenden MFA hieß es, dass viele Ärzte mit knapp bemessenem Personal arbeiten, was regelmäßige Tests der kognitiven Fähigkeiten älterer Patienten, etwa durch extra geschulte MFAs, erschwere. Dabei kann die Diagnose Demenz auch vom Hausarzt gestellt werden.

Als wichtige Anlaufstellen wurden die örtlichen Pflegestützpunkte und Demenz-Netzwerke wie z. B. das Kompetenzzentrum Demenz Schleswig-Holstein (<http://www.demenz-sh.de/>) genannt. Prof. Balzer wies zudem auf die Online-Angebote des Sozialministeriums hin: „Die Länder haben die Aufgabe, den Ausbau und die Qualität niedrigschwelliger Betreuungsangebote, sogenannter ‚Angebote zur Unterstützung im Alltag‘, zu regeln und zu fördern.“ Der Umgang mit Menschen mit Demenz bedarf nach den Worten von Katrin Balzer „einer interprofessionellen Zusammenarbeit. Das ist keine One-Man-Show“. Dazu empfahl die Expertin das gemeinsame Betrachten des Kurzfilms „Barbara’s Story“ (Link dazu s. u.) mit dem ganzen Praxisteam. Bei der Abschlussrunde, mit der die Veranstaltung über das geplante Zeitmaß hinausging, bestätigte sich der Wunsch der TeilnehmerInnen nach weiteren Möglichkeiten zum gegenseitigen Austausch und Veranstaltungen zum Thema „Umgang mit Demenz“.

Informationen

Link: https://www.youtube.com/watch?v=DtA2sMAjU_Y
<http://www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/P/pflege/Demenz.html>



Umgang mit Demenz ist ein gefragtes Thema unter den MFA. Prof. Dr. Katrin Balzer gab Hilfestellungen.



Tilman Grommé referierte über Möglichkeiten zur Behandlung von multiresistenten Erregern.

Multiresistente Erreger – kein unausweichliches Schicksal

Um den „Multiresistenten Erreger – MRE“ ging es am 20. Dezember 2017 in einer Schulung des Praxisnetzes im LADR-Zentrallabor in Geesthacht. Der Krankenhaushygieniker Tilman Grommé verdeutlichte die aktuelle Relevanz des Themas.

Ursachen von MRE

„MRE sind Keime, die gegen mehrere antiinfektive Substanzen (Antibiotika) unempfindlich sind“, begann Grommé zunächst mit einer grundlegenden Definition. „Die Krankheitserscheinungen in Folge von multiresistenten Erregern unterscheiden sich nicht von denen empfindlicher Erreger“, so Grommé. Jedoch könne der Verlauf einer Infektion durch MRE deutlich ungünstiger sein, wenn die antiinfektive Therapie aufgrund der Resistenzlage erst verspätet zum Einsatz kommt. Für manche Erreger sind die therapeutischen Möglichkeiten wegen der nur noch wenigen wirksamen Substanzen massiv eingeschränkt. „MRE heißt aber nicht automatisch, dass wir keine Therapiemöglichkeit mehr haben“, meint Tilman Grommé. Noch gebe es zwei wirksame Substanzen, mit deren Einsatz man aber gut aufpassen müsse und nicht zu leichtfertig sein dürfe.

Die Ursachen der Resistenzen sieht Grommé unter anderem im weit verbreiteten Einsatz von Antibiotika in der Human- sowie in der Tiermedizin. Grommé weiter: „Das ist aber kein

unausweichliches Schicksal.“ Die Reduktion des Einsatzes von Antiinfektiva könne die Rate an multiresistenten Keimen senken.

Was kann man tun: Am Beispiel von MRSA

Eine Keimspezies ist der Multiresistente Staphylococcus aureus (MRSA), der Haut und Schleimhäute von bis zu 30 % aller Menschen besiedelt. Sein primärer Standort sind die Nasenvorhöfe, von wo aus er sich weiter verbreitet. Der überwiegende Anteil von MRSA-Einsendungen stamme aus Wundinfektionen, die entsprechenden Epidemiestämme in erster Linie aus deutschen Krankenhäusern. „Ich will zeigen, was in Ihrem Bereich überhaupt machbar ist“, sagte Tilman Grommé zu den anwesenden Praxisinhabern und MFA. Zunächst gehe es um eine Bestätigung einer MRSA-Besiedelung des Patienten beziehungsweise eine Abstrichentnahme. Hierbei

sind entsprechende Qualifikationsvoraussetzungen gefordert. So muss in der Praxis entweder ein Infektiologe oder ein Mitarbeiter mit „MRSA-Zertifizierung“ vorhanden sein.

