

PATIENTENMAGAZIN

DES ÄRZTENETZES BIELEFELD

ELEKTRONISCHE PATIENTENAKTE

Der erste wichtige
Schritt ist gemacht

LEBENSSTILBEDINGTE ERKRANKUNGEN

Gesünder leben in
gesundem Umfeld

PALLIATIVMEDIZIN

In Würde auf dem
letzten Weg

TIERISCHE SEELENTRÖSTER

Wie Haustiere die mentale
Gesundheit beeinflussen



GRATIS
Exemplar
**ZUM MIT-
NEHMEN!**

BLUTSPENDEDIENST BETHEL

Der Blutspendedienst Bethel jetzt auch am Johannesstift in Schildesche!

Mehr Infos unter:
blutspende-bethel.de

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

Schenke Leben, spende Blut!

**GESCHENK
LEBEN**

INHALT

- 6 **DIE „ABNEHMSPRITZE“ ERSETZT KEINE LEBENSSTILÄNDERUNG**
Moderne Diabetes-Therapie im Überblick
- 10 **IMMER GUT VERSORGT**
Ihre Bielefelder Ärztenetze
- 12 **UNSER VORSTAND**
- 14 **IN WÜRDE AUF DEM LETZTEN WEG**
Palliativmedizin ambulant
- 18 **LOTSEN IM PFLEGEDSCHUNDEL**
Pflegerberatung & Pflegeversicherung
- 20 **DER ERSTE WICHTIGE SCHRITT IST GEMACHT**
Elektronische Patientenakte
- 22 **CHRONISCHE WUNDEN**
Komplexe Herausforderung im Praxisalltag
- 26 **TIERISCHE SEELENTRÖSTER**
Haustiere
- 28 **UNZÄHLIGE MENSCHENLEBEN GERETTET**
Impfungen bei Senioren
- 30 **GESÜNDER LEBEN IN GESUNDEM UMFELD**
Lebensstilbedingte Erkrankungen
- 32 **LET'S DANCE!**
Tanzen
- 34 **ZU VIELE MEDIKAMENTE KÖNNEN SCHADEN**
Polymedikation
- 36 **ENTLASTUNG IM ALLTAG**
Tätigkeitsfeld MFA
- 37 **IMMER AN DER RICHTIGEN ADRESSE**
- 38 **NOTFALLNUMMERN**

EDITORIAL

LIEBE PATIENTINNEN, LIEBE PATIENTEN,

wir freuen uns, Ihnen die aktuelle Jahresausgabe des PATIENTENMAGAZINs von IBH und Ärztenetz Bielefeld präsentieren zu können. In der 7. Ausgabe erwarten Sie erneut lesenswerte Artikel zu zentralen Gesundheitsthemen.

Die beste Gesundheitsfürsorge ist eine effektive Gesundheitsvorsorge. Dazu gehören die zahlreichen Impfangebote, die auch und gerade Senioren nutzen sollten. Gesundheitsschutz durch Impfungen rettet Jahr für Jahr unzählige Menschenleben. Erfahren Sie im Beitrag „**Unzählige Menschenleben gerettet**“, wie Impfungen wirken und welche für wen empfehlenswert sind.

Wirksame Prävention beginnt natürlich schon im Kindesalter und ist wesentlicher Inhalt der Arbeit von Ärztinnen und Ärzten für Kinder- und Jugendmedizin. Der Kollege **Roland Tillmann** berichtet über Vorbeugung lebensstilbedingter Erkrankungen, die schon im Kindesalter beginnen sollte: „**Gesünder leben in gesundem Umfeld**“.

Leider sieht die Realität im Laufe unseres Lebens oft anders aus. So entwickeln immer mehr Menschen einen Diabetes mellitus - eine Volkskrankung, die hohen gesundheitlichen und wirtschaftlichen Schaden verursacht. In dem Beitrag „**Die ‚Abnehmspritze‘ ersetzt keine Lebensstiländerung**“, erklärt der renommierte Diabetologe **Dr. Hans-Herbert Echterhoff** die verschiedenen Formen des Diabetes und erläutert, wie Patienten durch Änderung ihres Lebensstils selbst Einfluss auf den Krankheitsverlauf nehmen können und welche Möglichkeiten und Grenzen mit den neuen Medikamenten verbunden sind.

Je älter wir werden, desto wahrscheinlicher wird, dass wir nicht nur eines, sondern eine Vielzahl von Medikamenten nehmen müssen. Diese sogenannte „Multimedikation“ stellt Patienten und Behandler vor große Herausforderungen und ist ein Forschungsschwerpunkt der Bielefelder Hochschullehrerin **Prof. Dr. Christiane Muth**, die im Interview „**Zu viele Medikamente können schaden**“ Strategien zum Umgang mit Multimedikation beschreibt.

Nicht nur Pflege von komplizierten Medikamentenplänen, sondern das Ordnen und Sichern eines effektiven Informationsflusses insgesamt ist eine große Herausforderung für unser Gesundheitssystem. Die seit 2025 neu eingeführte elektronische Patientenakte (ePA) soll hierfür die Lösung bieten. Der Internist und Hausarzt **Kai Kleinholz** zeigt im Beitrag „**Der erste wichtige Schritt ist gemacht**“ Sinn und Nutzen der ePA auf.

Die Netzstrukturen in Bielefeld leben vom Engagement der vielen Kolleginnen und Kollegen aus haus- und fachärztlichem Bereich. Die Arbeit des Palliativnetzes wird seit vielen Jahren von Patienten, Angehörigen und Behandlern aller beteiligten Professionen gleichermaßen geschätzt. Ein zentraler Bestandteil ist der Palliativkonsiliardienst (PKD), der in diesem Jahr 20-jähriges Bestehen feiert. Der Hausarzt und Palliativmediziner **Dr. Hans-Ulrich Weller** hat den PKD mitbegründet und schildert im Interview „**In Würde auf dem letzten Weg**“, wie Palliativversorgung in Bielefeld und Westfalen-Lippe funktioniert.

