

PATIENTENMAGAZIN

DES ÄRZTENETZES BIELEFELD

GESCHICHTE ERLEBEN

Ein Besuch im
Krankenhausmuseum Bielefeld

DIE LEHRE NACH DEM TOD

Körperspende für die Medizinische
Fakultät OWL in Bielefeld

MULTIMODALE SCHMERZTHERAPIE

Chronische Schmerzen umfassend
und individuell behandeln

ADVANCE CARE PLANNING

Selbstbestimmte Vorsorge-
planung für Notfall-Szenarien

GRATIS
Exemplar
**ZUM MIT-
NEHMEN!**

BLUTSPENDEDIENTST BETHEL

Der Blut-
spendedienst
Bethel jetzt
auch am
Johannesstift
in Schildesche!

Mehr
Infos unter:
[blutspende-
bethel.de](http://blutspende-
bethel.de)

Gisela, 65 Jahre, transplantiert
Kann dank (d)einer Blutspende
ihre Enkelin kennenlernen.

Schenke Leben, spende Blut!

**GESCHENK
LEBEN**

INHALT



**ANTONIA
PIEPER**

-
- 6 MULTIMODALE SCHMERZTHERAPIE**
Chronische Schmerzen umfassend und individuell behandeln
 - 10 IMMER GUT VERSORGT**
Ihre Bielefelder Ärztenetze
 - 12 UNSER VORSTAND**
 - 14 ADVANCE CARE PLANNING**
Selbstbestimmte Vorsorgeplanung für Notfall-Szenarien
 - 18 RED FLAGS**
Warnsignale, die Sie nicht ignorieren sollten
 - 20 MFA: EIN BERUF MIT ZUKUNFT**
Ausbildung, Aufgaben und Perspektiven
 - 22 MORBUS PARKINSON**
Diagnose, Verlauf und Fortschritte in der Therapie
 - 26 GESCHICHTE ERLEBEN**
Ein Besuch im Krankenhausmuseum Bielefeld
 - 28 NETZSTRUKTUREN IN BIELEFELD**
Ärztenetze und ihre Funktion in der medizinischen Versorgung
 - 30 DIE LEHRE NACH DEM TOD**
Körperspende für die Medizinische Fakultät OWL
 - 32 DIE KLEINSTEN HABEN BILDSCHIRMFREI**
Einen gesunden Umgang mit digitalen Medien finden
 - 34 GESUNDHEITSRISIKO HITZE**
Der Klimawandel und seine Folgen
 - 37 IMMER AN DER RICHTIGEN ADRESSE**
 - 38 NOTFALLNUMMERN**

EDITORIAL

LIEBE PATIENTINNEN, LIEBE PATIENTEN,

es ist mittlerweile gute Tradition, dass die im Netzwerk kooperierenden Hausärztinnen und Hausärzte Bielefelds einmal im Jahr für Sie ein informatives PATIENTENMAGAZIN gestalten. In der nunmehr 6. Ausgabe finden Sie Informationen zu Aktivitäten Ihrer behandelnden Ärztinnen und Ärzte, Wissenswertes zu Strukturen der medizinischen Versorgung sowie Beiträge und Interviews zu wichtigen chronischen Erkrankungen.

Für Patient*innen ist es wichtig und hilfreich, eigene Symptome in ihrer Relevanz abschätzen zu können, was vor allem heißt: unterscheiden können zwischen ungefährlich und gefährlich. Hierzu soll Ihnen der Artikel zu den sogenannten „**Red Flags**“ eine Hilfestellung geben. Wer im Notfall zuständig ist und welche Kontaktnummer zu wählen ist, erfahren Sie im Beitrag zu den Ansprechpartner*innen im Notfall.

Der menschengemachte Klimawandel ist in vollem Gange. Extremwetterereignisse werden immer häufiger auftreten. Der Artikel „**Gesundheitsrisiko Hitze**“ gibt Ihnen Tipps, wie Sie sich im Falle von Hitzeperioden schützen können.

Zu den großen Herausforderungen chronischer Erkrankungen zählen Chronischer Schmerz und das Parkinson-Syndrom. Lesen Sie die ausführlichen Interviews zum Thema „**Multi-modale Schmerztherapie**“ mit dem Schmerztherapeuten **Prof. Dr. Wilfried Witte** und zum Thema „**Morbus Parkinson**“ mit dem Neurologen **Dr. Matthias Böhringer**.

Im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin ist Prävention ein wichtiger Aspekt. Dazu zählt mehr und mehr auch Beratung und Hilfestellung zum Umgang mit Medien. Der Kinder- und Jugendarzt **Dr. Paul von Laer** äußert sich zum Thema Handy- und Tabletgebrauch im Interview: „**Die Kleinsten haben bildschirmfrei!**“

Die Sicherung von Nachwuchs im Bereich der Hausarztmedizin ist uns ein zentrales Anliegen. Dazu zählt auch das Engagement in der Ausbildung von Medizinischen Fachangestellten (MFAs). Frau **Annika Haensge** berichtet im Interview, was Inhalte ihres Berufes sind und warum sie daran große Freude hat: „**MFA – Ein Beruf mit Zukunft**“.

Viele von Ihnen sind bereits einem der zahlreichen Medizinstudierenden begegnet, die als Praktikant*in in den kooperierenden Lehrpraxen tätig sind. Unverzichtbarer Teil des Studiums ist die Arbeit am Leichnam. Erfahren Sie im Interview mit dem Leiter der Prosektur der Uni Bielefeld **Dr. Marko Schulze**, wie dieser Bereich der Anatomie organisiert ist und wie man selbst Körperspender werden kann: „**Die Lehre nach dem Tod**“.



Womit wir bei den Fragen wären, die sich rund um das Thema Älterwerden und Lebensende drehen. Patient*innen, die ihren Anspruch auf Autonomie bis zum Ende wirksam durchsetzen wollen, sollten frühzeitig eine Vorsorgevollmacht und eine Patientenverfügung erstellen. Eine im Ergebnis ebenso eindeutige wie handlungsleitende Form der Patientenverfügung benötigt intensive, ergebnisoffene und kompetente Gesprächsbegleitung im Vorfeld. Das Ärztenetz Bielefeld ist seit ein paar Jahren dabei, zusammen mit weiteren Akteuren der Bielefelder Gesundheitsstrukturen ein entsprechendes System der Beratung und Erstellung von Dokumenten zu etablieren. Lesen hierzu das Interview zum Thema **„Advance Care Planning – selbstbestimmte Vorsorgeplanung“**. Der Beitrag **„Geschichte erleben – das Bielefelder Krankenhausmuseum“** mag Sie animieren, diesem spannend gestalteten Museum einen Besuch abzustatten. Sie werden einen tollen Einblick in die Historie der hiesigen medizinischen Versorgung bekommen.

Wer wissen möchte, wie die Netzarbeit von „Initiative Bielefelder Hausärztinnen und Hausärzte (IBH)“, „Palliativnetz Bielefeld e. V.“ und „Ärztenetz Bielefeld e. V.“ organisiert ist, erfährt dies im Artikel **„Netzstrukturen in Bielefeld“**.

Zum Schluss möchte ich allen danken, die zur Entstehung und zum Gelingen dieses Patientenmagazins beigetragen haben, insbesondere unserer Redakteurin Antonia Pieper. Ihnen, liebe Patientinnen und Patienten, wünsche ich eine anregende Lektüre. Und bleiben Sie gesund!

Ihr Dr. med. Johannes Hartmann



DR. JOHANNES HARTMANN
Vorsitzender des
Ärztenetzes Bielefeld e.V.



MULTIMODALE SCHMERZTHERAPIE

Chronische Schmerzen umfassend und individuell behandeln

Ein plötzlich auftretender Schmerz ist meist ein Signal des Körpers, das auf eine Verletzung hinweisen oder uns vor einer drohenden Schädigung warnen soll. Eine unangenehme Körperhaltung lässt sich korrigieren und eine Wunde verheilt, doch nicht immer ist die Ursache des Schmerzes so leicht zu finden und zu beheben. Hält ein Schmerz länger als drei Monate an, spricht man gewöhnlich von einem chronischen Schmerz. Es ist jedoch nicht allein die Dauer, die einen chronischen Schmerz ausmacht. Prof. Dr. Wilfried Witte ist Leiter der Schmerztherapie in der Universitätsklinik für Anästhesiologie, Intensiv-, Notfallmedizin, Transfusionsmedizin und Schmerztherapie am Evangelischen Klinikum Bethel (EvKB). Im Interview schildert er die komplexen Ursachen und Auswirkungen chronischer Schmerzen und erklärt, wie sie behandelt werden können.

Was unterscheidet chronische Schmerzen von akuten Schmerzen?

Das ist tatsächlich kompliziert. Der akute Schmerz stand historisch betrachtet immer im Mittelpunkt der Medizin. Dabei ist der klassische Verlauf, dass es eine Verletzung gegeben hat, die behoben wird und dann werden keine Schmerzmittel mehr benötigt. Seit den 1970er-Jahren richtet sich der Fokus auch auf den anhaltenden Schmerz, der gar nicht

weichen will, der nicht ein Symptom von anderen Erkrankungen ist, sondern für sich selbst steht und eine Art Schmerzkrankheit darstellt. Das ist dann in der Tat etwas völlig anderes als der akute Schmerz, mit ganz anderen Eigenschaften und wird auch von den Patient*innen ganz anders erlebt. Dieser Schmerz ist verbunden mit Ohnmachtsgefühlen, dem Eindruck, dass er nie aufhören wird und die Ursache bleibt oft unklar.



Wie werden chronische Schmerzen diagnostiziert?

Viele Betroffene erleben eine Art Odyssee, laufen von einem zum anderen Arzt, suchen verschiedene Einrichtungen auf und gehen zum Heilpraktiker, finden aber nicht die Lösung, die sie suchen. Wir erleben häufig, dass Patient*innen, die zu uns kommen, ein rein körperliches Verständnis von Schmerz haben – da muss ja ein Defekt sein, wo ist denn die Gewebeverletzung, welches Organ betrifft es und wie kann man es beheben. Aber oft lässt sich das nicht so punktuell beheben. Natürlich ist es wichtig, dass man behebbare körperliche Ursachen kennt, wenn es sie gibt. Aber meist geht es um ganz andere Fragen, nämlich, wie kann ich mit dem Schmerz umgehen und mein Leiden daran eingrenzen. Je länger ein Schmerz chronisch besteht, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, dass er ganz verschwindet. Das heißt aber nicht, dass man ihm hilflos ausgeliefert sein muss. Der Schmerz selbst lässt sich nicht nur durch seine Intensität, sondern auch durch die funktionelle Beeinträchtigung beschreiben – was kann ich noch – und durch das Ausmaß meines Leidens daran. Es hat viel damit zu tun, wie ich selbst damit umgehe, wie meine Schmerzverarbeitung ist. Mithilfe des Deutschen Schmerzfragebogens, der von Patient*innen beim Erstgespräch ausgefüllt wird, kombiniert mit den Unterlagen vorangegangener Untersuchungen, bekommen wir einen ersten Eindruck, wie es den Patient*innen geht.

Ich höre heraus, dass die Suche nach der Ursache gar nicht unbedingt im Mittelpunkt steht, sondern eher die Linderung des Ist-Zustands ...

Es kommt immer auf den Einzelfall an, aber im Groben kann man das so sagen. Wir machen eine ausführliche Anamnese, eine körperliche Untersuchung, wir werten Befunde aus und je komplexer die Situation ist, desto mehr wird uns vorgelegt. Häufig ist alles, was an apparativer Diagnostik möglich ist, schon gelaufen. Da müssen wir natürlich nicht noch mal von vorne anfangen. Es kann auch helfen, von diesem Gleis wegzukommen. Das ist ja eine Art von Verzweiflung, wenn man immer noch ein weiteres MRT machen möchte, obwohl es keinen triftigen Grund gibt. Andere Faktoren sind genauso relevant. Nehmen wir an, eine Person mit einer ausgeprägten Depression, die mit einer Angststörung verbunden ist, hat einen Bandscheibenvorfall. Wenn diese Person in der Lebensphase operiert wird, in der Depression und Angst ganz im Vordergrund stehen, ist es wahrscheinlich, dass das Ergebnis der Operation nicht zufriedenstellend sein wird. Die psychosozialen Faktoren können nicht „weggeschnitten“ werden.

Können akute Schmerzen zu chronischen Schmerzen werden?

Es gibt tatsächlich sehr viele unterschiedliche Schmerzarten oder Schmerzkrankheitsbilder. In einigen Fällen wird aus einem akuten Schmerz ein chronischer Schmerz. Ein postoperativer Schmerz, der aus irgendeinem Grund nicht effektiv behandelt wurde und sich „verselbstständigt“, kann beispielsweise zu einem chronischen Schmerz werden. Es gibt aber auch andere Schmerz-

krankheitsbilder, die man mit einer solchen Herleitung gar nicht zu fassen bekommt. Wenn Sie ein Fibromyalgiesyndrom haben, also eine Art Ganzkörperschmerz, gibt es zwar inzwischen diverse Untersuchungen, die nachgewiesen haben, dass es auf zellulärer Ebene Veränderungen gibt, aber der Schmerz lässt sich nicht auf eine andere Krankheit oder Schädigung zurückführen. Daher spricht man hier von einem primären Schmerz. Der Nachweis auf zellulärer Ebene war wichtig, um das Schmerzkrankheitsbild Fibromyalgie definieren zu können, denn es gab in den vergangenen Jahrzehnten immer wieder Zweifel daran, ob es dieses Syndrom überhaupt gibt. Das ist etwas, worunter noch immer viele Schmerzpatient*innen leiden, weil sie mit dem Vorwurf kämpfen, dass sie nur simulieren würden.

Werden chronische Schmerzen also als eine eigenständige Krankheit definiert?

Es gibt eine internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD), in der in der Vergangenheit zwischen Fällen unterschieden wurde, in denen eine Ursache klar benannt werden konnte und solchen, die in eine psychogene Schublade gesteckt wurden. Diese Unterscheidung ist nicht sinnvoll, denn bei chronischen Schmerzen spielen diese Faktoren immer zusammen eine Rolle – natürlich mit unterschiedlicher Gewichtung. Wir sprechen von einem bio-psycho-sozialen Modell, das bedeutet, nicht nur das, was ich rein körperlich beschreiben kann, ist entscheidend. Bei einem Schmerz, der chronifiziert ist oder droht zu chronifizieren, ist auch alles, was im Seelenleben passiert und was die soziale Existenz betrifft, von Bedeutung. Inzwischen gibt es eine

aktualisierte Version der internationalen Klassifikation (ICD-11), in der zum ersten Mal eine Unterscheidung zwischen primären und sekundären Schmerzkrankheitsbildern gemacht wird und die chronischen Schmerzstörungen mit somatischen und psychischen Faktoren integriert sind.

Wie fühlen sich chronische Schmerzen an?