Danach können entsprechende Sanierungsmaßnahmen zur Dekolonisation des Patienten eingeleitet werden. Hierbei geht es darum, die MRSA-Infektion des keimbesiedelten Patienten zu verhindern, unter anderem durch Unterbindung von Übertragungen und Senkung der Erregerlast. Grommé: „Wenn man sich Mühe gibt, kann das funktionieren.“ In der häuslichen Umgebung heißt dies unter anderem, dass vor Beginn der Sanierung zum Beispiel alle Körperpflegeutensilien ausgetauscht werden müssen und spätestens ab dann alle Familienmitglieder eigene Cremes, Zahnbürsten usw. verwenden müssen. Tilman Grommé beschrieb den weiteren Ablauf einer Sanierung, wie auch das tägliche Wechseln und Waschen von Handtüchern, Bettwäsche und Kleidung. „Wir müssen damit rechnen, dass wir nur bei etwa 60 Prozent der Patienten Erfolg haben.“

Im weiteren Verlauf seines Vortrags gab Tilman Grommé einen ähnlichen Strauß an Informationen über Vancomycin-resistente Enterokokken (VRE), Multiresistente Erreger (MRE) und multiresistente gramnegative Bakterien (MRGN).

Stellung der Hygiene

„Die Hände des Personals sind die Hauptübertragungsquelle für Krankheitserreger. Die hygienische Händedesinfektion ist daher die wichtigste Maßnahme, um die Übertragung von Krankheitserregern zu verhindern“, so eine weitere Information des Vortrags, bei dem es nun noch um einige Basisregeln der Hygiene im Praxisalltag ging. Abschließend beschrieb Grommé noch den Umgang mit MRE am Beispiel MRSA.

Veranstaltungskalender 2018

In den kommenden Monaten sind wieder einige Veranstaltungen für Sie geplant. Über die einzelnen Themen der MFA-Stammtische werden wir Sie rechtzeitig informieren.

Veranstaltungen im Netz

- | | |
|------------|------------------------------|
| 11.04.2018 | 6. Pflegedialog im Herzogtum |
| 17.08.2018 | PNHL Sommerfest |

MFA-Stammtische

- | | |
|------------|--------------------|
| 11.04.2018 | 8. MFA-Stammtisch |
| 11.07.2018 | 9. MFA-Stammtisch |
| 10.10.2018 | 10. MFA-Stammtisch |

Bereits terminierte Fortbildungen für Ärzte, Psychotherapeuten und das Praxisteam

- | | |
|------------|--|
| 28.03.2018 | Fortbildung Arbeitsschutz |
| 23.05.2018 | Hygienefortbildung im LADR |
| 06.06.2018 | Impffortbildung: Prävention bei Kindern und Jugendlichen (Schwerpunkt HPV) |

Besuchte Veranstaltungen von Geschäftsstelle und Vorstand

- | | |
|----------------|---|
| 06.12.2017 | Jährliche Mitgliederversammlung im PNHL, Schwarzenbek |
| 10.01.2018 | Neujahrsempfang im DRK-Krankenhaus Mölln-Ratzeburg |
| 17.-18.01.2018 | Kongress Vernetzte Gesundheit, Kiel |
| 16.02.2018 | Netztreffen Schleswig-Holstein, Bad Segeberg |

Der Praxismietvertrag

die teuerste Entscheidung neben dem Praxiserwerb

„Ihre Unterschrift kann Sie reich machen – oder ruinieren“ heißt es in der Werbung. Besonders gilt dies für Praxismietverträge, deren rechtliche und ökonomische Bedeutung häufig unterschätzt werden, immerhin erreicht der Mietzins während der Vertragslaufzeit häufig den Kaufpreis für die Praxis. Deshalb lohnt es sich, auf wichtige Aspekte zu achten.