Wie gewohnt bringt Ihnen der Beitrag **„Netzstrukturen in Bielefeld“** die Organisation der drei Bielefelder Netzstrukturen „Palliativnetz e.V.“, „IBH“ und „Ärztetenz e.V.“ nahe. Zudem informiert Sie der Kollege **Dr. Dirk Hoffmann** über wichtige Telefonnummern, die Sie in Vertretungs-, Notfall- oder anderen Krisensituationen benötigen: **„Immer an der richtigen Adresse“**.

Was wären die Haus- und Facharztpraxen ohne ihre Medizinischen Fachangestellten (MFA), gerade in Zeiten von Personalmangel und älter werdender Gesellschaft? Die langjährig erfahrene MFA **Melanie Bruchmann** gibt im Beitrag **„Entlastung im Alltag“** einen Einblick in die vielfältige und verantwortungsvolle Arbeit einer Entlastenden Versorgungsassistentin (EVA): eine Zusatzqualifikation, die das Berufsbild der MFA bereichert und für Ärztinnen und Ärzte eine echte Entlastung bedeutet. Ständig kommt etwas Neues und alles wird komplizierter! So mag es vielen von Ihnen vorkommen, gerade wenn es um Fragen der Versorgung

im Pflegefall geht. Die erfahrenen Pflegeberaterinnen **Tanja Spittler** und **Bettina Sfiktelis** geben Ihnen im Artikel **„Lotsen im Pflegedschungel“** einen Überblick, was möglich und wichtig ist und wo Sie weitere Beratung finden können.

Liebe Leserinnen und Leser, wenn uns auch das Geschehen in der Welt manchmal hilflos und deprimiert zurücklassen mag, so sind wir doch weiterhin in der Lage, unser persönliches Umfeld und unsere Gesundheit selber positiv zu beeinflussen. Neben den bereits erwähnten Präventionsangeboten gibt es viele weitere Möglichkeiten: So wirken sich Haustiere nachweislich positiv auf unser körperliches und seelisches Befinden aus. Das gilt genauso für jeglichen Sport, wozu natürlich auch das Tanzen zählt. Die Artikel **„Tierische Seelentröster“** und **„Let's Dance“** mögen Ihnen dazu Anregung und Motivation geben.

Ich danke allen, die zum Gelingen dies PATIENTENMAGAZINs beigetragen haben, indem sie ihre Zeit und Kompetenz zur Verfügung gestellt

haben. Ein herzliches Dankeschön auch an die Redaktion der Agentur **„artgerecht“** für die professionelle Umsetzung und nicht zuletzt an die Inserenten, die informative Beiträge geschaltet haben.

Ihnen allen wünsche ich: Viel Spaß beim Lesen und bleiben Sie gesund!

Ihr Dr. med. Johannes Hartmann



**DR. MED
JOHANNES HARTMANN**
Vorsitzender des
Ärztetetzes Bielefeld e.V.

BRUSTZENTRUM OSTWESTFALEN

Stärke durch Nähe und Vernetzung in der Katholischen Hospitalvereinigung Ostwestfalen

Das Brustzentrum Ostwestfalen verbindet die Expertise dreier Häuser: des Franziskus Hospitals Bielefeld, des Sankt Elisabeth Hospitals Gütersloh und des Mathilden Hospitals Herford. Diese Struktur schafft ein Versorgungsnetz, das in der Region einzigartig ist: wohnortnah, menschlich und zugleich hochspezialisiert.



V. l.: Chefarzt im Mathilden Hospital Herford, Abdelaziz Owidh, Oberärztin im Mathilden Hospital Herford Dr. Claudia Gerlach, Chefarzt im Franziskus Hospital Bielefeld Khaled Gharbia, Oberärztin im Sankt Elisabeth Hospital Gütersloh Marlies Grollmann, Chefarzt im Sankt Elisabeth Hospital Gütersloh Khalil Lafta, KHO-Geschäftsführer Matthias Bitter

Gemeinsam für Ihre Gesundheit

Jährlich werden im Brustzentrum Ostwestfalen zahlreiche Frauen – und auch einige Männer – mit gutartigen oder bösartigen Erkrankungen der Brust behandelt. Im ersten Termin in unserem Brustzentrum gibt es immer ein ausführliches persönliches Gespräch und ein Kennenlernen, bevor weitere Diagnose- und Therapieschritte erfolgen. Wenn alle Ergebnisse vorliegen, wird jede Diagnose von Expertinnen und Experten aus Gynäkologie, Onkologie, Radiologie, Pathologie und Strahlentherapie individuell beraten. Der beste Weg kann vielfältig sein und richtet sich nach der Art des Befundes.

Das operative Spektrum reicht von kleinen Eingriffen mit minimalinvasiven Operationstechniken bis hin zur plastisch-rekonstruktiven Chirurgie. Wo immer möglich, wird die Brust

erhalten; bei notwendigen größeren Eingriffen ermöglichen rekonstruktive Verfahren ein ästhetisches Ergebnis. Therapien orientieren sich stets an internationalen Standards – und an den persönlichen Bedürfnissen der Patientin.

Medikamentöse Therapien werden, wenn nötig, nach den stetig erforschten Leitlinien der Fachgesellschaften verabreicht. **Strahlentherapie** ist auch in vielen Fällen Bestandteil der Therapie und wird, wie alle anderen Therapieschritte auch, nach der aktuellen Studienlage und dem Stadium und Zelltyp entsprechend geplant. Durch eine engmaschige und persönliche Betreuung während der Infusions- oder Bestrahlungstage sind die Patientinnen und Patienten im Brustzentrum Ostwestfalen fachlich und persönlich zu jeder Zeit in den besten Händen.

Ganzheitliche Begleitung

Krebs betrifft nicht nur den Körper. Deshalb bietet das Brustzentrum eine enge psychoonkologische Betreuung, komplementärmedizinische Beratung, Ernährungs- und Physiotherapie, Sozialberatung sowie die Begleitung auch der Angehörigen durch speziell geschulte Breast Care Nurses – von der ersten Abklärung bis zur Nachsorge.