Total unterschiedlich. Um Schmerzintensität zu beschreiben, wird meist eine 11-stellige Skala verwendet, die von 0 bis 10 geht – null ist gar kein Schmerz und zehn ist Vernichtungsschmerz. Wenn Sie einen Tumorpatienten zu seinen akuten Schmerzen befragen, dann wird er sie beispielsweise mit einer 7 oder 8 bewerten. Wenn Sie jemanden mit chronischem Rückenschmerz befragen, dann sagt er vielleicht, ich habe seit fünf Jahren Schmerzen der Stufe 12. Abgesehen davon, dass es Stufe 12 nicht gibt, wäre auch Stufe 10 nicht über fünf Jahre denkbar, aber er möchte damit natürlich ausdrücken, dass sein Leiden enorm ist. Wenn man die beiden vergleicht, würde man von außen sagen, dem Tumorpatienten geht es vermutlich schlechter, aber der Unterschied liegt eben auch darin, wie der Schmerz erlebt wird. Deswegen stellen wir verschiedene Fragen, um ihn näher eingrenzen zu können.

Wie werden chronische Schmerzen behandelt?

Zunächst einmal ist Schmerz eine Aufgabe für alle Ärzt*innen, aber dort, wo Chronifizierung stattfindet oder droht, ist eine spezialisierte Schmerztherapie möglicherweise der richtige therapeutische Ansatz und bewirkt mehr, je früher man sie beginnt. Bei uns in Bielefeld kommt die multi-

modale Schmerztherapie im Rahmen eines Stationsaufenthalts zum Einsatz – gewöhnlich sind das 14 Behandlungstage – und es kommt immer ein Team zum Einsatz, was bei uns aus Fachleuten für Schmerz-, Physio-, Verhaltens-, Ergo-, aber auch Kreativtherapie, aber auch Kreativtherapie besteht. Letztere sind wichtig, weil man bei einigen Schmerzpatient*innen verbal vielleicht gar nicht richtig weiterkommt und non-verbale Zugangswege etwas aufbrechen können. Es gibt Formen von Schmerz, die eine Angst vor Bewegung auslösen. Betroffene vermeiden es, sich zu bewegen, obwohl es ihnen eigentlich guttun würde. Die Gründe sind verständlich: Sie haben Rückenschmerzen, die bei Belastung durch Bewegung auftreten, also lassen sie es lieber und schonen sich. Das ist situativ, wenn sie akute Schmerzen haben, in Ordnung, aber wenn sie es dauerhaft meiden, wird es zum Nachteil. Das muss man zum Beispiel mit therapeutisch passenden Bewegungsübungen angehen, die ein zentraler Punkt der Therapie auf der Station sind. Weil die Plätze für eine stationäre Therapie begrenzt sind, gibt es unsererseits Überlegungen, multimodale Therapie auch tagesklinisch anzubieten. Die Umsetzung lässt aber noch auf sich warten. Besonders für Opiatentzüge ist ein stationärer Aufenthalt allerdings sehr sinnvoll, außerdem hat es für einige Betroffene bereits einen positiven Effekt, aus dem Alltag herauszukommen.

Was erwartet Patient*innen, wenn sie für die stationäre Therapie infrage kommen?

Viele Betroffene denken, dass sie auf einer Station die richtig starken Schmerzmittel bekommen, aber das

passiert in der Regel nicht, weil es nicht zielführend ist. Ganz im Gegenteil. Natürlich setzen wir auch mal andere Medikamente an, aber nicht unter der vereinfachten Vorstellung „Schmerz ist eine Dosisfrage“ – das funktioniert nicht. Gerade bei Patient*innen, die schon lange Opioide einnehmen, ohne dass sie noch helfen würden, versuchen wir häufig eher, die Dosis zu reduzieren. In den 1980er-Jahren hat die WHO eine Stufenleiter für die abgestufte Eskalation einer medikamentösen Therapie bei Tumorschmerzen entwickelt. Sie ist zu einer bildhaften Vorstellung für jede Art von medikamentöser Schmerztherapie geworden. Bei Opioiden kommt es immer mal wieder zu Fehlbehandlungen – auch aus Verzweiflung, weil Patient*innen immer wiederkommen. Dann wird die Dosis Schritt für Schritt erhöht, bis es nicht mehr weitergeht. Wenn diese Patient*innen zu uns kommen, versuchen wir, das Schmerzmittel auszutauschen oder abzusetzen, wenn das – was in der Regel der Fall ist – nicht zu der befürchteten Verschlechterung führt.

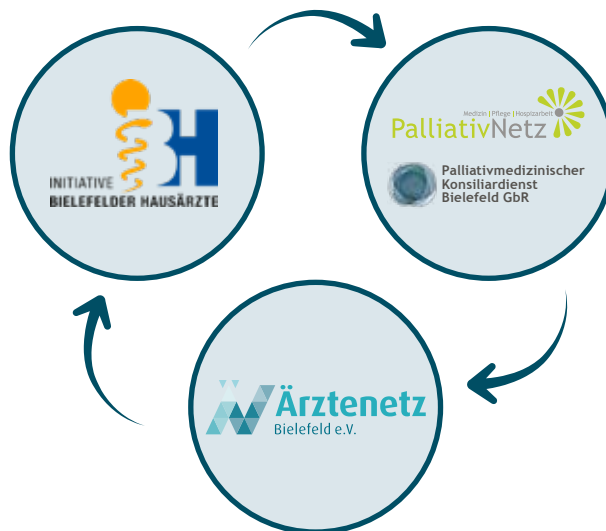


PROF. DR. WILFRIED WITTE
INTERVIEW: Antonia Pieper

IMMER GUT VERSORGT

Ihre Bielefelder Ärztenetze

AUTORIN: Karin Kükenshörer



ZUM WOHL DER PATIENTEN

Initiative Bielefelder Hausärzte



Vor 24 Jahren wurde die Initiative Bielefelder Hausärzte, kurz IBH, mit dem Ziel gegründet, die Patientenversorgung stetig zu verbessern. Mit 140 Mitgliedern sind 70 Prozent aller Hausärzte in Bielefeld in der IBH organisiert. Die Patienten profitieren auf unterschiedlichen Ebenen. So setzt sich die IBH für eine noch bessere Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten sowie zwischen Hausärzten und den Bielefelder Krankenhäusern ein.

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels sind neue Formen der

Versorgung gefragt. Hier kommt der IBH eine Vorreiterfunktion zu. Sie hat bislang sieben zukunftsweisende Projekte auf den Weg gebracht: Palliativversorgung, Geriatisches Netzwerk, Pflegeheimversorgung, rationale Antibiotikatherapie, Gesundheitsversorgungsplanung, Wundmodul und das Projekt „Klimafreundliche Praxis“, wozu auch die Beratung zu Auswirkungen des Klimawandels auf die Patientengesundheit gehört.

Um die Versorgung der Patienten auch nachhaltig zu sichern, ist

die Förderung des medizinischen Nachwuchses von entscheidender Bedeutung. Viele IBH-Mitglieder sind als Akademische Lehrpraxen zertifiziert und bieten den Medizinstudenten eine fundierte Vorbereitung auf die komplexen Anforderungen ärztlichen Handelns. Die Lehrärzte setzen sich dafür ein, die Studierenden für die Hausarztmedizin zu begeistern und in der Region zu halten. Das ist auch dringend erforderlich, denn vor allem Hausärzte haben zunehmend Probleme, bei Renteneintritt einen Nachfolger zu finden.

RUNDUM GUT VERSORGT

Ärztenetz Bielefeld e.V.



Vor acht Jahren wurde von der IBH gemeinsam mit einigen Fachärzten das Ärztenetz Bielefeld e.V. gegründet, welches unter anderem das Ziel hat, Projekte der IBH in Versorgungsverträge zu überführen. Denn für fachübergreifende Ärztenetze besteht die Möglichkeit, mit den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung sogenannte Selektivverträge auszuhandeln, in denen die Bedürfnisse der Patienten besondere Berücksichtigung finden.

So bietet das zertifizierte Ärztenetz Bielefeld e.V. mit dem „Pflegeheimvertrag“ eine optimierte medizinische Versorgung von Heimbewohnern in stationären Pflegeeinrichtungen an. Daneben gibt es das „Geriatrische Netzwerk“, mit dem ältere, chronisch kranke Menschen dabei unterstützt

werden, weiterhin ein selbstbestimmtes Leben im häuslichen Umfeld führen zu können. Und nicht zuletzt bietet das Ärztenetz seit einem Jahr eine optimierte Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden mit dem „Wundmodul“ an.

Alle Verträge basieren auf Case-Management-Strukturen. Das Ärztenetz hat Case-Managerinnen (examinierte Pflegekräfte oder Angehörige verwandter Gesundheitsberufe mit spezieller Weiterbildung „Case-Management“) angestellt, die die Versorgung in enger Zusammenarbeit mit den Ärzten koordinieren und den Patienten als ständige Ansprechpartner zur Seite stehen. Diese kostenlosen Versorgungsangebote kommen gut bei den Patienten an.

WAS IST EIN ÄRZTENETZ?

Ärztenetze sind regionale Zusammenschlüsse von Vertragsärzten verschiedener Fachrichtungen, die das Ziel verfolgen, die Versorgungsqualität ihrer Patienten zu verbessern. Dies erfolgt durch eine intensive Kommunikation zwischen den Ärzten sowie durch eine strukturierte und verbindliche Zusammenarbeit. In Westfalen-Lippe gibt es insgesamt 24 zertifizierte Ärztenetze.

SICHERHEIT AM LEBENSENDE

Palliativmedizinischer Konsiliardienst Bielefeld GbR & Palliativnetz Bielefeld e.V.

Bis zuletzt in vertrauter Umgebung gut versorgt sein – das wünschen sich die meisten Menschen. Um diesem Wunsch Rechnung zu tragen, haben Qualifizierte Palliativärzte (QPA) im Jahr 2006 den Palliativmedizinischen Konsiliardienst Bielefeld (PKD) gegründet. Gemeinsam mit dem Hausarzt sorgen sie dafür, dass die Patienten den letzten Teil ihres Lebens mit einer bestmöglichen Lebensqualität in ihrer gewohnten Umgebung verbringen können. Die QPA gewährleisten rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr eine Besuchsbereitschaft. Daneben stehen den Patienten und ihren Angehörigen Koordinatoren (Gesundheits- und

Krankenpfleger mit Palliativ-Care-Weiterbildung) zur Seite. Diese koordinieren die Hilfen im medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Bereich in enger Zusammenarbeit mit den QPA. Jedes Jahr nehmen knapp 1000 Bielefelder Patienten den PKD in Anspruch und können überwiegend zu Hause versterben. Daneben gibt es seit 2008 das Palliativnetz Bielefeld e.V. Dieses setzt sich für die Kooperation aller beteiligten Akteure ein – wie den Palliativpflegediensten, Hospizdiensten, Palliativstationen und PKD –, denn eine gute Palliativversorgung lebt davon, dass die Beteiligten gut zusammenarbeiten.



**Palliativmedizinischer
Konsiliardienst
Bielefeld GbR**



IHR WOHL LIEGT UNS AM HERZEN



Die Gesichter der Netze

Die Vorstände der Initiative Bielefelder Hausärzte (IBH), des Ärztenetzes und des Palliativnetzes Bielefeld arbeiten eng zusammen, um Ihre medizinische Versorgung immer weiter zu verbessern.



**CLEMENS
SCHUMACHER**
Hausarzt - Facharzt für
Allgemeinmedizin
IBH



**DR. JOHANNES
HARTMANN**
Hausarzt – Facharzt
für Innere Medizin /
Palliativmedizin
**IBH
ÄRZTENETZ**



**DR. JÖRG
LUBRICH**
Hausarzt – Facharzt für
Innere Medizin
IBH



KAI KLEINHOLZ
Hausarzt – Facharzt
für Innere Medizin
**IBH
ÄRZTENETZ**



**DR. KATRIN
KOPATSCHEK**
Hausärztin – Fachärztin
für Allgemeinmedizin
IBH



**DR. BETTINA
LEEuw**
Hausärztin – Fachärztin
für Allgemeinmedizin
IBH



**DR. RICARDA
LEUE**
Hausärztin – Fachärztin
für Innere Medizin &
Allgemeinmedizin
IBH



**PETER
LOCKOWANDT**
Hausarzt – Facharzt
für Allgemeinmedizin
IBH



**ROLAND
TILLMANN**
Facharzt für Kinder-
und Jugendmedizin
**IBH
ÄRZTENETZ**



**DR. JAN
PANSEGRAU**
Hausarzt – Facharzt
für Allgemeinmedizin
IBH



**DR. ULRICH
WELLER**
Hausarzt – Facharzt für
Allgemeinmedizin /
Palliativmedizin
**IBH
ÄRZTENETZ
PALLIATIVNETZ**



ARNO WOPP
Hausarzt – Facharzt
für Innere Medizin
IBH



DR. JUDITH WÜBBEN
Hausärztin – Fachärztin
für Innere Medizin
IBH



ROLF ANGERMANN
Hausarzt – Facharzt
für Allgemeinmedizin
ÄRZTENETZ



DR. MATTHIAS BÖHRINGER
Facharzt für Neurologie
ÄRZTENETZ



DR. ULRIKE GEMANDER
Fachärztin für Urologie
ÄRZTENETZ



DR. TIM NIEDERGASSEL
Hausarzt – Facharzt
für Innere Medizin &
Allgemeinmedizin /
Gastroenterologie
ÄRZTENETZ



MARTIN PRIBSCH
Netzmanager
ÄRZTENETZ



DR. ULRICH QUELLMALZ
Facharzt für Gefäß-
chirurgie / Phlebologie,
ärztlicher Wundexperte
ÄRZTENETZ



DR. WOLFRAM SCHAEFER
Facharzt für Hals-
Nasen-Ohren-
Heilkunde
ÄRZTENETZ



DR. STEFFEN GALLER
Hausarzt – Facharzt für
Allgemeinmedizin /
Palliativmedizin
PALLIATIVNETZ



DR. MARIANNE JUST
Fachärztin für Innere
Medizin / Onkologie
PALLIATIVNETZ



UDO BÜCKER
Steuerberater
PALLIATIVNETZ



STEFAN BERK
Pastor im Ev. Johannes-
werk, Bielefeld
PALLIATIVNETZ



JOHANNA BIRKL
Pflegedienstleitung
Palliativpflegedienst
Bonitas Bielefeld
GmbH & Co. KG
PALLIATIVNETZ



MATTHIAS BLOMEIER
Pfarrer
PALLIATIVNETZ



CHRISTINE BODE
Geschäftsführung Dia-
konische Altenzentren
Bielefeld GmbH
PALLIATIVNETZ



YELIZ LEISEMANN
Einrichtungs-/
Pflegedienstleiterin
Hospiz Haus Zuversicht
PALLIATIVNETZ



DR. MARKUS KLEIN
Facharzt für Anästhe-
sie / Schmerztherapie
/ Intensivmedizin /
Palliativmedizin
PALLIATIVNETZ



DR. STEPHAN PROBST
Oberarzt im Klinikum
Bielefeld Mitte – Fach-
arzt für Innere Medizin
/ Onkologie / Palliativ-
medizin
PALLIATIVNETZ



DR. ANDRÉ VAN RANDENBORGH
Oberarzt im Franzis-
kus Hospital Bielefeld
– Facharzt für Häma-
tologie / Onkologie /
Palliativmedizin
PALLIATIVNETZ



PROF. DR. FLORIAN WEISSINGER
Chefarzt im Ev. Klinikum
Bethel – Facharzt für
Innere Medizin / Häma-
tologie / Internistische
Onkologie
PALLIATIVNETZ



ADVANCE CARE PLANNING

Selbstbestimmte Vorsorgeplanung
für Notfall-Szenarien



*Der Gedanke an schwere Krankheiten und das eigene Lebensende ist mit Ängsten und Unsicherheiten verbunden, dennoch sollte sich jede*r früher oder später mit diesem Thema befassen. Um sicherzugehen, dass die eigenen Behandlungswünsche im Krisenfall respektiert werden, bedarf es einer eindeutigen Willenserklärung, an der sich Ärzte und Pflegepersonal orientieren können. Auf dem Weg zu einer Entscheidung für die Zukunft fehlt es Patient*innen jedoch oft an qualifizierter Begleitung. Der Vorsitzende des Ärztenetzes Bielefeld, Dr. med. Johannes Hartmann, erklärt, warum ein Beratungskonzept etabliert werden sollte, das die Patientenautonomie gewährleistet.*

Was verbirgt sich hinter dem Begriff „Advance Care Planning“?