Mietobjekt

Häufig werden die Mieträume nicht richtig beschrieben oder zeichnerisch falsch dargestellt. Die Folgen können zu Ärger und Auseinandersetzungen (insbesondere bei den Kellerräumen und Stellplätzen, die häufig vergessen werden) bis zur Unwirksamkeit des ganzen Vertrages führen. Besonders wichtig ist eine genaue Bezeichnung bei allen kassenärztlichen Fragen – denn die Kassenarztzulassung wird hausnummerngenau vergeben. Wird z. B. eine Zulassung für die Hausnummer 14a beantragt und genehmigt, liegt das Objekt jedoch in der Nummer 14b, dann wird die kassenärztliche Tätigkeit niemals in Nummer 14a aufgenommen – und der Kassenarztsitz verfällt – mit dramatischen Konsequenzen.

Parteien des Mietvertrages

Gerade auf Mieterseite sind oft bereits die Parteien des Mietvertrages nicht klar geregelt: Ist es die Gemeinschaftspraxis in ihrer Rechtsform als (zumeist) Gesellschaft bürgerlichen Rechts? Sind es die Gesellschafter der Praxis – aber nicht die Gesellschaft selbst? Oder ist es gar der Seniorpartner allein, der die Räume vor Gründung der Gemeinschaftspraxis angemietet hat? Spätestens im Falle der Trennung der Gemeinschaftspraxis kann ein Blick in den alten Mietvertrag, der nie an die aktuelle gesellschaftsrechtliche Konstruktion angepasst wurde, böse Folgen offenbaren. In vielen Fällen knüpft der Vermieter das Eintrittsrecht eines Nachfolgers in den Mietvertrag an seine Zustimmung. Dies bedeutet jedoch nichts

anderes, als dass der Vermieter damit indirekt bestimmen kann, an wen die Praxis bzw. ein Gesellschaftsanteil veräußert wird – ein untragbarer Zustand, zumal die Fortführung der Praxis am bisherigen Ort auch in den kassenärztlichen Nachbesetzungsverfahren relevant ist.

Laufzeit des Mietvertrages

Da für Arztpraxen regelmäßig Umbauten notwendig sind und auch der Praxisinhaber selbst umfangreiche Investitionen vornehmen muss, sind Vertragslaufzeiten von zunächst fünf bis zehn Jahren mit anschließend folgenden mehrjährigen Verlängerungsoptionen anzuraten.

Umsatzsteuer

In vielen Formularmietverträgen findet sich eine Klausel, wonach der Vermieter zur Umsatzsteuer „optieren“ könne. Eine solche Vereinbarung hat in Mietverträgen für Arztpraxen nichts verloren. Denn wenn der Vermieter von ihr Gebrauch macht, wird die Miete um 19% teurer – und das womöglich über viele Jahre! Anders als viele andere Selbstständige erbringen Ärzte ihre Leistungen umsatzsteuerfrei – und können daher für sie umsatzsteuerpflichtige Leistungen auch nicht gegenrechnen.

Verkehrssicherungspflichten

Häufig werden in Mietverträgen die sogenannten Verkehrssicherungspflichten auf den Mieter abgewälzt, wozu beispielsweise das Räumen und Streuen im Winter gehören. Je nach gültiger kommunaler Satzung bedeutet dies, dass man ggf. um 7.30 Uhr alle Zuwege geräumt haben muss. Wird ein Winterdienstunternehmen beauftragt, muss man dieses überwachen. Kommt das beauftragte Unternehmen seiner Pflicht nicht nach, steht man trotz eines geschlossenen Vertrages in der Verantwortung – und muss selbst räumen und streuen. Deshalb sollte



Ihre Praxisräume gehören zu den wichtigsten Grundlagen einer erfolgreichen Arbeit. Prüfen Sie unbedingt alte und künftige Mietverträge!

in jedem Fall neben der bekannten Berufshaftpflichtversicherung auch eine Betriebshaftpflichtversicherung abgeschlossen werden, die Verstöße gegen diese Pflichten absichert. Besondere Vorsicht ist geboten, wenn nicht nur die Verkehrssicherungspflichten für die Zuwege zur Praxis, sondern für das gesamte Objekt (z. B. Ladenpassage, Einkaufszentrum) auf den Praxisinhaber abgewälzt werden.