Zertifizierte Qualität

Alle drei Standorte sind nach den strengen Kriterien der Deutschen Krebs-

gesellschaft – das Franziskus Hospital zusätzlich nach den Kriterien der Ärztekammer NRW – zertifiziert. Das bedeutet: geprüfte Abläufe, regelmäßige Fortbildungen und die Sicherheit, dass Patientinnen und Patienten immer nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen behandelt werden.

Medizin mit Herz und Kompetenz

Das Besondere am Brustzentrum Ostwestfalen ist die Verbindung von Größe und Nähe: Die gebündelte Erfahrung vieler Spezialistinnen und Spezialisten schafft ein breites Behandlungsspektrum – und trotzdem bleibt immer Raum für persönliche Gespräche, Vertrauen und individuelle Wege.

FRANZISKUS HOSPITAL BIELEFELD

Chefarzt Khaled Gharbia
Netzwerkkordinator des Brustzentrums Ostwestfalen
Schwerpunktbezeichnung:
Gynäkologische Onkologie,
Senior-Mammaoperateur
Zusatzbezeichnung:
Medikamentöse Tumorthherapie
Telefon: 0521 589-1501

SANKT ELISABETH HOSPITAL GÜTERSLOH

Chefarzt Khalil Lafta
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Telefon: 05241 507-7410

MATHILDEN HOSPITAL HERFORD

Chefarzt Abdelaziz Owidh
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
Schwerpunktbezeichnung:
Gynäkologische Onkologie
Telefon 05221 593-1501

www.kho.de

IMMER GUT VERSORGT

Ihre Bielefelder Ärztenetze

AUTORIN: Karin Kükenshöner



ZUM WOHLER DER PATIENTEN

Initiative Bielefelder Hausärzte



Vor 26 Jahren wurde die Initiative Bielefelder Hausärzte, kurz IBH, mit dem Ziel gegründet, die Patientenversorgung stetig zu verbessern. Mit 130 Mitgliedern sind 65 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 schon einige zukunftsweisende Projekte auf den Weg gebracht: Palliativversorgung, 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 Nach-

wuchses von entscheidender Bedeutung. Viele IBH-Mitglieder sind als Akademische Lehrpraxen zertifiziert und bieten den Medizinstudierenden 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

Ärztetnetz Bielefeld e.V.



Vor zehn 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 Kassennärztlichen 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. Weitere Tätigkeitsfelder sind das Projekt „AnTiB“, das die Veränderungen hin zu rationaler

Antibiotikatherapie anstrebt. Außerdem das Modul zur „Versorgung von chronischen Wunden“ und „ACP-Behandlung im Voraus Planen“, bei dem es um verständliche und handlungsleitende Patientenverfügungen geht.

Einige der Module basieren auf Case-Management-Strukturen. Das Ärztenetz beschäftigt Case-Managerinnen (examinierte Pflegekräfte oder Angehörige verwandter Gesundheitsberufe mit spezieller Weiterbildung „Case-Management“), 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?

Ärztetnetze 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 Bereitschaft. 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. Jährlich mehr als 1.000 Bielefelder Patienten nehmen 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 KLEINHOLTZ
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 LEWE
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 WELER
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 PRIEBISCH
Netzmanager
ÄRZTENETZ



DR. ULRICH QUELLMALZ
Facharzt für Gefäßchirurgie/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. Johanneswerk, Bielefeld
PALLIATIVNETZ



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



MATTHIAS BLOMEIER
Pfarrer
PALLIATIVNETZ



CHRISTINE BODE
Geschäftsführung Diakonische Altenzentren Bielefeld GmbH
PALLIATIVNETZ



YELIZ LEISEMANN
Einrichtungs-/ Pflegedienstleiterin Hospiz Haus Zuversicht
PALLIATIVNETZ



DR. MARKUS KLEIN
Facharzt für Anästhesie/Schmerztherapie/ Intensivmedizin/ Palliativmedizin
PALLIATIVNETZ



DR. STEPHAN PROBST
Oberarzt im Klinikum Bielefeld Mitte – Facharzt für Innere Medizin/ Onkologie/ Palliativmedizin
PALLIATIVNETZ



DR. ANDRÉ VAN RANDENBORGH
Oberarzt im Franziskus Hospital Bielefeld – Facharzt für Hämatologie/ Onkologie/ Palliativmedizin
PALLIATIVNETZ



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



**IN WÜRDE AUF
DEM LETZTEN WEG**

Die Versorgung von Menschen in der letzten Phase des Lebens ist eine große körperliche und seelische Herausforderung – für Patienten wie auch Angehörige. Es geht um den Erhalt von Lebensqualität, Würde, Sicherheit und Selbstbestimmung eines Sterbenden in der gewohnten häuslichen Umgebung. Der Palliativmedizinische Konsiliardienst Bielefeld GbR (kurz: PKD) als Pionier des westfälischen Sonderwegs der Ambulanten Palliativversorgung hat es sich zur Aufgabe gemacht, in multiprofessioneller Teamarbeit Palliativpatienten individuell und ganzheitlich eine bestmögliche Versorgung im vertrauten Wohnumfeld zu gewährleisten. Mit Erfolg. Dr. med. Ulrich Weller, Facharzt für Allgemein- und Palliativmedizin und ärztlicher Leiter des PKD, berichtet im Interview vom westfälischen Modell und der wichtigen, erhaltenswerten Rolle der Hausärzte in der ambulanten Palliativversorgung.

Herr Weller, Sie sind Mitbegründer des Palliativmedizinischen Konsiliardienstes, den es seit 2005 in Bielefeld gibt. Was hat Sie dazu motiviert, diesen bundesweit besonderen Weg der ambulanten Palliativversorgung zu gehen?

Mich hat damals das Berufs- und Versorgungspolitische in der ambulanten Palliativversorgung sehr umtrieblich gemacht. Ich war und bin davon überzeugt, dass die ambulante Sterbebegleitung in hausärztliche Hand gehört. Es ist für die Menschen besser und schöner, wenn sie mit ihrem vertrauten Hausarzt weiterarbeiten können – auch auf ihrem letzten Weg. Das war meine Triebfeder für den PKD. Leider ist die Entwicklung in ganz Deutschland zum jetzigen Zeitpunkt andersherum. In anderen Bundesländern bekommen wir viel mehr sogenannte spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) und Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV), in die die ambulante Palliativbetreuung in Deutschland institutionell unterteilt wird. In diesem System fallen die Hausärzte zunehmend heraus – nicht so in Bielefeld und mittlerweile ganz Westfalen-Lippe

Was läuft hier anders?