„Advance Care Planning“, kurz ACP, kann man mit „vorausschauende Behandlungsplanung“ übersetzen. In Deutschland firmiert es auch unter dem Kürzel BVP „Behandlung im Voraus planen“. Das Konzept ist in den 90er-Jahren in den USA entstanden. Es bietet eine intensive begleitende Beratung für Menschen mit dem Ergebnis einer differenzierten, eindeutigen und damit verlässlichen und rechtssicheren Patientenverfügung für den Fall einer möglichen künftigen Nichteinwilligungsfähigkeit. In Deutschland versucht der Verein „ACP Deutschland“, es seit knapp 20 Jahren zu etablieren.

Welches Anliegen verfolgt man mit diesem Konzept?

Der Gesetzgeber hat in Deutschland für Bewohner*innen von Pflegeheimen und Einrichtungen der Wiedereingliederungshilfe den gesetzlichen Anspruch auf ein Beratungsangebot geschaffen, in dem sie Raum finden, ihre Wünsche im Hinblick auf medizinische Versorgung im Notfall und am Lebensende zu formulieren.

Dies ist verankert in §132g SGB V, wo aber der Begriff Gesundheitliche Versorgungsplanung (GVP) benutzt wird. Dieser Begriff ist meines Erachtens nicht ganz treffend und letztlich schönfärberisch. Denn es geht dabei ja nicht um gesundheitliche Versorgung im weiteren Sinne, sondern um Versorgung im ersten Krankheits- oder Krisenfall und am Ende des Lebens, wenn man eventuell nicht mehr in der Lage ist, in der konkreten Situation selbst für sich zu entscheiden.

Was unterscheidet das ACP-Konzept von bereits existierenden Instrumenten wie der Patientenverfügung?

Eine Patientenverfügung wird oft im stillen Kämmerlein selbst ausgefüllt. Es werden Standardformulare unterschiedlicher Güte benutzt, die zumeist sehr allgemein gehaltene Formulierungen und Szenarien beinhalten. Unter Umständen haben Betroffene nie mit einem kompetenten und erfahrenen Gesprächspartner darüber gesprochen oder sich lediglich notariell beraten lassen.



Ein differenzierter und ergebnisoffener Beratungsprozess über die verschiedenen denkbaren Behandlungsszenarien findet also in der Regel nicht statt. Die Menschen sind in ihrer Entscheidungsfindung allein gelassen. Das Ergebnis sind oft unpräzise Patientenverfügungen, die im konkreten Anwendungsfall nicht verlässlich und nicht aussagekräftig sind. Im Ernstfall führt dies dazu, dass die Verfügung ignoriert wird, sofern sie überhaupt verfügbar ist.

Im Unterschied dazu setzt ACP auf einen intensiven und qualifizierten Beratungsprozess. Es gibt mehrere Termine, bei denen ausgebildete Berater*innen sich mit den Menschen, die Beratung wünschen, zusammensetzen und zunächst ihre Wertvorstellungen erörtern, wichtige Lebensstationen Revue passieren lassen und ihre Haltung zu Leben und Tod besprechen. Anschließend helfen sie den Beratenen, ergebnisoffen – das ist ganz wichtig – herauszufinden, welche Behandlung sie für mögliche künftige Situationen wünschen oder ablehnen. Das Ganze umfasst in der Regel zwei oder drei Sitzungen à anderthalb Stunden. Zum Ende werden die Ergebnisse auf die wesentlichen Kernaussagen destilliert und in prägnanten Dokumenten für den Notfall schriftlich festgehalten. Konkret sind das die Szenarien: Akuter Notfall (z. B. akuter reanimationspflichtiger Kreislaufkollaps), Nichteinwilligungsfähigkeit vorübergehender Dauer (z. B. geplante Operation) und dauerhaft-

te Nichteinwilligungsfähigkeit (z. B. Demenz oder Folgen eines schweren Schlaganfalls). Schließlich gibt es noch den Sonderfall der sogenannten „Vertreterdokumentation“. Hier bietet ACP für Menschen, die schon nicht mehr in der Lage sind, sich überhaupt einem Beratungsprozess zu unterziehen, eine Systematik an, wie man mittels eines Vertreters (enger Angehöriger oder Vorsorgebevollmächtigter) herausfinden kann, was der mutmaßliche Wille dieses Menschen gewesen wäre. Das alles zeigt: ACP ist sehr viel umfangreicher und durchdeklinierter als eine Patientenverfügung herkömmlicher Art.

Welche Qualifikationen müssen ACP-Berater*innen mitbringen? Ist es grundsätzlich vorgesehen, dass die Beratung von Ärzten ausgeführt wird?

Der Gesetzgeber sieht vor, dass Beratende aus dem Bereich des Gesundheits- bzw. Sozialwesens kommen, es können also Pflegekräfte, Ärzte, aber auch Sozialarbeiter, Theologen oder Sozialpädagogen sein – Menschen, die in irgendeiner Weise in ihrer bisherigen Ausbildung im Gesundheits- und Sozialsystem mit Menschen zu tun hatten, die vor diese existenzielle Frage der Versorgung im Notfall oder am Lebensende gestellt waren. Die Beratung kann, muss aber nicht von Ärzt*innen durchgeführt werden. Faktisch fehlt diesen unter den Bedingungen des Alltags dazu meistens die notwendige Zeit. Um als Berater*in fungieren zu können, muss man eine entsprechende Qualifikation durchlaufen haben. Wir favorisieren das Curriculum von ACP-Deutschland, das insgesamt 60 Unterrichtseinheiten gefolgt von 6

beaufsichtigten Beratungsgesprächen umfasst.

Ist der Plan, die Beratung regional zu vereinheitlichen oder wird diese Entscheidung im Pflegeheim getroffen?

Im Hinblick auf die besagte gesetzliche Grundlage kann jede Einrichtung selbst entscheiden, welche Berater*innen sie hinzuzieht: externe oder solche aus eigenen Reihen. Damit ist auch offen, nach welchem Curriculum diese Berater*innen ausgebildet sind und wie dokumentiert wird. Hier sehen wir zwei Probleme: Die Qualität der Beratung läuft Gefahr, sehr unterschiedlich zu sein und die resultierenden Dokumente sind nicht vergleichbar und werden im Anwendungsfall so nie vergleichbaren Nutzen und Akzeptanz finden. Wir fänden es sinnvoll, wenn es eine Vereinheitlichung gäbe. Insbesondere, wenn Rettungssanitäter*innen oder Notärzt*innen gerufen werden, müssen sie sich darauf verlassen können, dass die Dokumente, die sie dort finden, belastbar sind. Die Dokumente, die nach dem Curriculum von ACP Deutschland erstellt werden, sind gleichermaßen differenziert wie übersichtlich. Da reicht im Grunde ein Blick, um den Willen des Patienten nachzuvollziehen. Herkömmliche Patientenverfügungen oder unspezifische Dokumente, wie wir sie bisher oft vorfinden, sind in einer Notfallsituation zumeist nicht handlungsleitend, weil sie zu schwammig oder widersprüchlich sind. In solchen Fällen findet erst mal Behandlung nach medizinischem Standard statt und das heißt dann meistens Maximalbehandlung.

Wie wird der Behandlungswunsch dokumentiert?

Noch sind es Schriftstücke auf Papier. Für jedes der erwähnten Szenarien eine Seite, was ich schon mal sehr handlich finde. Das ist auch optisch sehr eingängig, weil es mit einem rot-grünen Ampelsystem arbeitet. Zusätzlich haben wir für die Brieftasche einen Notfallausweis konzipiert. Für die Zukunft wäre es wünschenswert, diese Information zusätzlich in der elektronischen Patientenakte (ePA) zu hinterlegen, die ja ab 2025 langsam etabliert werden soll. Wir hören gerade von den Mitarbeitenden des Rettungsdienstes, dass sie sehr dankbar sind, wenn sie im Notfall solche verbindlichen Dokumente vorfinden, weil sie dann gut begründet Handlungen unterlassen können, an deren Sinnhaftigkeit sie zweifeln, die sie aber durchführen müssen, solange sie beim Patienten den Wunsch nach Maximaltherapie unterstellen müssen.

Worin liegen die Vorteile einer externen Beratung gegenüber einer familiären Absprache?

Ich glaube, sie hat nur Vorteile. Externe Berater haben keine möglichen doppelten Interessen, sondern wahren – bei aller notwendigen Empathie im Beratungsprozess – eine gesunde Distanz. Gemeinsam mit dem Beratenen erarbeiten sie dann ergebnisoffen die jeweiligen Wünsche des Menschen. Der Patient oder die Patientin soll in der Beratung dazu angeleitet werden, Klarheit zu entwickeln über verschiedene Vorstellungen, Erwartungen und Mythen im Zusammenhang mit Situationen in existentiellen Gesundheitskrisen oder am Lebensende. Es geht nicht darum, irgendwie dem Wunsch oder den Erwartungen von Angehörigen, Ärzten oder gar Gesprächsberatern zu entsprechen.

Ist das ACP-Konzept schon Bestandteil der Notfallversorgung in Bielefeld?

Es gibt bislang keine Seniorenheime, die dezidiert Beratungen nach ACP-Standard anbieten, allerdings ist ein Heim gerade dabei, mehrere Mitarbeitende danach ausbilden zu lassen. Wir als Ärztenetz haben bisher einen ACP-Berater qualifizieren lassen, dessen Ressourcen aber naturgemäß begrenzt sind. Dieser führt im Rahmen seiner Möglichkeiten Beratungen durch, berät Heime punktuell und stößt dort Dinge an. Wir möchten allerdings in diesem Jahr noch zwei weitere Beraterinnen qualifizieren lassen, sodass wir auf einem etwas breiteren Fundament stehen.

Darüber hinaus haben sich in den letzten drei Jahren 20 hausärztliche Kolleginnen und Kollegen zu dem Thema fortgebildet, sind also mit den wesentlichen Inhalten von ACP vertraut. Zehn davon haben diese Kenntnisse vertieft und könnten in einem weiteren Seminar die Beraterqualifikation nach ACP-Deutschland-Standard erlangen.

Unser Ziel ist, einen Wildwuchs an Dokumenten zu vermeiden und uns auf eine Form zu konzentrieren, die verlässlich ist. Mit dem städtischen Notarztwesen haben wir uns schon verständigt und in einem ersten Schritt ein eigenes Bielefelder Dokument in Anlehnung an das Notfall-Dokument von ACP Deutschland entworfen. Es nennt sich „Bielefelder Ärztlicher Notfallbogen“. Es deckt allerdings nur das erste benannte Szenario, den Akuten Notfall ab.

Kann sich jeder Mensch beraten lassen?

Einen gesetzlichen Anspruch haben

bisher leider nur die Bewohner*innen von Seniorenheimen oder Einrichtungen der Wiedereingliederungshilfe, wo die Beratung durch ein kompliziertes Konstrukt seitens der gesetzlichen Krankenkassen refinanziert wird. „Otto Normalverbraucher*innen“, die genauso ein begründetes Interesse an vorausplanender Beratung haben sollten, müssen bisher mühsam nach entsprechenden Angeboten suchen. Wie beschrieben, sind die Strukturen in Bielefeld erst im Aufbau begriffen, wenn wir auch deutlich weiter sind als andere vergleichbare Regionen. Daher sind auch die Beratungsressourcen noch gering entwickelt. Wir hoffen aber, zusammen mit allen relevanten Akteuren in den kommenden Jahren ein tragfähiges Fundament für ACP errichten zu können, das im Wesentlichen auf ausreichend Beraterkapazität gründen muss.



**DR. JOHANNES
HARTMANN**

INTERVIEW: Antonia Pieper



RED FLAGS

Warnsignale, die Sie nicht ignorieren sollten

In der Hektik des Alltags sind wir es gewöhnt, hin und wieder die Zähne zusammenzubeißen, Beschwerden abzutun und weiterzumachen. Doch unser Körper sendet uns auch Warnsignale, die ernst genommen werden sollten. Diese sogenannten „Red Flags“ sind Symptome, die auf potenziell schwerwiegende Gesundheitsprobleme hindeuten können. Eine frühzeitige Diagnose und Behandlung kann in diesen Fällen entscheidend sein. Hier folgen einige Warnzeichen, bei denen Sie ärztliche Hilfe suchen sollten.

Plötzliche, starke Schmerzen: Der Körper schlägt Alarm

Nicht jeder Schmerz ist gefährlich, doch plötzliche, unerträgliche Schmerzen sind oft ein Hinweis, dass etwas nicht stimmt. Ungewöhnlich heftige Kopfschmerzen, die ohne Vorwarnung auftreten, sind ein potenzielles Alarmsignal. Sollten diese Schmerzen von weiteren Symptomen wie Sehstörungen, Übelkeit oder Taubheit in den Gliedmaßen begleitet werden, ist schnelles Handeln gefragt, weil ein drohender Schlaganfall dahinterstecken kann. Auch starke Bauchschmerzen sollten ernst genommen werden, insbesondere wenn sich die Bauchdecke anspannt: Sie könnten

beispielsweise ein Hinweis auf eine Blinddarm- oder eine Gallenblasenentzündung sein – Zustände, die eine rasche medizinische Versorgung erfordern. Starke neu aufgetretene Rückenschmerzen oder solche, die trotz aller Therapieversuche nicht besser werden, müssen abgeklärt werden, insbesondere, wenn Begleitsymptome wie Taubheitsgefühle, Lähmungsercheinungen, Fieber oder Gewichtsverlust auftreten.