Betriebspflichten

Gerade wenn der Vermieter ungeeignete Formularmietverträge für Gewerbeflächen verwendet, finden sich darin Klauseln, die eine Betriebspflicht des Mieters vorsehen. Ein Verstoß hiergegen kann zu Unterlassungsansprüchen (d. h. der Durchsetzung der Betriebspflicht) oder sogar zur Kündigung des Mietverhältnisses führen. Eine Betriebspflicht mag für Läden in einem Einkaufszentrum sinnvoll sein – für eine Arztpraxis ist sie gefährlich.

Nebenkosten

Der „Klassiker“ bleibt hier die Abwälzung von Nebenkosten, die der Vermieter zu tragen hat, zum Beispiel Fahrstuhlkosten, Straßenreinigungskosten oder Kosten für Versicherungen. Allerdings sind die Grenzen für die Abwälzung weiter, denn die Nebenkostenverordnung, auf die häufig Bezug genommen wird, gilt an sich nur für Wohnraummietverträge. Sie auch für Arztpraxen zu vereinbaren, ist möglich. Allerdings werden häufig Öffnungsklauseln vorgelegt, die eine einseitige Erweiterung der Nebenkosten zulasten des Mieters zulassen. Hier gilt: Verträge, die eine Partei einseitig ändern kann und an die man über viele Jahre gebunden ist, sollte man nicht abschließen (oft sind diese Klauseln unwirksam).

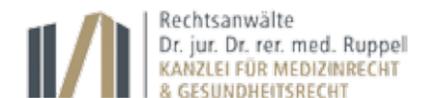
Anlagen zum Mietvertrag

Zum Mietvertrag gehören häufig Anlagen, die zwar erwähnt werden, dem Mieter vor Abschluss des Vertrages jedoch nicht ohne Nachfrage vorgelegt werden. Hierbei handelt es sich meist u. a. um die Hausordnung, die Bestandteil des Mietvertrages ist und dem Mieter weitreichende Pflichten aufbürden kann. Unter Umständen steht die Hausordnung auch im Widerspruch zu den Pflichten des Mietvertrages. Vor Abschluss des Vertrages sollte daher zwingend auch Einblick in die Anlagen zum Mietvertrag genommen werden, um sich so vor bösen Überraschungen zu schützen.

Fazit

Der Praxismietvertrag gehört zu den bei Praxiserwerb, der Übernahme von Gesellschaftsanteilen und auch im täglichen Praxisbetrieb unterschätzten Aspekten. Als Mieter sollte man sich die Zeit nehmen, den Mietvertrag genau zu lesen und zu hinterfragen.

Dr. Dr. Thomas Ruppel



www.gesundheitsrecht.de
Telefon 0451 / 29 366 500
kanzlei@gesundheitsrecht.de

Praxisnah und effizient: Konto für Mediziner

Der Wandel im Gesundheitswesen und der verstärkte Wettbewerb haben das Aufgabenprofil der medizinischen Berufe verändert. Es lohnt sich, auch bei Abläufen im Zahlungsverkehr auf Effizienz zu achten.

Ärzte sind immer mehr auch als Unternehmer gefordert und betriebswirtschaftliche Themen konkurrieren zunehmend mit den medizinischen Aufgaben in der Praxis. Ein Beitrag zur Effizienz kann es sein, wenn sie auf Konten zurückgreifen, die speziell auf die Anforderungen der Heilberufe zugeschnitten sind – mit umfassenden Leistungen und zusätzlichen Services für den Zahlungsverkehr. Geschäftliche und private Zahlungen sollten dabei stets über getrennte Konten erfolgen. So lassen sich geschäftliche Ausgaben leichter nachvollziehen, und Fehler in der Einnahmen-Überschuss-Rechnung können vermieden werden.

Spezielle Angebote für Ärzte

Ärzte können sich heute praxisnahe und leistungsstarke Lösungen für den geschäftlichen Zahlungsverkehr auch ohne monatlichen Grundpreis sichern. Moderne Konten bieten – neben zahlreichen anderen Leistungen – den kostenfreien Zugang zu einer topaktuellen Electronic-Banking-Software, die den Zahlungsverkehr und das Liquiditätsmanagement deutlich erleichtert, oder auch die Einbindung in ein Buchführungsprogramm.