Wir versorgen alle Menschen in der letzten Lebensphase gemeinsam. Und

dabei liegt die Betonung auf „alle“. Das heißt, die allgemeine und die spezialisierte ambulante Palliativversorgung werden hier in integrierter Form als Ambulante Palliativversorgung zusammengefasst. Es gibt nur einen Versorgungsvertrag. Alle Patienten und Patientinnen werden in diesem System gemeinsam betreut. Hauptverantwortliche bleiben die Hausärzte und -ärztinnen, die die palliative Basisversorgung übernehmen. So kann das aufgebaute Vertrauensverhältnis weiterhin bestehen. Darüber hinaus stellt der PKD mit Koordinatorinnen und Koordinatoren, die eine spezielle Palliativ-Care-Ausbildung haben, sowie acht qualifizierten Palliativmedizinern, zu denen ich mich zähle, eine 24/7-Rufbereitschaft sicher, telefonisch, aber auch hausbesuchsbereit. An jedem Tag im Jahr rund um die Uhr sind wir ansprechbar für die Patienten, die Angehörigen, aber auch für die Hausärzte, Fachärzte und die Pflege-, Palliativpflege- und Hospizdienste. In besonderen und akuten Fällen kann das PKD-Team auch die volle Versorgung übernehmen. Nach der Einschreibung in den PKD betreuen wir also alle ambulant versorgten Menschen in der letzten Lebensphase: Dazu gehören alle Menschen, die zu Hause sind und zu Hause bleiben wollen. Außerdem alle Patienten, die

in sogenannten vollstationären Einrichtungen wie Pflegeheimen, Pflege- oder Demenzgruppen wohnen. Wir fühlen uns für alle zuständig, die nicht in den Bereich Krankenhaus fallen.

Die Einschreibung findet also in den PKD statt?

Genau, eingeschrieben wird in den PKD, als operative Struktur. Das Palliativnetz als gemeinnützige Dachstruktur und übergeordnetes Organ fasst alle im Palliativbereich tätigen Berufsgruppen zusammen. Das sind nicht nur Ärzte, das sind Pflegefachkräfte, Hospizbegleiter, Theologen, Juristen und so weiter. So haben wir es in Bielefeld geregelt.

Welche Kriterien müssen denn erfüllt sein, um den Palliativstatus zu erhalten?

Es muss eine unheilbare, fortschreitende Erkrankung vorliegen, die absehbar zum Ende des Lebens führt. Das sind nicht nur Krebserkrankungen, das sind auch – wir nennen das nicht-maligne Erkrankungen. Dazu gehören neurologische Erkrankungen wie Parkinson oder ALS zum Beispiel. Dazu gehören aber auch Herz-Lungen-Erkrankungen.





„Wir haben keine Wartezeiten. Jeder, der den Palliativstatus erfüllt, wird sofort aufgenommen.“

DR. MED. ULRICH WELLER

FACHARZT FÜR ALLGEMEIN- UND PALLIATIVMEDIZIN
UND ÄRZTLICHER LEITER DES PKD

Die Palliativversorgung ist also keine rein onkologische Endversorgung. Sie richtet sich auch nicht nur an Sterbende, sondern auch an schwerkranke Palliativpatienten, deren Beschwerden frühzeitig gelindert werden sollen. Die Aufnahme in den PKD ist sehr niederschwellig, wenn die Kriterien des Palliativstatus erfüllt sind.

Wie läuft die Einschreibung genau ab?

Die Einschreibung läuft primär über den Hausarzt. Es gibt durchaus auch Fachärzte, die einschreiben, die sich dann aber auch primärärztlich verantwortlich fühlen müssen. Wer nach Definition den Palliativstatus hat, also eine Erkrankung hat, die in absehbarer Zeit zum Ende führt, kann eingeschrieben werden. Und es gibt andere, die haben eine gutartige Erkrankung und es ist relativ klar, die haben vielleicht noch sechs bis acht Wochen oder sogar weniger zu leben. Die Kriterien, die für den Palliativstatus erfüllt sein müssen, stehen genau im Vertrag definiert. Bei Einschreibung wird jeder Patient auf den Palliativstatus kontrolliert.

Im Moment mache ich das. Ich schaue mir jeden neu eingeschriebenen Patienten nach Aktenlage an und prüfe, ob der Antrag akzeptabel ist – auch für die Krankenkassen.

Wie geht es dann genau weiter?

Nach erfolgreicher Einschreibung findet durch unsere Koordinatorinnen und Koordinatoren sehr kurzfristig ein häuslicher Erstbesuch statt. Wir kommen also nach Hause oder in die Pflegeeinrichtung. Dort schauen sich die Koordinator:innen dann die häusliche Umgebung an, prüfen, welche Hilfsmittel notwendig sind, welche Präventionen getroffen werden können, und beraten darüber hinaus. Das ist aber nicht der letzte Kontakt mit dem PKD. Wir versuchen weiterhin regelmäßigen Kontakt zu halten. Telefonisch kann schon viel geklärt werden. Es sind aber auch Mehrfachbesuche möglich und wir sind darüber hinaus auch immer ansprechbar. Wir haben diese Formulierung der Vollversorgung. Das heißt, wenn jemand wirklich sehr versorgungsbedürftig ist oder wird, dann kann es auch sein, dass die Koordinator:innen jeden Tag kommen. Jährlich werden etwa durchschnittlich 1.300 Patienten so von uns in Bielefeld betreut und versorgt. Der letzte Weg ist ein sehr indivi-

dueller. Jeder Patient ist anders, hat unterschiedliche Krankheitsverläufe, unterschiedliche Symptome, lebt in unterschiedlicher häuslicher und familiärer Umgebung. Jeder geht mit dem Thema Sterben und Tod anders um, hat unterschiedliche Wertvorstellungen und Bedürfnisse.