Achtung bei Brustschmerz und Atemnot

Plötzlich auftretende, drückende, ziehende oder stechende Brustschmerzen können auf einen Herzinfarkt hinweisen, besonders wenn sie in den Arm, Hals, Rücken oder Oberbauch ausstrahlen und von Atemnot, Schwitzen oder Übelkeit begleitet werden. Sie sollten umgehend einen Notarzt rufen (Tel. 112). Bestehen die Beschwerden schon länger oder sind nur geringfügig, sollten Sie trotzdem andere Erkrankungen von Ihrem Arzt ausschließen lassen.

Unregelmäßiger Herzschlag

Unser Herzschlag ist manchmal unregelmäßig, z. B. bei Stress oder nach zu viel Kaffee Genuss. Anhaltendes Herzrasen (d. h. anhaltender Ruhepuls über 100 Schläge/Min.), ein immer wieder stolpernder Rhythmus oder ein dauerhaft zu langsamer Herzschlag (unter 50 Schläge/Min.) sollten untersucht werden. Schwindel und sogar kurze Bewusstlosigkeit könnten die Folge sein. Auch gilt es zu klären, ob ein Schlaganfall-Risiko besteht. In Verbindung mit bereits existierenden Herzerkrankungen ist es besonders wichtig, Unregelmäßigkeiten im Blick zu behalten.



Neurologische Warnsignale Plötzliche neurologische Symp-

tome wie Sprachprobleme, Lähmungen und Taubheitsgefühle können Anzeichen eines Schlaganfalls sein. In solchen Fällen sollten Sie sofort den Notarzt rufen (Tel. 112). Schnelle medizinische Hilfe ist hier entscheidend, da Zeit eine wichtige Rolle spielt, um bleibende Schäden zu verhindern. Auch anhaltendes Taubheitsgefühl oder Kribbeln in den Gliedmaßen könnte auf ernstere neurologische Ursachen wie z. B. eine Nervenverletzung hinweisen.



Atemnot und Husten

Bei einer Erkältung sind Schonung und eine Behandlung der Symptome mit Medikamenten und Hausmitteln ausreichend. Treten aber akute Atemnot, hohes oder lang anhaltendes Fieber und Brustschmerzen auf, dann ist ärztliche Rücksprache ratsam: Es gilt, z. B. eine Lungenentzündung auszuschließen. Anhaltende Atemnot oder Husten von mehr als sechs Wochen sollten ebenfalls nicht ignoriert werden. Sie können durch ernstere Grunderkrankungen wie COPD oder Tumore verursacht werden.



Veränderungen bei der Verdauung

Lang anhaltender Durchfall führt zu Flüssigkeitsverlust und sollte nicht auf die leichte Schulter genommen werden. Ungewohnt wechselhaftes Stuhlverhalten oder Schleimbeimengungen im Stuhlgang können auf eine relevante Darmerkrankung hinweisen. Blut im Stuhl kann durch harmlose Ursachen wie Hämorrhoiden verursacht werden, es kann aber auch ein Symptom für schwerwiegendere Erkrankungen wie Tumore sein. Sie sollten in solchen Fällen zeitnah zur Abklärung Ihren Arzt aufsuchen.

Starke Müdigkeit und psychische Veränderungen

Anhaltende, extreme Müdigkeit ohne klare Ursache kann ein Anzeichen für verschiedene Erkrankungen sein. Schilddrüsenprobleme, Anämie, Depression aber auch chronisches Erschöpfungssyndrom gehören dazu. Ungewohnte psychische Veränderungen wie starke Stimmungsschwankungen, Gedächtnislücken oder Verwirrung können eine Begleitercheinung eines Mangels oder einer Krankheit sein. Sprechen Sie mit Ihrem Hausarzt, der im Bedarfsfall einen Neurologen hinzuziehen wird.

Veränderungen der Haut

Einzelne Muttermale oder Hautveränderungen sind normalerweise harmlos, doch wenn ein Muttermal seine Form, Farbe oder Größe verändert, könnte dies ein Hinweis auf Hautkrebs sein. Besonders aufmerksam sollten Sie bei asymmetrischen, unregelmäßig begrenzten oder in sich farblich uneinheitlichen Muttermalen sein. Ihr Hausarzt kann eine Ersteinschätzung vornehmen und Sie zur weiteren Abklärung an einen Hautarzt weiterverweisen. Ausschlag, der von Schmerzen oder Fieber begleitet wird, sollte ebenfalls ärztlich untersucht werden. Tritt er in nur einer Körperhälfte bzw. einer begrenzten Region auf, so könnte es sich um eine Gürtelrose handeln.

Lieber einmal mehr zum Arzt als einmal zu wenig

Red Flags sind nicht immer Anzeichen für eine schwerwiegende Krankheit, doch sie können Hinweise darauf sein, dass eine genaue Untersuchung gefragt ist. Ihr Körper gibt Ihnen Zeichen – und es ist wichtig, auf sie zu hören. Im Zweifel schadet ein Arztbesuch also nicht.



MFA: EIN BERUF MIT ZUKUNFT

Ausbildung, Aufgaben und Perspektiven

*Medizinische Fachangestellte sind das Rückgrat jeder Arztpraxis. Sie sind die erste Kontaktperson, begleiten Patient*innen auf ihrem Weg durch die Praxis, führen Laboruntersuchungen durch und kümmern sich um Verwaltungsaufgaben. Es ist diese Abwechslung, die Annika Haensge besonders an ihrem Beruf zu schätzen weiß. Sie hat ihre Ausbildung zur Medizinischen Fachangestellten (MFA) in der Hausarztpraxis Heeperholz 2024 mit einem ausgezeichneten Ergebnis abgeschlossen und gibt uns einen Einblick in ihren Arbeitsalltag.*

Wie sind Sie auf diesen Ausbildungsberuf gekommen und was hat Sie besonders daran gereizt?

Mein Kindheitstraum war, Medizin zu studieren. Ich habe zu Hause immer den Arztkoffer rausgeholt und alle verarztet. Da der NC in Deutschland sehr hoch ist, wäre für mich nur ein Studium im Ausland infrage gekommen. Das wollte ich aber nicht, deswegen habe ich mich für einen anderen medizinischen Beruf entschieden. Ich interessiere mich für das Thema Gesundheit, für medizinische Abläufe und die Prozesse des menschlichen Körpers. Die Ausbildung zur MFA hat all das geboten. Schon während meiner Schulzeit habe ich ein vierwöchiges Praktikum in einer Hausarztpraxis gemacht, das

mir sehr gut gefallen hat. Es war eine gute Gelegenheit, um in den Beruf reinzuschneppern und für mich wegweisend.

Nehmen Sie uns mit in einen typischen Arbeitstag. Welche Aufgaben haben Sie?

Ich fange morgens um 7.30 Uhr an. Meine Kolleg*innen und ich teilen uns die Aufgaben in der Praxis untereinander auf. Jeder kann jeden Bereich betreuen und wir wechseln uns ab. Ein typischer Ablauf beginnt mit der Annahme des Patienten, dann folgt die Diagnostik. Es kann ein Ruhe-/Belastungs-EKG oder ein Lungenfunktionstest erfolgen, wir messen den Puls und den Blutdruck, bereiten Infusionen vor oder geben

Langzeit-Messgeräte heraus. Das Telefon, die Leistungsabrechnung, Blutabnahmen, Injektionsvorbereitungen oder -verabreichungen und Wundversorgungen gehören auch zu den Aufgaben einer MFA.

Wie war das während der Ausbildung?

Bei uns in der Praxis starten Azubis mit dem EKG, sie messen den Blutdruck und führen Lungenfunktionstests durch. Auch erste Terminvergaben gehören dazu, natürlich unter Anleitung. Im zweiten Lehrjahr folgt dann meist das Labor mit Blutentnahmen und als Letztes lernen Azubis den Verwaltungsbereich kennen, in den sie aber zwischendurch schon ab und zu reinschauen. Da wir nachmittags oft in kleinerer Besetzung arbeiten, muss jeder die Aufgaben übernehmen, die gerade anfallen, aber vormittags haben wir einen festen Plan.

Was machen Sie besonders gern?

Tatsächlich macht es die Mischung. Es gibt Momente, da freue ich mich, dass ich eher im Hintergrund die Verwaltungsaufgaben erledigen kann. Grundsätzlich arbeite ich aber sehr gern am Patienten und mir gefällt der Austausch, wenn es die Zeit hergibt.

Welche Herausforderungen gibt es im Praxis-Alltag?

Man begegnet verschiedenen Menschen in verschiedenen Lebenslagen. Der eine hat eine schwere Erkrankung und der andere ist eigentlich kerngesund und kommt nur zu einer Vorsorgeuntersuchung. Man muss also auf unterschiedliche Bedürfnisse eingehen und die Empathie mitbringen, um zu erkennen, was ein Patient gerade braucht. Es gibt Situationen, da kann man jemanden nicht einfach wieder nach Hause schicken, sondern muss sich einen Moment Zeit nehmen. Darin liegt sicher eine Herausforderung, weil die Zeit manchmal fehlt, um angemessen auf Bedürfnisse einzugehen. Eine andere Schwierigkeit ist, die Arbeit nicht mit nach Hause zu nehmen.

Wie sieht die Ausbildung zur MFA genau aus? Wie lange dauert sie und welche Voraussetzungen muss man mitbringen?

Im Normalfall dauert die Ausbildung drei Jahre und besteht aus je einem Teil Praxis und Berufsschule. Als Voraussetzung ist ein Mittlerer Schulabschluss gern gesehen, aber kein Muss. Es kommt immer auf das Menschliche an. Grundsätzlich sollte man Interesse an Medizin und am Umgang mit Menschen mitbringen und Lust auf eine abwechslungsreiche Tätigkeit haben. Auch Eigenschaften wie Freundlichkeit, Empathie, Stressresistenz und Teamfähigkeit sind wichtig. Am Ende der Ausbildung steht eine Abschlussprüfung. Die beginnt mit einem theoretischen Teil und wenn man den bestanden hat, folgt eine praktische Prüfung.

Auch nach der abgeschlossenen Ausbildung gibt es sicher noch neue Arbeitsbereiche zu entdecken und Dinge dazulernen.



Gibt es ein bestimmtes Thema, auf das Sie sich in Zukunft spezialisieren möchten?

Ich habe tatsächlich im September die Kompetenz zur Qualitätsmanagement-Beauftragten erworben. Ich bin dafür zuständig, hinterlegte Standardprozesse zu überprüfen und im Zweifelsfall in Zusammenarbeit mit dem Praxisteam anzupassen oder zu verbessern. Zwei Teile der Weiterbildung habe ich schon während der Berufsschulzeit absolviert und den dritten Teil nach der Ausbildung. Jetzt habe ich ein Stipendium beantragt und würde gern noch meinen Abrechnungsmanager machen und irgendwann im Anschluss vielleicht auch die Weiterbildung zur Entlastenden Versorgungsassistentin (EVA), die zu den Patienten nach Haus fährt, die es nicht mehr in die Praxis schaffen. Das lasse ich aber erst mal auf mich zu kommen.

Gibt es noch andere Weiterbildungsmöglichkeiten für Medizinische Fachangestellte?

Andere Bereiche, in denen man sich weiterqualifizieren kann, sind z. B. das Wundmanagement oder die Fortbildung zur Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung. Grundsätzlich ist die Ärztekammer ein guter Ansprechpartner für das Thema Aus-, aber auch Weiterbildung.



ANNIKA HAENSGE
INTERVIEW: Antonia Pieper



MORBUS PARKINSON

Diagnose, Verlauf und Fortschritte in der Therapie

*Mit bis zu 400.000 Betroffenen ist sie eine der häufigsten neurodegenerativen Erkrankungen in Deutschland. Die Parkinson-Krankheit äußert sich durch eine Veränderung der Bewegungsabläufe, wirkt sich aber in vielen Fällen auch auf die Stand- und Gangsicherheit, das Sprechverhalten, die kognitiven Fähigkeiten und die mentale Gesundheit aus. Aufgrund eingeschränkter oder unkontrollierbarer Bewegungen, die für die Erkrankung charakteristisch sind, wurde sie früher als Schüttellähmung bezeichnet. Der Neurologe Dr. Matthias Böhringer ist Teil des Ärzte-Teams im NeuroZentrum Bielefeld und weiß, welche Symptome die Erkrankung mit sich bringt, aber auch, wie eine individuell abgestimmte Therapie Parkinson-Patient*innen den Alltag erleichtern kann.*

Parkinson ist eine Erkrankung des Nervensystems, mit der viele Menschen in erster Linie ein Zittern verbinden, das Patienten nicht unterdrücken können. Durch welche Symptome äußert sich die Krankheit noch?

Lange Zeit gab es vier Hauptkriterien, die ein Patient erfüllen musste. Da ist das erwähnte Zittern (Tremor), das eher in der Ruhe und meist halbseitig auftritt. Ein weiteres Symptom ist die Bewegungsarmut und -verlangsamung. Das dritte Symptom findet man meistens in der körperlichen

Untersuchung: Wenn der Patient den Arm oder Nacken entspannt bewegt, kommt es zu einer Muskelspannung. Es ist keine Spastik, sondern eher ein Zahnrad-Phänomen, also ein Stolpern in der Bewegung. Das nennen wir dann Rigor und auch der liegt zumindest am Anfang gewöhnlich halbseitig betont vor. Das vierte Kardinalsymptom tritt häufig erst im späteren Verlauf auf: eine Störung der Stellreflexe, also eine erhöhte Sturzneigung mit eingeschränkter Fähigkeit, sich ausreichend sicher bei Stürzen abfangen zu können. Patienten beschrei-

ben dies auch als Gangunsicherheit und Gleichgewichtsstörung. Zu den nicht-motorischen Begleitsymptomen von Parkinson gehören Schmerzen, Schlafstörungen, psychotische Symptome und Wahnvorstellungen. Außerdem kommt es manchmal zu einer Gastroparese (Magenlähmung), depressiven Störungen und kognitiven Einschränkungen, die bis zu einer Demenz bei Morbus Parkinson führen können.



Was passiert im Körper, wenn man an Parkinson erkrankt?

Parkinson ist eine Untererkrankung der Ablagerungserkrankungen, zu denen beispielsweise auch Demenz gehört. Die Ablagerungen entstehen durch das Protein Alpha-Synuclein, das sich falsch faltet und nicht mehr vom Körper abgebaut werden kann. Das passiert nicht nur, aber insbesondere in bestimmten Zellarealen, die für die Dopaminproduktion verantwortlich sind.