Gundula Groeger, Senior Beraterin Heilberufe der Deutschen Bank, erläutert dazu: „Das Konto kann darüber hinaus den Zugang zu hilfreichen Services ermöglichen!“ So stelle z. B. die Deutsche Bank Inhabern eines solchen Kontos auf Wunsch einen PraxisCheck kostenfrei zur Verfügung. „Dabei werden die Daten der eigenen Praxis mit anderen Praxen der gleichen Fachgruppe und ähnlicher Größe in der Region verglichen. Dies

ermöglicht eine Standortbestimmung, die wichtige Impulse für die künftige strategische Ausrichtung der Praxis geben kann“, so Groeger weiter.

Mehr Zeit für das Wesentliche

Als besonderen Vorteil bieten innovative Konten individuell einstellbare Informations-Services. Dabei handelt es sich um Benachrichtigungen rund ums Konto, die per E-Mail direkt auf das Smartphone, das Tablet oder den PC gesendet werden. Die Nutzer sind so stets aktuell informiert, wenn sich auf ihrem Geschäftskonto etwas ändert, zum Beispiel durch Zahlungen der KV oder Abbuchungen. Neben Informationen zum Zahlungsverkehr erhalten Kunden wahlweise auch individuelle Nachrichten zum Vermögensdepot, Hinweise auf Fälligkeiten und Laufzeiten sowie aktuelle Marktinformationen. Die Einstellungen lassen sich jederzeit anpassen. „Speziell auf sie abgestimmte Info-Services helfen Ärzten und Zahnärzten, in ihren Finanzangelegenheiten stets den Überblick zu behalten“, so Gundula Groeger. Automatisch versendete Informationen zu individuellen Themen bedeuten mehr Effizienz und damit mehr Zeit für das Wesentliche, das Gespräch mit Patienten.

Deutsche Bank – Heilberufeberatung

Kohlmarkt 7–15, 23552 Lübeck

Gundula Groeger

Tel. +49 451 149-2336

E-Mail: gundula.groeger@db.com

Lara-Mareike von der Sode

Tel. +49 451 149-2187

E-Mail: lara-mareike.von-der-sode@db.com

Carolin Kienitz

Tel. +49 451 149-2122

E-Mail: carolin.kienitz@db.com



Deutsche Bank

Ihre Patienten
vertrauen auf Sie.



Vertrauen Sie auf unser
leistungsstarkes medKonto.

Das Deutsche Bank medKonto bietet Ihnen viele nützliche Inklusivleistungen, wie zum Beispiel die kostenlose Kreditkarte im Ärztedesign und den KontoUmzugsservice Plus. Und das ganz ohne monatliche Grundgebühr.*
[deutsche-bank.de/heilberufe](https://www.deutsche-bank.de/heilberufe)

Wenn aus Bank Hausbank wird.

*Die Konditionen des Deutsche Bank medKonto gelten nur für Ärzte/Zahnärzte mit regelmäßigen Zahlungseingängen aus ärztlicher Tätigkeit.



Das steuerliche Arbeitszimmer

Viele Ärzte und Selbständige nutzen ein Arbeitszimmer innerhalb ihrer privaten Räume. Jan Dittmann, Steuerberater des PNHL, wägt für uns die Chancen und Risiken ab.

1. Allgemeines

Auf den ersten Blick scheint es attraktiv, einen Teil der Aufwendungen für das private Zuhause über ein betriebliches Arbeitszimmer als Betriebsausgaben geltend zu machen. Allerdings kann im ungünstigsten Fall der Verkauf oder die Entnahme wegen Betriebsaufgabe bei einer Immobilie mit einem anerkannten betrieblichen Arbeitszimmer zu einer Steuerbelastung führen, die die frühere Steuerersparnis übersteigt. Mit einer fundierten Planung kann jedoch in vielen Fällen ein laufender Kostenabzug erreicht werden, ohne dass später ein steuerpflichtiger Veräußerungsgewinn entsteht.

Susanne Thiel und Jan Dittmann haben wichtige Aspekte zum Arbeitszimmer zusammengestellt, damit Sie steuerliche Nachteile gezielt vermeiden können.



Nur, wer die wesentlichen Aspekte zum Thema Arbeitszimmer kennt und rechtzeitig plant, kann die Vorteile eines steuerlichen Arbeitszimmers optimal nutzen und die bestehenden Risiken vermeiden.