Kann die ambulante Palliativversorgung diesem Komplex gerecht werden?

Ja, unser Modell ermöglicht sehr individuelle und sehr flexible Lösungen, die auf den Menschen zugeschnitten sind und auch seine Wünsche und Bedürfnisse berücksichtigen, indem wir auch flexibel die beteiligten Professionen hinzuziehen können. Wir haben keine Wartezeiten. Jeder, der den Palliativstatus erfüllt, wird sofort aufgenommen. Die Verläufe von zum Ende führenden Erkrankungen sind natürlich ganz unterschiedlich. Unser Hauptargument vor 20 Jahren war daher auch, dass wir diese Trennung von allgemeiner und spezialisierter ambulanter Palliativversorgung abgelehnt und gesagt haben: „Wir wollen nicht, dass die Patienten in irgendwelche Schubladen kommen, sondern wir wollen, dass sie bedarfs- und verlaufsgerecht versorgt werden.“ Mal spezialisierter, mal weniger spezialisiert. Es gibt Menschen, die aufgrund ihres sehr hohen Alters irgendwann einfach einschlafen und uns gar nicht brauchen. Trotzdem werden sie eingeschrieben, auch um unnötige stationäre Aufnahmen zu verhindern. Und die Zahlen bestätigen es: Nur 8 bis 9 Prozent versterben im Krankenhaus, der Rest verstirbt in seinem häuslichen oder vertrauten Umfeld. Wir lassen uns ganz von dem- oder derjenigen führen, beantworten Fragen und beraten. Alle Maßnahmen sind keine Krankenhausverhinderungsmaßnah-

men, sondern der Versuch, es von den Wünschen des Patienten bedarfsge- recht abhängig zu machen und alle Möglichkeiten auszutarieren.

Wie war die bisherige Resonanz auf den westfälischen Weg der Palliativversorgung?

Wir dachten anfangs, dass diese Anfangsbürokratie, dieses Einschreiben der Patienten, eine unmögliche Hürde darstellen könnte: „Das kann man doch keinem zumuten, dass er jetzt unterschreibt, dass er auf dem letzten Weg ist.“ Aber das Gegenteil war der Fall. Fast alle Patienten, die in dieser Situation sind, in der sie schon den Palliativstatus erreicht haben, sind wirklich sehr froh und dankbar, dass sie in eine Struktur kommen, die ihnen 24/7 eine Anlaufstelle bietet. Wer die Telefonnummer des PKD wählt, kann sich sicher sein, dass immer jemand drangeht. Und das ist nicht nur für die Patienten, sondern natürlich auch für die Angehörigen, die oft die Pflege übernehmen, eine große Entlastung. Wir freuen uns natürlich, wenn Angehörige sich in der Versorgung und Pflege mit einbringen. Auf der anderen Seite haben wir volles Verständnis, wenn jemand sagt: „Ich kann das nicht“, zum Beispiel eine Spritze setzen. Das finden wir völlig nachvollziehbar und unterstützen gerne.

Wie blicken Sie auf das Erreichte zurück? Sind Sie mit dem Palliativversorgungs-Modell, das Sie gemeinsam mit Ihren Kollegen hier in Bielefeld und für ganz Westfalen-Lippe erarbeitet haben, und seiner Umsetzung zufrieden?

Ich bin schon sehr zufrieden. Das kann natürlich immer noch besser werden. Mit Sicherheit gibt es noch immer Situationen, die „aber eher individuell“ nicht gut sind und die auch nicht

so sind, dass man nur zufrieden sein kann. Aber der Großteil der Menschen, glaube ich, ist so schon wirklich sehr, sehr gut versorgt und auch tragfähig versorgt. Es gibt mittlerweile bundesweite Versorgungsforschung, die Qualitätskriterien erarbeitet hat und diese regelmäßig bei den Patient:innen abfragt, auch vor dem Hintergrund von Finanzierbarkeit und Finanzeinsatz. Und da ist Westfalen-Lippe ganz weit vorne! Dass die Hausärztinnen und Hausärzte im Boot bleiben und auch verantwortlich bleiben, ist für mich – wie schon gesagt –, ein ganz wichtiger Punkt und Vorteil. Einen Hausarzt, der mich kennt und dem ich vertraue, den möchte ich doch gerne auch auf meinen letzten Metern dabei haben, als meinen Ansprechpartner, wenn irgendetwas brennt. Und darüber hinaus gibt es dann noch einmal eine tragfähige Struktur, die immer dann greift, wenn es speziellen oder akuten Bedarf gibt. Weit über 90 Prozent aller Hausärztinnen und Hausärzte nehmen am Modell in Westfalen-Lippe teil und wollen sich verantwortlich fühlen für ihre Patientinnen und Patienten. Der PKD entlastet die Hausärzte, übernimmt nachts und am Wochenende und immer dann, wenn es nötig ist. Aus meiner Erfahrung machen sich ganz viele Hausärzte nach ihren Möglichkeiten verfügbar, wenn es auf die letzten Meter einer ihrer Patienten zugeht. Mit unserem Modell möchten wir sie dabei unterstützen.



„Thorstens letzter Weg“-Broschüre

Wenn es keine Heilung mehr gibt, ist noch vieles möglich – in der Hospiz- und Palliativversorgung arbeiten viele verschiedene Organisationen und Einzelpersonen zusammen, um den Betroffenen die bestmögliche Versorgung zukommen zu lassen. Die Broschüre vom Palliativnetz Bielefeld „Thorstens letzter Weg“ stellt am Fallbeispiel eines Patienten, der unheilbar erkrankt, all diese Instanzen und ihre Funktionen vor, die eine würdevolle Versorgung bis zum Lebensende ermöglichen:

https://www.palliativnetz-bielefeld.de/uploads/Broschue-re_Thorstens_letzter_Weg.pdf

Weitere Infos unter:
www.palliativnetz-bielefeld.de
www.palliativmedizinischer-konsiliardienst-bielefeld-gbr.de



DR. MED. ULRICH WELLER
 INTERVIEW: Theresa Boenke

LOTSEN IM PFLEGEDSCHUNDEL

Pflegebedürftigkeit verändert vieles: Dass fremde Hilfe notwendig wird, überfordert viele, genauso wie die Fülle an Informationen, Leistungen und Anträgen rund um die Pflege. Pflegeberatung gibt hier die nötige Orientierung und Hilfestellung. Tanja Spittler, Bereichsleitung Bonitas Bielefeld, und Bettina Sfiktelis, eine der bundesweit wenigen professionellen Pflegeberaterinnen in Vollzeit von der DeutscheFachpflege, geben Antworten auf die wichtigsten Fragen rund um die Pflegeberatung.