Dopaminmangel als Ursache von Parkinson-Symptomen

Dopamin ist ein Neurotransmitter, der von Nervenzellen im Mittelhirn produziert wird, die den Botenstoff nutzen, um mit anderen Nervenzellen zu kommunizieren. Im Laufe des Lebens nehmen diese Dopamin produzierenden Nervenzellen nach und nach ab. Bei Parkinsonpatient*innen ist dieser Prozess jedoch deutlich beschleunigt und führt zu einem Dopaminmangel. Die genaue Ursache ist noch unklar, aber ein Faktor, der zum Verlust der Nervenzellen beiträgt, sind die Protein-Ablagerungen. Da Dopamin unter anderem für die Bewegungsinitiierung, -ausführung und -rückkopplung verantwortlich ist, leiden Parkinsonpatient*innen als Folge des Mangels unter einer Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit.

Gibt es schon vor den eindeutigen Symptomen Vorboten, die die Krankheit ankündigen?

Ein Parkinson beginnt schleichend. Ich nehme als erstes Symptom meist nicht etwa das Zittern wahr, sondern eintönige, nicht mehr ausreichend modulierte Sprache, aber auch die reduzierte Mimik. Die Spontanbewegungen, das Gangbild wirken undynamisch, verlangsamt bzw. gebunden. Das Erkennen von Frühsymptomen spielt zudem eine Rolle bei der frühen Diagnosestellung. Einzelnen genommen sind sie nicht so wegweisend. Wenn Sie zum Beispiel nicht mehr so gut riechen und schmecken, bedeutet das nicht gleich, dass Sie Parkinson haben. Mit einem Schulter-Arm-Syndrom gehen Sie zunächst zum Orthopäden und auch bei Verdauungsproblemen ist Parkinson nicht die erste Schlussfolgerung. Wenn Patienten von diesen Symptomen allerdings mehrere haben und noch ein leichter Tremor dazukommt, dann schauen wir schon genauer hin.

Wie wird Parkinson behandelt?

Parkinson ist eine sehr vielgestaltige Erkrankung, sowohl vom Krankheitsverlauf als auch von der Ausprägung. Einige Patienten sind noch sehr jung, andere schon sehr alt. Es gibt Betroffene, die unter einer früh einsetzenden Demenz leiden und einen schnellen Krankheitsverlauf erleben, während andere lediglich langsam zunehmende motorische Symptome zeigen. Die Therapie ist also sehr individuell und in der Frühphase meist medikamentös. Die mittlere Phase kombiniert die medikamentöse Behandlung mit Physio- und Ergotherapie und die Spätphase ist weniger medikamentös. In diesem Stadium wird je nach Bedarf Physio-, Ergo- und Logotherapie angewandt und versucht, Komplikationen zu vermeiden.

Die medikamentöse Behandlung kann zum Beispiel mit L-Dopa gestartet werden, das im Körper zu Dopamin umgewandelt wird. Nachdem das Dopamin seine Aufgabe erfüllt hat, wird es recycelt. Die Enzyme, die dafür verantwortlich sind, können durch Medikamente blockiert werden, so hat der Patient sekundär mehr Dopamin. Alternativ kann die natürliche Wirkung vom Dopamin-Rezeptor potenziert werden – solche Wirkstoffe nennen wir dann Dopaminagonisten, also Mitspieler oder Unterstützer. Um den Magen-Darm-Trakt als mögliche Quelle von Problemen auszuschließen, können Patienten den Wirkstoff zum Beispiel über ein Pflaster bekommen. In fortgeschrittenen Krankheitsstadien kommen für Betroffene auch Medikamentenpumpen infrage. Hier wird der Patient über eine kleine Nadel unter der Haut (subkutan) oder mittels PEG-Sonde direkt über den Dünndarm mit Wirkstoff versorgt. Für andere kann tiefe Hirnstimulation (THS) eine große Erleichterung bringen. Sie wirkt, indem ein Kerngebiet des Gehirns durch ein Implantat elektrisch stimuliert wird. So kann per Knopfdruck zum Beispiel eine ungewollte Bewegung unterdrückt werden.



DR. MATTHIAS BÖHRINGER
INTERVIEW: Antonia Pieper

FRAUENHEILKUNDE UND GEBURTSHILFE IM FRANZISKUS HOSPITAL BIELEFELD

Die Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe im Franziskus Hospital Bielefeld an der Kiskerstraße kann auf eine lange Tradition zurückblicken: Seit Jahrzehnten werden hier Patientinnen und auch Patienten mit verschiedensten gynäkologischen Erkrankungen einfühlsam und kompetent betreut.

Im Franziskus Hospital stehen die Persönlichkeit und die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen im Mittelpunkt. Ganz gleich, ob es sich um eine gynäkologische Erkrankung, eine Brustkrebsdiagnose oder um eine Schwangerschaft handelt – intensive Gespräche und persönliche, individuelle Zuwendung sind wesentliche Bestandteile des Behandlungsansatzes. Das Team aus erfahrenen Ärztinnen und Ärzten und weiteren Fachkräften bringt nicht nur umfassende Expertise in den Bereichen Brusterkrankungen, gynäkologische und urogynäkologische Beschwerden sowie Geburtshilfe mit, sondern kann auch auf modernste technische Ausstattung zurückgreifen, darunter das DaVinci-OP-Robotersystem und fortschrittliche Sonographie.

Brusterkrankungen

Die Klinik ist der Hauptstandort des Brustzentrums Bielefeld-Herford, das in Kooperation mit dem Mathilden Hospital in Herford eine umfassende interdisziplinäre Diagnostik, Therapie und Nachsorge für Brustkrebs bietet. Durch die Zusammenarbeit mit dem Comprehensive Cancer Center Niedersachsen (CCC) ist die Klinik stets auf dem neuesten Stand der Wissenschaft und mit einer weltweiten Datenbank verbunden. Im Brustzentrum Bielefeld-Herford werden übrigens auch

Männer mit Brustdrüsenenerkrankungen betreut.

Gynäkologie

Ein zentraler Fokus der gynäkologischen Arbeit liegt auf der Behandlung von Krebserkrankungen, der interdisziplinären Versorgung bei Endometriose sowie der Therapie von Beckenbodenleiden. Die enge interdisziplinäre Kooperation mit der Klinik für Urologie, der Strahlentherapie und der Klinik für Hämatologie, Onkologie und Immunologie ist dabei ein großer Vorteil. Im Franziskus Hospital finden unsere Patientinnen alle benötigten Spezialisten unter einem Dach.

Geburtshilfe

Von der Begleitung während der Schwangerschaft über geburtsvorbereitende Kurse und die Entbindung bis hin zur Nachsorge auf der Station und im Wochenbett ist das Team aus Hebammen, Pflegekräften und Ärztinnen und Ärzten jederzeit für Mutter und Kind da. Seit vielen Jahren wird hier das WHO-Konzept der „Babyfreundlichen Geburtsklinik“ gelebt, was durch jährliche Zertifizierungen bestätigt wird. Im Mittelpunkt steht das Wohl des Babys, das sanfte und behutsame Ankommen in der Welt. Alle Abläufe sind darauf abgestimmt.



Chefarzt Khaled Gharbia

Oberärzteteam:

Dr. Christiane Nübel, Dr. Lorenzo Werner, Indra Babin

Leitende Hebammen:

Jessica Lepper und Sofia Goupou

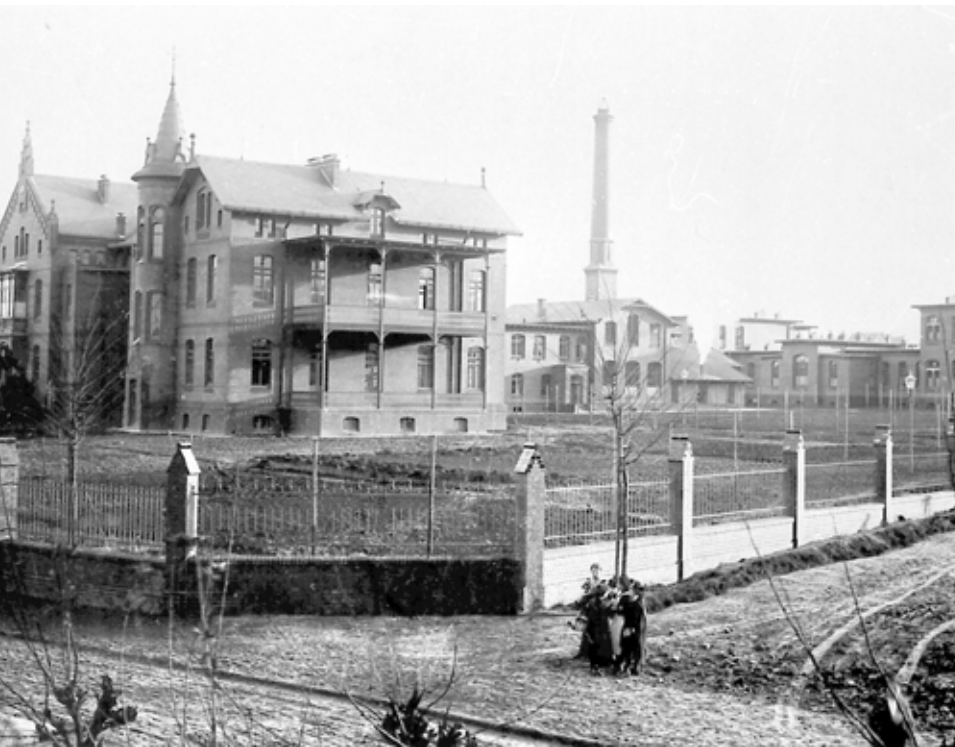
Stationsleitungen: Cecilia Sturm und Heike Schönfeld

**FRANZISKUS
HOSPITAL** Bielefeld



Akademisches Lehrkrankenhaus der
Medizinischen Hochschule Hannover

Katholische Hospitalvereinigung
Ostwestfalen gGmbH
Franziskus Hospital Bielefeld
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Telefon 0521 589-1501
frauenklinik@franziskus.de
www.franziskus.de
#hospitalmitherz



GESCHICHTE ERLEBEN

Ein Besuch im Krankenhausmuseum Bielefeld

Im vergangenen Jahr feierte das Klinikum Bielefeld-Mitte sein 125. Jubiläum. Das Krankenhaus an der Oelmühlenstraße blickt auf eine bewegte Geschichte zurück, die 1899 mit 167 Betten begann. Gleich um die Ecke, im ehemaligen Schwesternwohnhaus in der Eduard-Windthorst-Straße 23, können interessierte Besucherinnen und Besucher eine Zeitreise unternehmen und hautnah erleben, was sich in der Welt der Medizin und Krankenpflege im Laufe der Zeit so alles getan hat.

Betritt man die Räumlichkeiten des Krankenhausmuseums, fühlt man sich direkt in der Zeit zurückversetzt. Eine altmodische Kasse steht auf einem Empfangstresen aus dem Bestand einer Arztpraxis, daneben eine Kommode aus der damaligen Krankenpflegeschule. Nicht nur die stilechte Einrichtung verdankt das Museum den Spenden verschiedener medizinischer und pflegerischer Einrichtungen und Privatpersonen. Es macht den Charme der Ausstellung aus, dass hier eine Sammlung zu sehen ist, hinter der spürbar das Engagement geschichtsinteressierter Menschen steckt. Im Verein Bielefelder Krankenhausmuseum e. V. arbeiten Historiker, aktuelle und ehemalige Mitarbeitende des Klinikums und andere Ehrenamtliche daran, in wechselnden Ausstellungen den Klinikalltag der Vergangenheit erlebbar zu machen.

Seinen Ursprung hat das Archiv in der damaligen Krankenpflegeschule. 1999 stellten Mitarbeitende dort einige alte Exponate zusammen, um sie anlässlich des 100. Klinik-Jubiläums zu präsentieren. Das nostalgische Projekt legte den Grundstein für die Vereinsgründung im Jahr 2004. Im darauffolgenden Jahr fand die erste Ausstellung in der gerade fertiggestellten Capella hospitalis statt und kam so gut an, dass sich der Verein nach dauerhaften Räumlichkeiten umsah.



In der ehemaligen Kantine des Schwesternwohnhauses wurde er schließlich fündig und das Krankenhausmuseum eröffnete 2010 seine Türen.

Aktuell können Besucherinnen und Besucher den Fachbereich der Ophthalmologie kennenlernen. Die Ausstellung „Augenblick mal – Zur Geschichte der Augenheilkunde“ zeigt anschaulich, wie sich die Kenntnisse und die technische Ausstattung zur Untersuchung und Behandlung der Augen weiterentwickelt haben. Doch es sind die kleinen Details in den Vitrinen der Ausstellung, die den Alltag der Behandelnden und Patient*innen erst richtig greifbar machen: das Augenoperationsset für Notfälle, ungewöhnliche Brillen mit dicken Gläsern oder Bilderbücher für Blinde und stark sehbehinderte Leser*innen, in denen nicht nur der Text in Brailleschrift zu finden ist, sondern auch geprägte Abbildungen, die man mit den Händen ertasten kann.

Eine Ausstellung zum Anfassen kommt bei Kindern und Jugendlichen besonders gut an, deswegen ist das Museum ein beliebtes Ziel für Klassenausflüge. Nach vorheriger Anmeldung stellt man sich dort flexibel auf die Anforderungen der Besucherinnen und Besucher ein.

Claus-Henning Ammann, Gründungsmitglied und erster Vorsitzender des Vereins, weiß zu jedem Ausstellungsstück spannende Fakten und unterhaltsame Anekdoten zu erzählen. Kinder können das Museum auf eigene Faust erkunden, rätselhafte Gegenstände zuordnen und experimentieren. In ihren Führungen richten sich die Museumsmitarbeitenden gern nach den jungen Besuchern: „Oft sind Kinder so neugierig, da sieht man schon die Blicke, die überall hinwandern und die Fragezeichen in den Augen. Die Führung läuft dann von ganz allein. Andere Kinder hängen einem an den Lippen und man wird selbst zum Ausstellungsstück“, so Ammann.

Erwachsene kommen im Museum ebenfalls auf ihre Kosten. Neben einem spontanen Besuch am Sonntag können sich Gruppen auch unter der Woche für eine Besichtigung anmelden. Wer auf der Suche nach einem Ziel für den Betriebsausflug oder einer Aktivität für die Geburtstagsrunde ist, wird hier ebenso fündig wie interessierte Fachleute. Für besondere Anlässe werden da schon mal Spezialinstrumente aus dem Archiv geholt, die nur etwas für Kenner sind. Auch die Studierenden der medizinischen Fakultät haben das gut sortierte Archiv des Museums für sich entdeckt und nutzen es für die medizingeschichtliche Forschung.

Schon lange kein Geheimtipp mehr und dennoch einen Abstecher wert ist das Museumsprogramm zu den Bielefelder Nachtansichten. Von simulierter Schlüsselloch-Chirurgie über professionelle Nahttechnik bis zur Reanimation ist jedes Jahr für Groß und Klein etwas dabei.