2. Häusliches Arbeitszimmer

Abziehbare Kosten

Ein Arzt kann maximal 1.250 Euro pro Jahr als Kosten für ein häusliches Arbeitszimmer geltend machen. Alle Raumkosten können entsprechend der Fläche bis zu diesem Höchstbetrag anteilig angesetzt werden.

Bei Nutzung eines Arbeitszimmers durch beide Eheleute kann jeder bis zu 1.250 Euro absetzen, wenn beide die Voraussetzungen für die steuerliche Anerkennung erfüllen.

Voraussetzungen für den Abzug als Betriebsausgabe

- Für die berufliche Tätigkeit steht kein anderer Arbeitsplatz zur Verfügung. Insbesondere für Praxen, in denen mehrere Ärzte tätig sind, haben sich durch die aktuellen Urteile die Chancen für die Durchsetzung eines Arbeitszimmers deutlich verbessert. Ein Schreibtisch in einem kleinen Praxisraum ohne Aktenschränke, der von mehreren Personen genutzt wird, ist nach neuer Rechtsprechung kein anderer Arbeitsplatz. Außerdem kann es dem Praxisinhaber nicht zugemutet werden, alle Büroarbeiten nach Feierabend zu erledigen.
- Das Arbeitszimmer ist ein separater abgeschlossener Raum (keine Galerie, Arbeits-ecke oder Durchgangszimmer).
- Das Arbeitszimmer wird fast ausschließlich beruflich genutzt (kein Gästebett, kein privates Bücherregal).

3. Außerhäusliches Arbeitszimmer oder Betriebsraum

Für Räume, die kein häusliches Arbeitszimmer sind, können die anteiligen Raumkosten unbeschränkt abgezogen werden.

- Betriebsraum: Ein Raum in der privaten Wohnung, der nicht als Büroraum, sondern für andere betriebliche Zwecke, z. B. als Lagerraum für Material oder als Archiv, genutzt wird.
- Außerhäusliches Arbeitszimmer: Ein Büroraum, der nicht in die private Wohnung integriert ist, d. h. der Nutzer muss seine Privatwohnung verlassen, um in das Arbeitszimmer zu gelangen.

4. Verkauf einer Immobilie mit Arbeitszimmer – steuerliche Folgen

In den vergangenen Jahren ist der Wert vieler Immobilien stark gestiegen. Zusätzlich wird das eigene Haus oft erst Jahrzehnte nach dem Kauf oder Bau verkauft, so dass allein durch die inflationsbedingten Preiserhöhungen ein nominaler Gewinn entsteht.

Grundsätzlich ist der Gewinn aus dem Verkauf einer selbstgenutzten Immobilie steuerfrei.

Diese Steuerbefreiung gilt aber nicht für Betriebsvermögen, wie ein betriebliches Arbeitszimmer und andere betriebliche Räume. Bei Verkauf oder Entnahme dieser Räume müssen die stillen Reserven immer versteuert werden. Dabei wird nicht nur die anteilige nominale Wertsteigerung besteuert, sondern es werden zusätzlich alle bisherigen Abschreibungen dem Gewinn hinzugerechnet. Dies gilt sogar dann, wenn sich die Abschreibungen wegen des Höchstbetrags beim häuslichen Arbeitszimmer gar nicht steuerlich ausgewirkt haben.

Bei Selbständigen tritt diese Gewinnbesteuerung auch ohne Verkaufserlös dann ein, wenn die berufliche Tätigkeit beendet wird. Wegen der Betriebsaufgabe wird eine Entnahme zum Verkehrswert fingiert und wie bei einem Verkauf versteuert.

Diese Schlussbesteuerung kann bei rechtzeitiger Gestaltung jedoch ausgeschlossen werden.

Die Zuordnung der betrieblichen Räume zum Betriebsvermögen kann durch die Nutzung kleiner Räume mit einem geringen Wert vermieden werden. Betrieblich genutzte Räume mit einem Wert von unter 20.500 Euro und bis 20 % des Gesamtwerts der Immobilie müssen nicht dem Betriebsvermögen zugeordnet werden. Wer also dieses Wahlrecht nutzt, verhindert eine spätere Besteuerung stiller Reserven bei Verkauf oder Entnahme und kann trotzdem die laufenden Raumkosten als Betriebsausgaben

geltend machen. Selbständige sollten die Größe ihres Arbeitszimmers also immer so wählen, dass die Bagatellgrenzen unterschritten werden.