Was ist Pflegeberatung?

„Die Pflege ist ein wahnsinnig breit gefächertes Gebiet“, erklärt Tanja Spittler. Hier den Über- und Durchblick zu behalten – „für Laien schwierig“. Viele fühlen sich orientierungs- und hilflos. Pflegeberater begleiten als Lotsen Pflegebedürftige und ihre Angehörigen und stehen bei allen Fragen rund um die Pflege zur Verfügung, kostenlos und unabhängig. Die Organisation der Pflege vereinfachen, finanzielle Unterstützung finden, Angehörige entlasten, Orientierung bei komplexen Leistungen geben, die Versorgung planen, konkrete Tipps bei der Bewältigung des Pflegealltags geben – die Pflegeberatung kann mit Kompetenz und Einfühlungsvermögen entscheidend zur Lebensqualität von Pflegebedürftigen beitragen. „Gerade in Anbetracht des demografischen Wandels ist unser Ziel, mit unserem Beitrag die Selbstständigkeit der Klienten zu erhalten oder zu verbessern, damit sie so lange wie möglich den eigenen Alltag aktiv

und selbstbestimmt in ihrem vertrauten Umfeld gestalten können“, sagt Bettina Sfiktelis. „Es geht aber auch darum, in die Laienpflege Qualität zu bringen, damit es weniger zu Folgeschäden kommt und auch um Überforderung der pflegenden Angehörigen abzuwenden“, sagt Tanja Spittler. „Als Pflegeberater können wir dazu vorausschauende Vorschläge machen, Strategien erarbeiten und Hilfen anleiten, aber auch Grenzen aufzeigen“, ergänzt Bettina Sfiktelis.

Wer macht Pflegeberatung?

Pflegeberatung wird von qualifizierten Pflegefachkräften, Sozialarbeitern und Sozialversicherungsfachangestellten mit einer speziellen Weiterbildung durchgeführt, die bei ambulanten Pflegediensten, anerkannten Beratungsstellen, Wohlfahrtsverbänden oder direkt bei den Pflegekassen arbeiten.

Wer hat Anspruch auf Pflegeberatung?

„80 Prozent der Pflegebedürftigen

werden in der Häuslichkeit und nur von An- und Zugehörigen gepflegt. Ungefähr 5 oder 6 Prozent erhalten Unterstützung durch Pflegedienste“, sagt Bettina Sfiktelis. „All diese Menschen können Übersetzung, Hilfestellung, Beratung und Information in der Pflege gebrauchen.“ Grundsätzlich gilt: Versicherte, die Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, also einen Pflegegrad 1 bis 5 haben, haben einen gesetzlichen Anspruch auf Pflegeberatung. Gleiches gilt für Versicherte, die zwar noch keine Leistungen erhalten, aber einen Antrag auf Leistungen gestellt haben und bei denen erkennbar ein Hilfe- und Beratungsbedarf besteht. Auch pflegende Angehörige und weitere Personen, zum Beispiel ehrenamtliche Pflegepersonen, haben einen Anspruch auf Pflegeberatung. Gut zu wissen: „Ab Pflegegrad 2 ist man verpflichtet, Pflegeberatung in Anspruch zu nehmen. In einem protokollierten Besuch bestätigen wir Pflegeberater, dass die Pflege zu Hause sichergestellt ist“, erklärt Bettina Sfiktelis. Für Pflegegrad 2 und 3 ist zweimal jährlich die Pflegeberatung verpflichtend wahrzunehmen, bei 4 und 5 einmal im Quartal. „Auch Menschen mit dem Pflegegrad 1, die in ihrer Selbstständigkeit nur gering beeinträchtigt sind, steht Pflegeberatung trotzdem zu. Schließlich kann irgendwann eine Pflegehöherstufung notwendig werden“, betont Tanja Spittler. Die Besuche der Pflegeberatung sind Leistungen der Pflegekassen und daher kostenlos.



Wann ist eine Pflegeeinstufung sinnvoll?

„Kleine Vergesslichkeiten, Einschränkungen im Haushalt, beim Treppensteigen, Arthrosen, längere Spaziergänge fallen schwerer, die immer gleiche Kleidung wird getragen“, das können Anzeichen dafür sein, dass ein Pflegeantrag sinnvoll ist, sagt Tanja Spittler. Grundsätzlich ist ein Mensch pflegebedürftig, wenn er gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen seiner Selbständigkeit oder seiner Fähigkeiten aufweist und deshalb Hilfe von anderen benötigt. Anhand einer Gesamtbewertung aller Fähigkeiten und Beeinträchtigungen erfolgt die Zuordnung zu einem der fünf Pflegegrade, anhand dessen sich die Geld- und Sachleistungen, aber auch die erforderlichen Pflegeberatungstermine bemessen.

Wie erhalte ich Pflege?

„Wenn eine Pflegebedürftigkeit besteht, wird die Krankenkasse kontaktiert, oft regen das der Arzt, das Kran-

kenhaus oder Sozialdienste an“, erklärt Tanja Spittler. Die Betroffenen oder An- und Zugehörige stellen bei der Pflegekasse einen formlosen Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung oder füllen einen Vordruck aus. Der medizinische Dienst der Krankenkasse prüft daraufhin den Antrag, ob eine Pflegebedürftigkeit tatsächlich gegeben ist und welcher Pflegegrad vorliegt. Für das Gutachten ist ein Besuch des Betroffenen in seinem häuslichen Umfeld erforderlich. Dem Gutachten entsprechend legt die Pflegekasse den Pflegegrad fest. Hierbei wird auch festgelegt, wer pflegt.