Öffnungszeiten:

jeden Sonntag
von 14 bis 17 Uhr
(außer an Feiertagen)
und wochentags
nach Anmeldung;

Eintrittspreis:

Erwachsene 2,00 €,
Kinder ab 12 Jahre 1,00 €.

Weitere Informationen unter:

www.krankenhausmuseum-bielefeld.de



NETZSTRUKTUREN IN BIELEFELD

Ärztetze und ihre Funktion in der medizinischen Versorgung

*In einem Ärztenetz schließen sich Mediziner*innen und oft auch Vertreter*innen anderer Gesundheitsberufe zusammen, um die Versorgung von Patient*innen durch kooperative und innovative Strukturen zu verbessern, und zwar untereinander wie auch mit externen Akteuren (z. B. Krankenhäusern). Eine so strukturierte ambulante medizinische Versorgung fördert die gute Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzt*innen, sorgt für Qualität und Effizienz und führt zu einer höheren Zufriedenheit sowohl bei den Ärzt*innen als auch den Patient*innen.*

AUTORIN: Antonia Pieper



Netze in Bielefeld

In den 1990er-Jahren aus einem Zusammenschluss Bielefelder Hausärzt*innen entstanden, wollte die **Initiative Bielefelder Hausärzte (IBH)** neue Strukturen schaffen, um eine gute hausärztliche Versorgung vor Ort zu sichern und zu verbessern. Schwerpunkte sind seither die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzt*innen und Krankenhäusern, eine gute Vernetzung mit der beruflichen Interessensvertretung und Repräsentation von hausärztlichen Anliegen in der Öffentlichkeit. Das dadurch entstandene Klima guter Kollegialität und die für Patient*innen wie Ärzt*innen sinnvollen Inhalte vernetzten Arbeitsens zeigen dem medizinischen Nachwuchs ein attraktives hausärztliches Arbeitsumfeld in Bielefeld auf.

Es folgten weitere wegweisende Innovationen im Bereich der Patientenversorgung. Um die medizinische Betreuung von Patient*innen in der letzten Lebensphase zu verbessern, die trotz schwerster Erkrankung bis zum Ende in den eigenen vier Wänden leben wollen, wurde 2006 zunächst der Palliativmedizinische Konsiliardienst Bielefeld GbR ins Leben gerufen. Zwei Jahre später entstand das **Palliativnetz Bielefeld e. V.**, in dem weitere Akteure vertreten sind, die an dieser Versorgung beteiligt

sind (spezialisierte Koordinator*innen, ambulanter Hospizdienst, Palliativstationen, Hospiz, Palliativpflegedienste, Seelsorge). 2015 kam mit dem **Ärztenetz Bielefeld e. V.** ein drittes Netz hinzu, das sich mit dem Modul Pflegeheimvertrag zunächst der Verbesserung ärztlicher Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen annahm und dann mit dem Geriatrie-Projekt auch die häusliche Betreuung hilfsbedürftiger geriatrischer Patienten*innen ins Auge fasste. Es folgte ein Modul zur Versorgung chronischer Wunden und eines zur vorausschauenden Behandlungsplanung am Lebensende (Advance Care Planning). Auch in diesem Netz kommen Case-Managerinnen als Koordinatorinnen zum Einsatz.

Förderung von Ärztenetzen

Um von der Kassenärztlichen Vereinigung Förderung zu erhalten, muss ein Ärztenetz eine Größe von mindestens 20 und höchstens 100 vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Praxen haben. Es müssen neben den Hausärzten mindestens drei weitere Fachgruppen vertreten sein und das Netz muss über ein professionelles Netzmanagement und eine ärztliche Leitung und Geschäftsführung verfügen. Außerdem müssen drei sogenannte zentrale Versorgungsziele berücksichtigt werden.

Versorgungsziel „Patientenzentrierung“

Beispiele sind Maßnahmen zur Steigerung der Arzneimittelsicherheit bei Verschreibung, Anwendung und insbesondere Multimedikation (> 50% der Menschen > 65 Jahre bekommen fünf oder mehr verschiedene Medikamente). So sind zweimal jährlich stattfindende Medi-Checks Bestandteil der Versorgung von im Pflegeheimvertrag eingeschriebenen Patienten*innen. Ein weiterer wichtiger As-

pekt ist Fehlermanagement: Hier geht es um kritische Aufarbeitung von beispielhaften Fällen, wo etwas nicht zur Zufriedenheit gelaufen ist. Aus Fehlern soll gelernt und Prozesse optimiert werden. Das Ärztenetz hat sich interne Empfehlungen zur sinnvollen Anwendung von bestimmten wichtigen Medikamentengruppen gegeben: Ein Beispiel ist die Behandlung der Depression bei älteren Patienten. Ein weiteres ist das Projekt AnTiB, wo es um rationale Antibiotika-Therapie geht. Ziel ist dabei, Antibiotika nur in begründeten Fällen und dann mit wohlüberlegter Präparatewahl anzuwenden, um so der Entwicklung von Antibiotika-Resistenzen entgegenzuwirken. Im Bereich Terminvergabe haben die Bielefelder Netze mit der ABC-Regelung ein Konzept zum Überweisungsmanagement erarbeitet, mit dem sie Überweisungen zwischen Haus- und Fachärzten nach tatsächlicher Dringlichkeit strukturieren können.

Versorgungsziel „Kooperative Berufsausübung“

Unter dem Oberbegriff der Kooperation finden regelmäßig Qualitätszirkel statt, wo sich die ärztlichen Kolleg*innen über aktuelle Themen und Neuentwicklungen zu Diagnostik und Therapie austauschen. Für bestimmte gemeinsame, praxisübergreifende Handlungsfelder (z. B. Palliativnetz, Pflegeheimversorgung) nutzen die Bielefelder Netze eine gemeinsame datenschutzkonforme Dokumentationsplattform. Dadurch kann ein zuverlässiger Informationsfluss, Behandlungskontinuität und -sicherheit in den Modulen gewährleistet werden. Es wurden netzintern abgestimmte Standard-Prozessabläufe für das Management von Patienten*innen mit Diabetes Typ 2, Asthma/COPD und Koronare Herzerkrankung entwickelt, die für alle teilnehmenden

Kolleg*innen auf der internen Seite der Ärztenetz-Homepage abrufbar sind.

Das Ärztenetz verpflichtet sich zudem zur Kooperation mit anderen Leistungserbringern, was z. B. im „Weiterbündlungsverbund zum Facharzt für Allgemeinmedizin Bielefeld“ mit den Bielefelder Krankenhäusern realisiert wird. Zudem kooperiert es über seine am Lehrpraxenetz der Uni Bielefeld teilnehmenden Praxen intensiv bei der Ausbildung des medizinischen Nachwuchses und versucht, diesen so für das Tätigkeitsfeld der Hausarztmedizin zu begeistern.

Versorgungsziel „Verbesserte Effizienz/Prozessoptimierung“

In dem Versuch, die Patientenperspektive einzubeziehen, hat das Ärztenetz ein Management mit Regelungen zu Patientenrückmeldungen eingerichtet, das auch die Bearbeitung von Beschwerden beinhaltet, die dann bei Bedarf entweder bilateral oder in Qualitätszirkeln besprochen werden können, um Verbesserungsvorschläge zu erarbeiten.

Ein positives Beispiel für die Beschleunigung von Diagnose- und Therapieprozessen ist der Prozessablauf im Geriatrie-Projekt. Mit der Unterstützung der Case-Managerinnen wird hier der teils komplizierte wechselseitige Behandlungsprozess im Geflecht zwischen Patient*innen, Angehörigen, Ärzt*innen, Pflegediensten und anderen Institutionen koordiniert und optimiert.

Zu all den beschriebenen Aktivitäten müssen die Netze alle paar Jahre gegenüber den Kostenträgern Bericht erstatten und erhalten bei Erfüllung der Anforderungen eine Zertifizierung.

DIE LEHRE NACH DEM TOD

Körperspende für die Medizinische Fakultät OWL

Der Modellstudiengang Medizin der Universität Bielefeld ist dafür bekannt, bereits ab dem ersten Semester wissenschaftliche und klinische Ausbildungsinhalte miteinander zu kombinieren. Auch der Aufbau und die Funktion des menschlichen Körpers werden von Studierenden im Präparierkurs praktisch erschlossen. Obwohl digitale Medien und moderne Lehrbücher anatomisches Wissen anschaulich darstellen können, ist die Arbeit am Humanpräparat noch immer das beste Lehr- und Lernmittel. Dr. Marko Schulze ist Leiter der Prosektur und erklärt uns, warum die Medizinische Fakultät auf Körperspenden angewiesen ist und wie eine Spende vonstattengeht.

Herr Dr. Schulze, Sie sind Teil der AG Anatomie und Zellbiologie. Welche Rolle spielt dieser Fachbereich innerhalb des Medizinstudiums?

Anatomie ist ein zentrales medizinisch-naturwissenschaftliches Grundlagenfach, das sich gerade zu Beginn des Medizinstudiums in der Lehre mit der strukturellen mikro- und makroskopischen Organisation und dem Aufbau des menschlichen Körpers beschäftigt. Ziel anatomischer Grundlagenforschung ist die Klärung der Funktion von Zellen, Geweben und Organen unter besonderer Berücksichtigung ihrer Struktur. Für die Umsetzung dieser Forschungs- und Lehraufgaben an der Universität Bielefeld sind wir auf freiwillige Körperspenden angewiesen.

Wozu werden Körperspenden benötigt?

Schwerpunktmäßig werden Körperspenden in der Ausbildung der Humanmedizin im anatomischen Untersuchungskurs benötigt, aber auch für die spätere klinische Aus-, Fort- und Weiterbildung, zum Beispiel zum Assistenzarzt oder zum Facharzt. Außerdem sind sie für die Grundlagenforschung in anderen klinischen Disziplinen wie der Orthopädie oder HNO-Heilkunde wichtig.

Wer eignet sich als Spender*in?

Um als Spender*in infrage zu kommen, muss die Person mindestens 50 Jahre alt sein und ihren Hauptwohnsitz in oder um Bielefeld haben. Um eine letztwillige Verfügung bei uns

abzugeben, muss die Person außerdem uneingeschränkt handlungs- und urteilsfähig sein und eigenverantwortlich diese Absichtserklärung abgeben. Wir laden Personen, die sich für eine Körperspende interessieren, zu uns ein, um uns kennenzulernen und in einem persönlichen Beratungsgespräch alle Details, die mit so einer Körperspende zusammenhängen, zu besprechen und die formaljuristische Geschäftsfähigkeit zu überprüfen. Es ist also nicht möglich, sich einfach ein Dokument online herunterzuladen, es auszufüllen und in seinen Nachtschrank zu legen, sondern eine Körperspende muss immer freiwillig zu Lebzeiten erfolgen. Wir schließen aus, dass Angehörige uns einen Körper übereignen.

Müssen Spendenkörper bestimmte Voraussetzungen erfüllen?

Prinzipiell nicht. Die Faszination des anatomischen Untersuchungskurses liegt gerade darin, dass wir Diversität abbilden. Deswegen haben wir keine geschlechterspezifischen Voraussetzungen und auch Vorerkrankungen sind kein Ausschlusskriterium für uns – weder eine Endoprothese noch ein Bypass, eine Diabetes- oder eine Krebserkrankung – im Gegenteil. Lehrbücher stellen immer nur den Regelfall dar, aber im Präparierkurs können wir auch Variabilität darstellen und vermitteln. Eine Ausnahme sind meldepflichtige Infektionskrankheiten wie beispielsweise eine akute Virus-



hepatitis-Erkrankung. In diesen Fällen müssen wir ablehnen. Aber sonstige Vorerkrankungen sind für uns irrelevant.

Welche Formalitäten müssen von Spender*innen erfüllt werden?

Die Absicht zur Körperspende muss schriftlich festgehalten werden und eine Ausführung dieses schriftlichen Vermächtnisses – wir geben den Menschen einen entsprechenden Vordruck mit – muss bei uns hinterlegt sein. Erst dann ist die Person registrierte*r Körperspender*in. Für die Finanzierung der anfallenden Bestattungskosten müssen wir einen Eigenanteil von aktuell 1.190 Euro erheben. Wenn eine Person von dem Vermächtnis zurücktritt, bekommt sie natürlich diesen Eigenanteil zurück. Alle Kosten, die im Sterbefall anfallen – die Ausstellung der Todesbescheinigung, die Überführungskosten, Aufbewahrung, Kremierung, Urnenbeisetzung, Grabpflege

und auch eine Gedenkfeier –, werden dann von uns übernommen.

Können Spender*innen ihre Einwilligung zurückziehen?

Da es sich nicht um einen formaljuristischen Vertrag handelt, sondern um eine Absichtserklärung, kann sie jederzeit ohne Angabe von Gründen von beiden Seiten widerrufen werden.

Was passiert, wenn ein*e Spender*in verstirbt? Wie sieht ein typischer Ablauf aus?

Registrierte Spender*innen bekommen von uns einen Körperspendeausweis. Dort ist das Bestattungsunternehmen vermerkt, das mit uns zusammenarbeitet. Wenn der Sterbefall eintritt, wird der Bestatter informiert und übernimmt den Transfer des Verstorbenen. Wenn ein Arzt die Todesfeststellung vorgenommen und die Todesbescheinigung ausgefüllt hat, kann der Verstorbene überführt werden.



Hier erfahren Sie mehr über das Thema Körperspende:

Ansprechpartnerin:

Daniela Deniell

E-Mail:

koerperspende@uni-bielefeld.de

Telefon: 0521-106-86637

Weil der Körper zu uns in die Anatomie kommt, muss eine zweite amtsärztliche Leichenschau im Gesundheitsamt erfolgen. So wird sichergestellt, dass keine ungeklärte oder nicht-natürliche Todesart vorliegt. Unsere Körperspender*innen müssen eines natürlichen Todes versterben. Bei uns sorgen die Mitarbeiter*innen der Prosektur dafür, dass die natürlichen Vergehensprozesse gestoppt werden. Dafür wird der Körper mit einer chemischen Fixierungslösung konserviert. Es dauert etwa sechs Monate, bis wir mit dem Körper arbeiten können. An der Medizinischen Fakultät OWL wird über zwei Jahre an einem Körper präpariert. Nach Beendigung des präparatorischen Untersuchungskurses folgt die Kremierung und eine Urnenbeisetzung mit Gedenkfeier, zu der wir auch die Angehörigen einladen.