In den folgenden Jahren sollte aber in regelmäßigen Abständen überprüft werden, ob eine Überschreitung der Bagatellgrenzen droht. Sobald dies absehbar ist, kann dann das Arbeitszimmer rechtzeitig so umgestaltet werden, dass es nicht mehr fast ausschließlich betrieblich genutzt wird, z. B. durch zusätzliche Nutzung als Gästezimmer.

Bei anderen betrieblichen Räumen könnte vor Erreichen der Bagatellgrenze die betriebliche Nutzung aus der eigenen Immobilie in angemietete Räume verlagert werden, z. B. Anmietung von Archivräumen. Damit bleiben die bisherigen Betriebsräume Privatvermögen und die Besteuerung stiller Reserven ist ausgeschlossen.

5. Fazit

In Zusammenhang mit dem Thema „steuerliches Arbeitszimmer“ sind komplexe gesetzliche Regelungen und eine umfangreiche Rechtsprechung zu beachten. Jeder Einzelfall ist dabei genau zu prüfen. Durch eine geschickte Nutzung der Gestaltungsmöglichkeiten können Selbständige aber jahrelang Steuerersparnisse über einen laufenden Betriebsausgabenabzug erzielen und gleichzeitig die Besteuerung eines Verkaufs- oder Entnahmegewinns vermeiden.

Susanne Thiel und Jan Dittmann

DITTMANN_Kollegen
Steuerberatungsgesellschaft mbH

Dittmann & Kollegen Steuerberatungsgesellschaft mbH
Kleine Wallstraße 2, 23909 Ratzeburg
Tel.: + 49 4541 8782-0, Fax: + 49 4541 8782-10
info@duk-stb.de

Ihr Netzmehrwert: Medikationscheck



Das Thema Polymedikation ist hochaktuell und bedarf – insbesondere im Hinblick auf den demographischen Wandel sowie dem vergleichsweise hohen Altersdurchschnitt in der Region Herzogtum Lauenburg – mehr Aufmerksamkeit im Rahmen unserer Netzarbeit. Im Jahr 2018 wollen wir uns dieser Thematik annehmen und konkretisieren damit das im QZ Polypharmazie erarbeitete Projekt „Multimedikationscheck – Brown-Bag-Review“.

Dabei sollen bei multimorbiden Patienten mit einem Mindestalter von 60 Jahren alle eingenommenen Medikamente (auch Medikamente der Selbst- und Bedarfsmedikation) ermittelt werden, um diese im Anschluss einem Review zu unterziehen. Das Ziel ist, die mit einer Pharmakotherapie verbundenen Risiken zu senken, indem unerwünschte Wechselwirkungen der Medikation vermieden werden und unnötige bzw. risikobehaftete Medikamente und Kombinationen abgesetzt werden.

Der gesamte Prozess basiert auf der Fortentwicklung der Leitlinie „Multimedikation“ der DEGAM, die um einen Schritt der Konsentierung zwischen Haus- und Fachärzten ergänzt und erweitert wurde. Aktuell testen wir den entwickelten Prozess in einer Pilotphase mit fünf Hausarztpraxen. Dieser Prozess wird von unserer Netz-MFA Ute Abramowski unterstützt und sieht folgende Schritte vor:

- Die Praxis identifiziert Patienten, die älter als 60 Jahre sind und bei denen eine dauerhafte Einnahme von mehr als fünf Medikamenten bekannt ist.
- Die Patienten werden in der Praxis informiert, erhalten eine „Brown-Bag“ und werden gebeten, alle aktuell eingenommenen Medikamente in der „Brown-Bag“ zu sammeln. Im Anschluss werden die Patienten reterminiert.



In der „Brown-Bag“ werden alle Medikamente gesammelt, die der Patient einnimmt.

- Zum Folgetermin bringt der Patient mit:
 1. Alle verordneten, regelmäßig und unregelmäßig eingenommenen sowie frei verkäuflichen Medikamente
 2. Relevante Behandlungsunterlagen (Arztbriefe, Klinik-Entlassungsbriefe, etc.)
- Die Praxismitarbeiter/-in trägt alle Medikamente auf einem MedCheck-Bogen ein.
- Der Arzt überprüft die Medikamente anhand der Checkliste, passt die Medikation nach Abwägung unerwünschter Wechsel- und Nebenwirkungen und nach Rücksprache mit Fachärzten an und gibt gezielte Hinweise zur Verträglichkeit von Medikamenten und Nahrungsmitteln (z. B. Statine/Grapefruit-Saft).
- Der Arzt erstellt für den Patienten einen aktuellen Medikamentenplan nach Vorlage des bundeseinheitlichen Medikationsplans.