Wie sieht ein Pflegeberatungsbesuch aus?

Die Beratungsgespräche finden in der Regel im häuslichen Umfeld statt. Dabei machen sich die Pflegeberater ein individuelles Bild von der Pflege und Pflegesituation und bringen ihre Expertise ein. Pflegeberater wie Bettina Sfiktelis bieten auch praxisbezogene häusliche Schulungen an, zum Beispiel

bei Themen wie Demenz: „Ich zeige Pflege Techniken, Entlastungsmöglichkeiten und entwickle individuelle Strategien mit den Betroffenen.“ Pflegeberater übernehmen aber auch die Überletpflege, wenn etwa nach einem Krankenhausaufenthalt mit anschließender Reha jemand pflegebedürftig wird oder sich der Pflegebedarf erhöht. „Dann treffen wir mit den Angehörigen im Vorfeld schon alle nötigen Vorkehrungen, damit die Rückkehr ins häusliche Umfeld sichergestellt ist.“ Generell gilt: Wurde ein Pflegedienst beauftragt, stehen Pflegebedürftigen Sachleistungen, bei privat organisierter Pflege Geldleistungen in festgelegter Höhe zu. Auch eine Kombination aus beiden Leistungen ist möglich. „Hierzu kann die Pflegeberatung individuell beraten“, sagt Tanja Spittler. „Auch für die pflegenden An- und Zugehörigen sind wir da, die ebenfalls ihre Möglichkeiten kennen sollten, wie etwa Verhinderungspflege, Tages- und Nachtpflege oder Kurzzeitpflege als Entlastungsmaßnahmen.“



PFLEGEBERATUNGS-PORTAL

Das zentrale Pflegeberatungsportal für Bielefeld bietet eine komplette Übersicht an Angeboten in Bielefeld. Welche ambulanten Dienste gibt es? Wie viele Wohngruppen? Wo? Wer bietet Service an? Wo sind spezielle Veranstaltungen für demenziell erkrankte Menschen oder Angehörigengruppen?

**Alle Infos unter
www.bielefeld-pflegeberatung.de**

DER ERSTE WICHTIGE SCHRITT IST GETAN

Seit dem 15. Januar 2025 ist die Elektronische Patientenakte (ePA) standardmäßig für alle gesetzlich Versicherten in Deutschland eingerichtet und seit dem 1. Oktober 2025 für Praxen, Kliniken und Apotheken verpflichtend, sofern der Patient nicht widersprochen hat. Kai Kleinholz, Facharzt für Innere Medizin und Vorstandsmitglied der Initiative Bielefelder Hausärzte, zieht im Interview ein erstes Resümee zur ePA-Einführung und berichtet über Chancen und Potenziale, aber auch Herausforderungen, die in Sachen digitale Gesundheitsakte noch gemeistert werden müssen.

Herr Kleinholz, seit wann nutzen Sie die ePA in Ihrer Praxis? Können Sie ein Jahr nach der Einführung für alle schon ein erstes Resümee ziehen?

Wir benutzen die ePA seit Beginn der Testphase am 15. Januar 2025. Wir haben als Testpraxis an dem Pilotprojekt der Testregion in Nordrhein-Westfalen teilgenommen. In unserer Praxis können wir grundsätzlich ein positives Resümee ziehen. Wir können einfach auf die ePA zugreifen und können auch mit wenigen Schritten Untersuchungsergebnisse in die ePA hochladen. Besonders positiv ist, dass wir jetzt auch die von anderen Ärzten erstellten Rezepte einsehen können. So haben wir einen besseren Überblick darüber, welche Medikamente von unseren Patienten tatsächlich eingenommen werden. Allerdings wird die ePA im Moment

noch nicht von sehr vielen Arztpraxen genutzt, die Krankenhäuser sind zum Beispiel noch gar nicht in der Lage, die ePA zu benutzen. Deswegen kann man jetzt auch noch nicht sagen, ob die ePA sich bewährt. Wir befinden uns immer noch am Anfang, aber der erste wichtige Schritt ist gemacht.

Wie haben Ihre Patient:innen die ePA denn auf- und angenommen?

Unsere Patient:innen haben die ePA überwiegend positiv aufgenommen und fragen, ob denn jetzt auch alle Befunde in der ePA sind. Leider müssen wir den meisten dann antworten, dass ihre Akten noch ziemlich leer sind. Denn es werden erstmal nur Befunde hochgeladen, die erhoben wurden, nachdem die ePA angelegt wurde. Das heißt, es sind nur Befunde in der Akte, die nach April 2025 entstanden sind.

Wenn sich das System irgendwann eingespielt hat, welche Vorteile wird es den Patient:innen und der Vertragsärzteschaft bringen?

Viele! Wenn irgendwann mal alle medizinischen Informationen über unsere Patient:innen in der Akte sind, werden wir unsere Patient:innen besser, schneller und sicherer behandeln können. Und das bedeutet auch eine riesige Ersparnis für das ganze System, wodurch dann vielleicht auch mal wieder die Beiträge sinken könnten.

Inwiefern?

Dazu muss man wissen, wie unser System bisher funktioniert, und das ist leider alles andere als sicher und effizient. Bisher liegen uns in den meisten Fällen nicht alle wichtigen Informationen vor. Wir wissen häufig gar nicht, bei welchen anderen Ärzten unsere Patient:innen waren oder was im letzten Krankenhausaufenthalt passiert ist. Wenn wir nicht mal wissen, welche Medikamente unsere Patient:innen bekommen oder welche Behandlungen sie erhalten, wie sollen wir sie denn dann gut versorgen? Das kann zu Falschbehandlungen führen, weil Medikamente verordnet werden können, die sich unter Umständen nicht mit anderen Medikamenten vertragen, die der Patient zuvor von einem anderen Arzt verschrieben bekommen hat. Die Einnahme könnte zu Nebenwirkungen oder sogar Wechselwirkungen führen, die

möglicherweise einen Krankenhausaufenthalt notwendig machen oder im schlimmsten Falle sogar zum Tod führen. Nur weil wichtige Informationen nicht vorlagen. Außerdem kommt es zu Doppeluntersuchungen, weil Ärztinnen und Ärzte nicht davon erfahren, wenn womöglich ein anderer Mediziner in gleicher Angelegenheit bereits untersucht hat. All das gefährdet unsere Patient:innen, führt zu falschen Behandlungen und kostet das Gesundheitssystem und damit uns alle viel Geld. Wenn wir die Informationen in der ePA sammeln, können wir unsere Patient:innen also besser, sicherer und schneller behandeln. Wir können effizienter untersuchen und sparen dadurch sogar noch Geld. Daher hat die ePA nur Vorteile für uns und unsere Patient:innen.