DR. MARKO SCHULZE

INTERVIEW: Antonia Pieper

DIE KLEINSTEN HABEN BILDSCHIRMFREI

Einen gesunden Umgang mit digitalen Medien finden

Schnell noch ein Selfie posten oder einen Beitrag liken. Den Freunden über Messenger antworten. Das Handy ist ständiger Begleiter – besonders bei jungen Menschen. Es scheint, als könnten sie ihren Blick gar nicht mehr von dem kleinen Display lösen. Sie sind permanent online. Der exzessive Medienkonsum auf Smartphone oder Tablet kann Konsequenzen für die Persönlichkeitsentwicklung und für die Gesundheit haben. Dr. Paul von Laer aus der Gemeinschaftspraxis für Kinderheilkunde und Jugendmedizin in Dornberg macht regelmäßig die Erfahrung, dass vielen Eltern die Auswirkung von unkontrollierter Mediennutzung gar nicht bewusst ist und möchte für einen verhältnismäßigen Umgang sensibilisieren.

Welche Folgen von Medienkonsum beobachten Sie in Ihrer Praxis?

Die grundsätzliche Frage, wie sich Medien auf Kinder und Jugendliche auswirken – und letztlich auch auf Erwachsene – ist im Prinzip seit Beginn des Fernsehzeitalters klar. Wir wissen, wenn wir die Extremfälle beobachten, dass bei Kindern, die zu Hause nur vor dem Fernseher sitzen, so gut wie gar kein Spracherwerb stattfindet. Ähnlich wie bei Kindern, die stark vernachlässigt werden und keine Ansprechpartner haben, entwickeln sie außerdem schlechtes soziales und emotionales Verhalten. Das sind natürlich Extrembeispiele. Im Praxisalltag beobachten wir aber, dass Kinder mit unreguliertem Zugang zu Medien schlecht sprechen. Ist die Sprache als Basisfähigkeit für Kommunikation begrenzt, schränkt das die soziale Interaktion massiv ein.

Gibt es auch körperliche und psychische Folgen?

Die unkontrollierte Mediennutzung führt zu mehr Passivität und damit zu mehr Fettleibigkeit, ein Risikofaktor für spätere Erkrankungen wie Diabetes – das wissen wir schon lange, denn das trifft auch auf den Fernsehkonsum zu. Hinzu kommt das Problem der Kurzsichtigkeit. Durch die Nähe des Bildschirms trainieren die Augen nicht ausreichend, in die Ferne zu sehen. Gerade die Kinder, die zu Isolation neigen, konsumieren oft mehr Medien und isolieren sich dadurch noch weiter. Natürlich wird argumentiert, dass über Messenger-Dienste Interaktion mit anderen Jugendlichen stattfindet, aber wir wissen auch, dass das nicht immer so gut klappt. Durch die ganzen Missverständnisse, die dabei entstehen, kommt es häufig zu einer sehr dysfunktionalen Interaktion. In

sozialen Medien fällt es außerdem leichter, abwertend oder verletzend zu sein. Cybermobbing ist daher ein riesiges Problem.

Wie wirkt sich das Konsumverhalten der Eltern auf die Kinder aus?

Säuglinge brauchen für die Interaktionsentwicklung direkten Blickkontakt. Das funktioniert nur, wenn man Säuglinge vor sich hält und sie direkt anschaut, denn sie können noch nicht so weit gucken – sie benötigen einen Blickabstand von 30 bis 50 cm. So lernen sie die erste Interaktion und reagieren auf mein Lächeln. Sie erkennen noch nicht viel, aber ohne diesen Kontakt fehlt die soziale Bindung. Es ist in diesem Alter noch eher wie ein Reflex, aber Eltern müssen eben auf diesen Reflex eingehen. Wenn Eltern durch Geräte abgelenkt sind und die Kinder nicht anschauen, ist das nur noch sehr eingeschränkt möglich. Im Laufe der Zeit entwickeln Kinder außerdem häufig eine Aufmerksamkeitsstörung. Durch die Mediennutzung sind Eltern nicht ansprechbar, aber sie können auch die Konzentration nicht halten. Kindern geht es ähnlich. Sie können sich allein durch die Anwesenheit des Handys weniger gut konzentrieren. Bleibt das Handy zu Hause, wird es besser. Doch einige haben schon eine Abhängigkeit entwickelt und denken die ganze Zeit an das fehlende Gerät. Diese Aufmerksamkeitsstörung ist antrainiert. Im Vergleich zum Youtube-Video ist das, was die Lehrerin in der Schule erzählt, langweilig. Es ist nicht fesselnd genug, zu wenig gekürzt und



Weitere Informationen und Unterstützung zum Thema Medienerziehung:

Juuuport e. V. ist eine Onlineberatung bei Cybermobbing (www.juuuport.de), Klicksafe ist eine EU-Initiative für mehr Sicherheit im Netz (www.klicksafe.de) und bei der „Nummer gegen Kummer“ finden Kinder und Jugendliche ein offenes Ohr für Sorgen und Ängste jeder Art (Tel. 116 111, www.nummergegenkummer.de/onlineberatung).

komprimiert. Die Fähigkeit, sich tiefer mit einer Aufgabe zu beschäftigen, fehlt den Kindern.

Gibt es Richtwerte für die Bildschirmnutzung verschiedener Altersgruppen?

Man sagt, „bildschirmfrei bis drei“. In diesem Alter nehmen Kinder ohnehin keine Inhalte vom Bildschirm auf. Einige Eltern sehen das genauso, andere rollen mit den Augen und sagen, dass das sowieso nicht funktioniert. Bis zu einem Alter von sechs Jahren kann man sagen, dass etwa eine halbe Stunde am Tag in Ordnung wäre. Das wäre dann beispielsweise so etwas wie gemeinsam die „Sesamstraße“ oder „Die Sendung mit der Maus“ zu gucken, also Medien, die auch inhaltlich für dieses Alter geeignet sind. Mittlerweile entwickelt sich glücklicherweise ein Bewusstsein dafür, dass Handys in

Grundschulen keinen Platz haben und auch Mahlzeiten sollten frei von Medien sein. Ein eigenes Smartphone sollten Kinder erst ab 14 Jahren bekommen, gerade wenn man bedenkt, welches Suchtpotenzial dahintersteckt.

Was sollten Eltern in Bezug auf Inhalte beachten?

Wenn digitale Mediennutzung stattfindet, müssen Eltern ihre Kinder begleiten. Das gilt auch fürs Fernsehen. Man sollte wissen, was Kinder gucken, damit man darüber sprechen kann. Wenn das Kind einen Klassenchat hat, dann sollten Eltern da reingucken. Von einem 10-Jährigen kann ich nicht erwarten, dass er eigenverantwortlich so einen Chat handhaben kann. Cybermobbing ist ein großes Problem und Cybergrooming, also wenn Kinder von älteren Menschen online angesprochen werden, ist in

den sozialen Medien eine Gefahr. Kindersicherungen, die nur die Nutzung bestimmter Webseiten zulassen und zeitlich begrenzen, schützen vor Inhalten, die nicht kindgerecht sind. Wenn Jugendliche älter werden, muss man sie natürlich in die Eigenverantwortung entlassen.



DR. PAUL VON LAER
INTERVIEW: Antonia Pieper



GESUNDHEITSRISIKO HITZE

Der Klimawandel und seine Folgen

Seit mehr als 27 Jahren werden in Deutschland zu warme Sommer gemessen, so die Bilanz des Deutschen Wetterdienstes (DWD). Was für viele Menschen nach einer schönen Entwicklung mit strahlendem Sonnenschein und besten Badetemperaturen klingt, ist für andere eine starke Belastung. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) sieht den Klimawandel sogar als größte Gesundheitsbedrohung für die Menschheit. Da mit einer weiteren Zunahme von Hitze in den nächsten Jahrzehnten zu rechnen ist, gilt es, in den Sommermonaten besondere Vorkehrungen zu treffen.

Hohe Temperaturen können vielfältige Auswirkungen auf das Wohlbefinden und die Gesundheit haben. Länger andauernde Hitze belastet das Herz-Kreislauf-System stark, etwa durch Flüssigkeitsverlust, und erschwert die Aufrechterhaltung der Körpertemperatur. Menschen sind den Temperaturen nicht nur tagsüber ausgesetzt, sondern ihr Körper kann sich auch nachts durch die fehlende Abkühlung nicht richtig erholen. Als Folge der andauernden Hitzebelastung können Erschöpfung, aber auch Hautausschläge, Wadenkrämpfe und Schwellungen in den Beinen auftreten. Für Allergiker sind die Sommermonate durch die Zunahme von Luftschadstoffen und eine veränderte UV-Strahlung sehr strapazios. Auch bestehende Herz-Kreislauf-Beschwerden und Atemwegserkrankungen werden möglicherweise verstärkt. Symptome sind Blutdruckschwankungen, gegebenenfalls Schwindel bis zum Kollaps, Atemnot und leichte Erschöpfbarkeit. Im schlimmsten Fall können anhaltende Extremtemperaturen sogar zum Tod führen.

Wer ist besonders gefährdet?

Besonders gefährdet durch die immer häufiger auftretenden Hitzewellen sind Menschen ab 65 Jahren, Patient*innen mit Vorerkrankungen – dazu zählen neben Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen auch Diabetes und Übergewicht –, Säuglinge und Kleinkinder sowie Schwangere. Einige Berufsgruppen sind außerdem einer hohen Belastung ausgesetzt, da sie im Freien arbeiten. Auch die Wohnsituation spielt eine Rolle. Gerade ältere Gebäude und sogenannte



Schnellbauwohnungen heizen sich durch ihre urbane Lage und schlechte Isolierung stärker auf, was für ein höheres Risiko unter ärmeren Menschen sorgt. Da hohe Temperaturen das Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit aller Menschen einschränken, stellt die Veränderung des Klimas das Gesundheitssystem vor große Herausforderungen. Jede*r Einzelne muss also lernen, mit höheren Temperaturen umzugehen und Hitzebelastungen entgegenzuwirken.

Wie ernähre ich mich am besten bei Hitze?

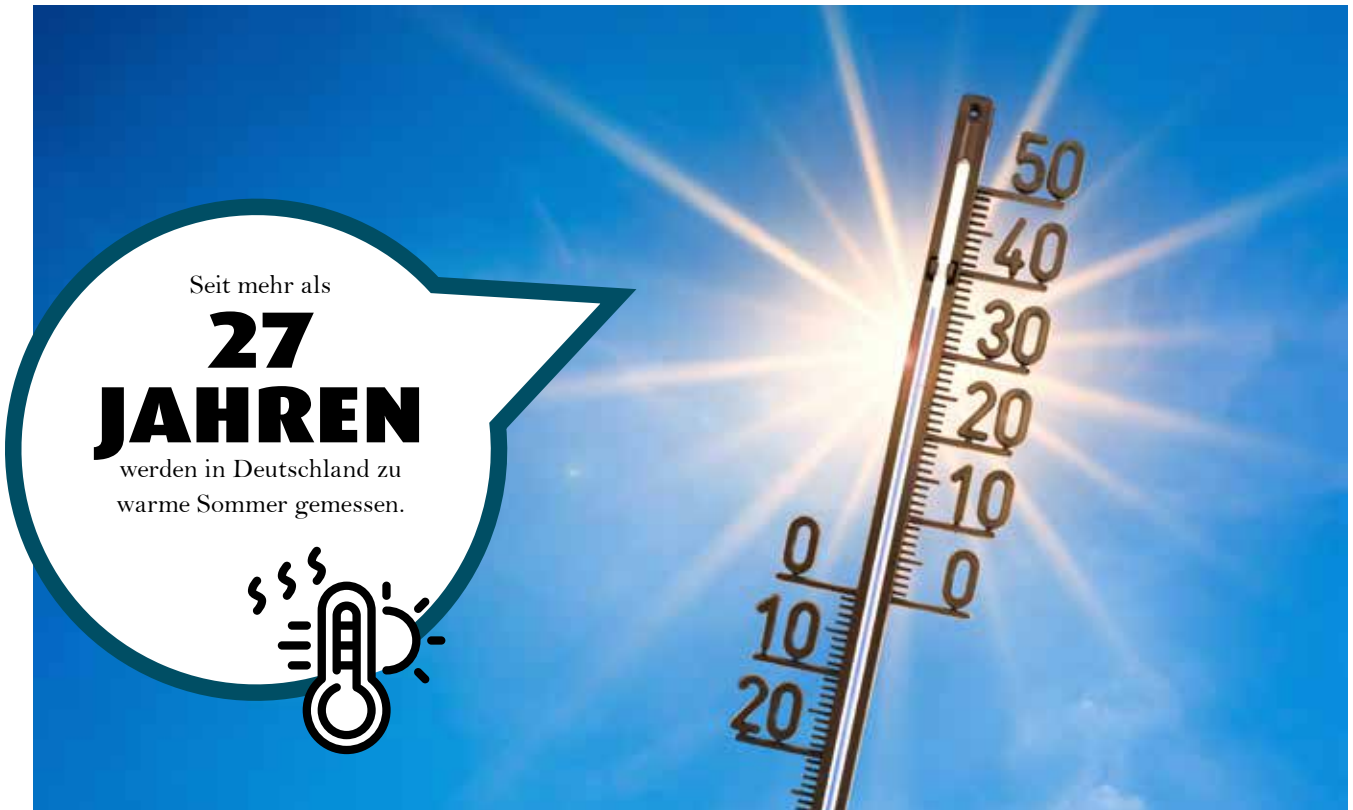
Durch starkes Schwitzen kommt es zu einem spürbaren Flüssigkeitsverlust und es entsteht ein Wassermangel im Körper, der sich durch Durst, aber auch Müdigkeit, Kopfschmerzen oder Muskelkrämpfe bemerkbar machen kann. Hier ist es besonders wichtig, viel zu trinken und wasserhaltige Nahrung (z. B. Wassermelone, „Kaltschale“) zu sich zu nehmen.

Auch eine zusätzliche Versorgung mit Elektrolyten kann das Nervensystem und die Muskeln unterstützen. Sie finden sich in vielen Lebensmitteln wie z. B. in grünem Gemüse, Eiern, Erdnüssen, Mandeln, Geflügel, Käse, Milch und Meeresfrüchten. Statt schwerer und fetter Kost sind kleine und leichte Mahlzeiten mit viel Obst und Gemüse und gut verträgliche Lebensmittel wie Reis und Fisch zu empfehlen. Es kann außerdem helfen, die Mahlzeiten nicht heiß, sondern lauwarm zu essen.

Was muss ich im Hinblick auf meine Medikamente beachten?

Bei der Einnahme von Medikamenten ist ebenfalls Vorsicht geboten. Auch sie benötigen zum Teil Schutz vor Hitze und von außen ist ihnen oft nicht anzusehen, dass ihre Wirksamkeit beeinträchtigt ist. Am besten sind Tabletten und Dragees zu Hause im Arzneischrank aufgehoben.