Für die Umsetzung erhalten die Praxen pro durchgeführten Medikationscheck eine Vergütung von 25,- Euro aus Netzmitteln.

Nach erfolgreicher Pilotphase streben wir an, die Medikationschecks auch in weiteren Netzpraxen zu etablieren. Wenn Sie daran interessiert sind, melden Sie sich gerne bei uns in der Geschäftsstelle!

Impressum

Praxisnetz Herzogtum Lauenburg e. V.
Praxisnetz Herzogtum Lauenburg Management GmbH

Vorstandssprecher*in

Dr. med. Torsten Diederich,
Dr. med. Susanne Westermann

Geschäftsstelle

Wasserkrüger Weg 7, 23879 Mölln
Tel. 04542- 854 2887
Fax 04542- 854 2888
E-Mail: info@pnhl.de
Web: www.pnhl.de

Vereinsregister

Amtsgericht Ratzeburg VR 464

Zuständige KV

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
Bismarckallee 1-3, 23795 Bad Segeberg
Berufsordnung unter www.aeksh.de

Grafische Konzeption und Layout

Berger & Berger, Hamburg
www.berger-grafikdesign.de

Redaktion

Markus Knöfler, Geschäftsführung Praxisnetz Herzogtum Lauenburg
E-Mail: m.knoefler@pnhl.de
Christina Möllmann, Projektleitung Praxisnetz Herzogtum Lauenburg
E-Mail: c.moellmann@pnhl.de
Maximilian Sander, Projektmanagement Praxisnetz Herzogtum Lauenburg
E-Mail: m.sander@pnhl.de
Anna Herr, Teamassistentin Praxisnetz Herzogtum Lauenburg
E-Mail: a.herr@pnhl.de
Andreas Anders, Journalist, Redakteur
E-Mail: a.anders@herzogtum-direkt.de
Thomas Biller, Journalist, Fotograf
E-Mail: thomas-biller@gmx.net

Redaktionsleitung

Maximilian Sander, Projektmanagement Praxisnetz Herzogtum Lauenburg
E-Mail: m.sander@pnhl.de
Christine Krüger, Inhaberin spierenstich
E-Mail: info@spierenstich.de

Verantwortlicher im Sinne des Pressegesetzes

Markus Knöfler

Fotos

LADR Der Laborverbund Dr. Kramer & Kollegen
Thomas Biller
Fotolia: babelsberger, BillionPhotos, gpointstudio, K.-U. Häßler,
Markus Mainka, RATOCA, spuno
iStock: 8vFanI, HASLOO, Jovanmandic, pelucco, sb-borg

Sofern Personenbezeichnungen nur in männlicher Form verwendet werden, sind mit diesen selbstverständlich männliche und weibliche Personen gemeint.

DRK-Krankenhaus Mölln-Ratzeburg

Akademisches Lehrkrankenhaus des UKSH, Campus Lübeck



Fachbereiche:

- Innere Medizin / Gastroenterologie / Kardiologie / Nephrologie / Pneumologie
- Allgemein- u. Viszeralchirurgie / Gefäßchirurgie
- Orthopädie / Unfallchirurgie / Sportmedizin
- Plastische, Ästhetische und Handchirurgie
- Gynäkologie und Geburtshilfe
- Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin
- Urologie
- Ambulantes OP- und Hernienzentrum
- Radiologisches Zentrum

Leistungsangebot:

- EndoprothetikZentrum
- Zentrum für Alterstraumatologie
- Wundtherapiezentrum
- Interdisziplinäres Bauchzentrum
- Interdisziplinäres Tumorzentrum
- Interdisziplinäres Gefäßzentrum
- Mammachirurgie im Brustzentrum
- Herzkatheteruntersuchungen inkl. Stentversorgung
- Interdisziplinäre Intensivstation
- Geriatrie und ambulante Pflege
- 24-Stunden-CT

Röpersberg 2 | 23909 Ratzeburg | Tel 04541 – 884 0

www.drk-krankenhaus.de