Da stimmt die Temperatur und die Medikamente sind vor direkter Sonneneinstrahlung geschützt. Medikamente in weicher oder flüssiger Konsistenz reagieren empfindlicher auf Wärme und sollten daher kühl, aber nicht zu kalt gelagert werden. Einige Medikamente beeinflussen die Wärmeregulierung des Körpers: Schilddrüsen-Hormonpräparate, manche Antidepressiva (sogenannte Trizyklische Antidepressiva), Neuroleptika, Antihistaminika, Atropin und manche Mittel gegen Reizblasenbeschwerden können über Hemmung des Schwitzens die Fähigkeit des Körpers zur Temperaturregulation beeinträchtigen. Bei der Einnahme von Medikamenten gegen Bluthochdruck sowie Entwässerungsmitteln sollte unbedingt ärztlicher Rat eingeholt werden, da sich die Wirkung der Medikamente bei Wärme ungünstig verstärken kann. So kann es an heißen Tagen manchmal geboten sein, die Dosis der Entwässerungstabletten

zumindest zu reduzieren. Aber nicht nur die Temperaturen, auch die Sonne kann zur Gefahr werden. Manche Medikamente vertragen sich nicht gut mit starker Sonneneinstrahlung und es kann zu Sonnenbränden und starken Hautreizungen kommen. Grundsätzlich ist es ratsam, auf die Hinweise in der Verpackungsbeilage zu achten.

Abkühlung im Alltag

Obwohl es an besonders heißen Tagen sinnvoll ist, die Sonne zu meiden und in den eigenen vier Wänden zu bleiben, gilt es dennoch einige Dinge zu beachten. Eine kalte Dusche senkt zwar kurzzeitig die Körpertemperatur, allerdings muss der Körper sich danach wieder auf die wärmere Außentemperatur einstellen und fängt an zu schwitzen. Im Hochsommer sollte daher besser nicht unter Körpertemperatur geduscht werden und auch zu kalt eingestellte Klimaanlage sind eher kontraproduktiv.

Um die Wohnung möglichst kühl zu halten, ist es sinnvoll, die Räume tagsüber abzudunkeln und nachts oder in den frühen Morgenstunden zu lüften. Ist die Wärme bereits in der Wohnung angekommen, kann Durchzug für eine kleine Abkühlung sorgen.



Die Stadt Bielefeld hat mit der Unterstützung von Hausärztinnen und Hausärzten einen Hitzeaktionsplan entwickelt und ein „Hitzetelefon“ eingerichtet, das unter 0521 – 51 51 200 oder www.bielefeld.de/hitzetelefon erreichbar ist. Hier erhalten Sie Informationen und praktische Hilfe.

Immer an der richtigen Adresse

Wissen Sie immer, welche Anlaufstelle die richtige für Sie ist?

Hausarzt, Notfallpraxis, Notaufnahme, Arztzufentrale, Rettungsdienst? Unser Gespräch mit Dr. med. Dirk Hoffmann, Notfalldienstbeauftragter der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) und seit 31 Jahren niedergelassener Hausarzt in Bielefeld, bringt Klarheit.

Wann ist der HAUSARZT die richtige Adresse?

Der Hausarzt ist bei allen Gesundheitsstörungen, die nicht akut lebensbedrohlich sind, die erste Adresse. Wir sind an sieben Tagen die Woche rund um die Uhr für unsere Patienten da: während der Sprechstundenzeiten in unseren Hausarztpraxen, außerhalb unserer Öffnungszeiten in der Notfallpraxis im Städtischen Klinikum Bielefeld Mitte sowie durch einen zentral organisierten Fahrdienst, erreichbar unter der Arztzufentrale 116 117.

Was ist eine NOTFALLPRAXIS und wann bin ich dort richtig?

Notfallpraxen sind ambulante Einrichtungen der KVWL, in denen die niedergelassenen Ärzte die Versorgung der Patienten außerhalb der eigenen Sprechstundenzeiten bis 22 Uhr sicherstellen. Die Notfallpraxis für den Bezirk Bielefeld befindet sich

im Klinikum Bielefeld Mitte. Sie sind dort richtig, wenn Sie aufgrund akuter Beschwerden nicht bis zur nächsten Sprechstunde Ihres Hausarztes warten können. Für Kinder gibt es eine Notfallpraxis im Ev. Klinikum Bethel.

Wann sollte ich die ARZTRUF-ZENTRALE 116 117 anrufen?

Die Arztzufentrale ist die richtige Wahl, wenn Sie außerhalb der Öffnungszeiten der Notfallpraxis nach 22 Uhr medizinische Hilfe benötigen oder diese nicht aufsuchen können, weil Sie z. B. bettlägerig sind. Der Bereitschaftsdienst der KVWL besteht aus einem zentral organisierten Fahrdienst, der Sie in dringenden Fällen zu Hause ärztlich versorgt.

Wann kann ich die ZENTRALE NOTAUFNAHME eines Krankenhauses aufsuchen?

Wenn Sie so starke Gesundheitsstörungen haben, dass Sie in einem Krankenhaus versorgt werden müssen, wie z. B. bei Knochenbrüchen oder stark blutenden Wunden. Mit leichteren Beschwerden gehen Sie bitte NICHT in die Zentrale Notaufnahme, denn diese sind keinesfalls „Arztpraxen mit verlängerten Öffnungszeiten“. Es ist wichtig, dass die Zentralen Notaufnahmen für schwer erkrankte Patienten freigehalten werden.

Was mache ich, wenn ich unsicher bin, ob meine Beschwerden das

Aufsuchen einer Zentralen Notaufnahme „rechtfertigen“?

Dann fahren Sie bitte ins Klinikum Bielefeld Mitte und gehen dort zuerst in die Notfallpraxis. Diese befindet sich in der Eingangshalle direkt vor der Zentralen Notaufnahme, mit der wir Tür an Tür zusammenarbeiten. Am Empfang der Notfallpraxis wird eine Ersteinschätzung vorgenommen, so dass Sie in jedem Fall an die richtige Stelle gelangen. Die Notfallpraxis ist telefonisch nicht zu erreichen.

Wann sollte ich den RETTUNGSDIENST unter 112 anrufen?

Wenn Lebensgefahr besteht, also lebenswichtige Funktionen des Patienten gestört sind, sollten Sie nicht zögern, die 112 anzurufen! Anzeichen sind z. B. Bewusstlosigkeit, Atemstörung, Kreislaufkollaps sowie Krampfanfälle. Aber auch stark blutende Wunden, Druckschmerz über dem Herzen, plötzliche Sprechstörungen und Lähmungen sind Anzeichen eines kritischen Zustandes.



DR. DIRK HOFFMANN

INTERVIEW: Karin Kükenshöner



KONTAKTDATEN FÜR DEN **NOTFALL**



In lebensbedrohlichen Notfallsituationen rufen Sie die Rettungsleitstelle: 112



NOTFALLPRAXIS FÜR **ERWACHSENE**

Klinikum Bielefeld Mitte

Teutoburger Str. 50 | 33604 Bielefeld

Öffnungszeiten: Mo., Di., Do.: 19-22 Uhr,

Mi., Fr.: 15-22 Uhr, Wochenende und feiertags: 9-22 Uhr

Die Notfallpraxis ist telefonisch nicht erreichbar.



NOTFALLPRAXIS FÜR **KINDER**

Ev. Klinikum Bethel „Kinderzentrum“

Grenzweg 10 | 33617 Bielefeld

Mi., Fr.: 16-21 Uhr, Wochenende und feiertags: 9-21 Uhr

Videosprechstunde im kinderärztlichen Notfalldienst:

Mo, Di, Do: 18-21 Uhr; Sa, So und feiertags: 10-12 Uhr

und 14-16 Uhr. Kontakt über Servicenummer 116 117.



ARZTRUFZENTRALE DER KVWL 116 117

Mo., Di., Do.: 18-8 Uhr des Folgetages

Mi., Fr.: 13-8 Uhr des Folgetages

Sa., So., Feiertag: 8-8 Uhr am Folgetag

Terminservicestelle: 24 Std.



ZENTRALE NOTAUFNAHME **FÜR KINDER**

Ev. Klinikum Bethel „Kinderzentrum“

Grenzweg 10 | 33617 Bielefeld

0521 – 772 780 50

ZENTRALE NOTAUFNAHMEN **ERWACHSENE**

Ev. Klinikum Bethel, „Haus Gilead I“

Burgsteig 13 | 33617 Bielefeld

0521 – 772 700

Ev. Klinikum Bethel „Johannesstift“

Schildescher Straße 99 | 33611 Bielefeld

0521 – 772 702

Franziskus Hospital Bielefeld

Kiskerstraße 26 | 33615 Bielefeld

0521 – 589 2121

Klinikum Bielefeld Mitte

Teutoburger Straße 50 | 33604 Bielefeld

0521 – 581 0

Klinikum Bielefeld Rosenhöhe

An der Rosenhöhe 27 | 33647 Bielefeld

0521 – 943 0



SONSTIGE RUFNUMMERN (RUND UM DIE UHR)

Informationszentrale gegen Vergiftungen

0228 – 192 40

Telefonseelsorge

0800 – 111 0 111 oder 0800 – 111 0 222

Sozialpsychiatrischer Krisendienst

0521 – 512 581

(werktags 8-15 Uhr)

0521 – 329 928 5

(werktags 18-7:30 Uhr;

an Wochenenden und Feiertagen rund um die Uhr)

Zahnärztliche Notdienstvermittlung

01805 – 986 700

www.zahnarzt-notdienst.de



IMPRESSUM

HERAUSGEBER

Ärztenetz Bielefeld e.V.
Gadderbaumer Straße 14, 33602 Bielefeld
www.aerztenetz-bielefeld.de
Dr. med. Johannes Hartmann - *Vorsitzender*

REDAKTION

Ärztenetz Bielefeld e.V.
Chefredaktion: Antonia Pieper
Redaktion: Dr. med. Johannes Hartmann, Karin Kükenshöner, Dr. Eike Birck

ANZEIGENLEITUNG

André Mielitz
(Mielitz Verlag GmbH)

DESIGNKONZEPT & REALISATION

Artgerecht Werbeagentur GmbH
Goldstraße 16-18, 33602 Bielefeld
Layout: Alicia Retemeier, Sarah Bröcker
Projektmanagement: Stefanie Freitag
www.artgerecht.de

DRUCK

Sattler Premium Print GmbH
Carl-Zeiss-Str. 4, 32549 Bad Oeynhausen
www.sattler.media

VERLAG

Mielitz Verlag GmbH
Goldstraße 16-18, 33602 Bielefeld
Geschäftsführer: André Mielitz
www.mielitz-verlag.de

DRUCKAUFLAGE

8.000 Exemplare

BILDNACHWEISE (Vorstand):

Steffi Behrmann_Fotografie, Katrin Braje, Johannes Buldmann, Dein Moment_Dajana Marlen Dopatka, Fotodesign_Susanne Freitag, Medienzentrum EvKB_Mario Haase, Markus Hirschmeier, Sarah Jonek, Stephanie Kleinholz, Peter Lockowandt, Veit Mette, Pixyfoto Karstadt, Paul Schulz_Bodelschwinghsche Stiftungen Bethel, Hilla Südhaus_Ev. Johanneswerk GmbH
©iStock.com/gradyreese, demaerre, SARINYAPINNGAM, fizkes, Antonio_Diaz, dolgachov, Daisy-Daisy, Kerkez, kieferpix, Olezzo, Xurzon

Dr. Ulrike Puhlmann

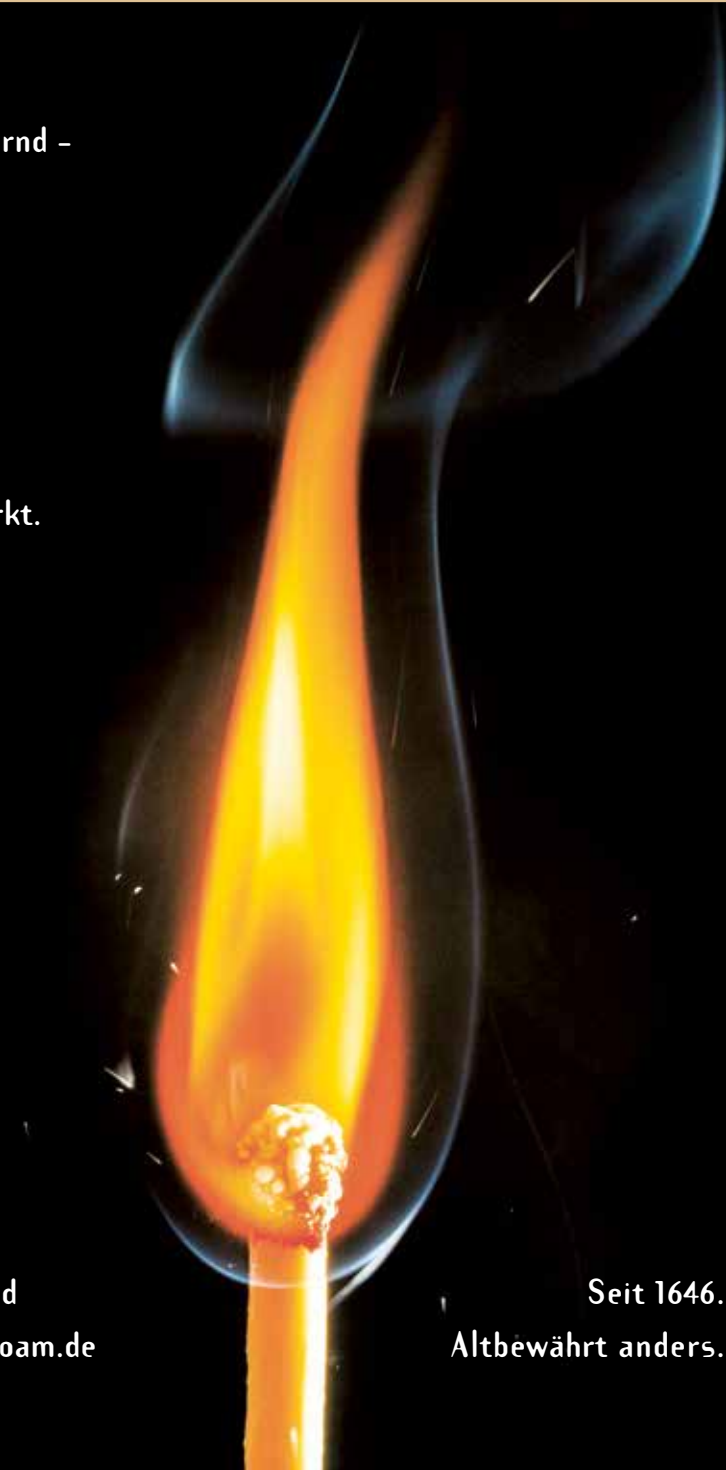
*Apotheke
am Alten Markt*



So ent-zündend

und gleichzeitig schmerzlindernd –
so können wir gemeinsam mit
individuellen Lösungen Ihren
Beschwerden Paroli bieten,
schonend und effektiv.

Noch mehr zündende Ideen
in der Apotheke am Alten Markt.



Alter Markt 2 · 33602 Bielefeld
Telefon 0521-68 359 · www.apoam.de

Seit 1646.
Altbewährt anders.