Gibt es auch Kritikpunkte oder Sorgen, zum Beispiel hinsichtlich der Datensicherheit?

Kritisiert wird natürlich immer. Viele machen sich Sorgen, dass ihre Daten vielleicht nicht sicher sind. Und ehrlicherweise muss man sagen, dass es keine 100-prozentige Sicherheit gibt. Aber die getroffenen Maßnahmen sorgen für eine 99,99999-prozentige Sicherheit. Die Daten sind vergleichsweise sicher wie beim Online-Banking, in den meisten Fällen gehen die Sicherheitsvorkehrungen auch noch weit darüber hinaus. Am Ende muss man sich entscheiden, was man will: Will man die beste und sicherste medizinische Versorgung? Dann geht es nicht ohne ePA. Überwiegt die Angst vor Datenklau? Dann sollte man die ePA ablehnen, muss aber davon ausgehen, dass die medizinischen Daten dann auch nicht in die richtigen Hände gelangen.

Wo sehen Sie noch Verbesserungspotenzial?

Das Konzept der ePA ist grundsätzlich ausschließlich positiv.

Die technische Umsetzung ist aber leider noch verbesserungswürdig. Aktuell werden alle Befunde in Form einer PDF-Datei hochgeladen und es gibt keine klaren Regeln, wie diese benannt werden. Im Laufe der Zeit hat man also eine riesige Menge an PDF-Dateien, die teilweise Namen wie „112bfffzgwqv.pdf“ haben. Das kommt dadurch, dass die Praxissysteme manche Befunde so absichern. Und wenn das dann so in die elektronische Akte eingespeist wird, weiß keiner, was sich dahinter verbirgt: Sind es die Laborwerte oder ist es nur die Kopie der letzten Krankschreibung? Außerdem ist der Zugriff für die Patient:innen auf ihre eigenen Akten mit enormen Hürden verbunden. Dahingehend gibt es noch viel Verbesserungspotential.

Haben Sie das Gefühl, Patient:innen sind schon ausreichend über die ePA informiert?

Nein, da sind die Krankenkassen, die dafür zuständig sind, die Patient:innen zu informieren, ihrem Auftrag noch nicht nachgekommen. Die meisten Patient:innen wissen nicht einmal, wie sie Zugriff auf ihre ePA bekommen. Und was drinsteht und was vor allem nicht drinsteht, wissen die meisten auch nicht. Außerdem haben viele nur von den möglichen Problemen mit dem Datenschutz gehört, wissen aber gar nicht, warum wir die ePA unbedingt brauchen und was sie alles positiv in der Zukunft bewirken wird. Wir reden in Deutschland immer nur über mögliche Risiken und vergessen dabei, darüber zu sprechen, welche riesigen Chancen und Vorteile in neuen Dingen liegen können. Jeder Patient kann seine ePA löschen lassen oder auch Ärzten den Zugriff auf die ePA verweigern. Wer aber die bestmögliche Versorgung will, sollte seinem behandelnden Arzt alle Informationen zur Verfügung stellen.

Dann helfen Sie uns an dieser Stelle doch bitte weiter: Wo oder wie erhalte ich als Patient Einblick in und Zugriff auf meine ePA?

Zugriff hat man über eine App der Krankenkasse auf dem eigenen Handy. Man muss sich erst die App herunterladen, muss dann die Gesundheitskarte der Krankenkasse im Verlauf der Installation auf das Handy legen – so ähnlich wie man mit einer Girocard im Supermarkt bezahlt. Dann muss man noch eine PIN bei der Krankenkasse beantragen, die einem per Post zugeschickt wird. Dafür muss man sich aber vorher noch einmal sicher identifizieren, zum Beispiel per Post-Ident. Alles ziemlich kompliziert. Das erinnert mich manchmal ein bisschen an den Passierschein 36a aus den Asterix-Comics.

Was muss also zusammenfassend noch passieren, damit die ePA für alle gut funktionieren wird?

Der Zugriff muss für die Patienten selbst, aber auch für Ärzte und Krankenhäuser vereinfacht werden. Dann muss man sich auf eine bessere Darstellung und Übersichtlichkeit der Daten verständigen. Wenn wir irgendwann mal eine vollständige und übersichtliche ePA haben, werden wir unseren Patient:innen eine bessere und sicherere Versorgung bieten können. Und genau darauf freue ich mich jetzt schon!



KAI KLEINHOLZ
INTERVIEW: Theresa Boenke

CHRONISCHE WUNDEN

Komplexe Herausforderung im Praxisalltag

Chronische Wunden können nicht nur schmerzhaft sein, sondern die Lebensqualität beeinträchtigen. Was die häufigsten Ursachen für die Entstehung sind und warum die Behandlung mehr erfordert, als den Verband zu wechseln, erklärt Dr. med. Ulrich Quellmalz, Wundexperte und ehemaliger Chefarzt der Klinik für Gefäßmedizin am Evangelischen Klinikum Bethel (EvKB), im Interview.

Herr Dr. Quellmalz, was versteht man unter einer chronischen Wunde?

Unter einer chronischen Wunde versteht man einen Defekt an der Haut und im Bereich der Unterhaut, der länger als acht Wochen besteht. Man ergänzt dazu noch das Kriterium „trotz beginnender medizinischer Behandlung“. Sprich, wenn die Wunde trotz der bisherigen Therapie nicht heilt.

Wie kann man sie denn behandeln?

Wenn man eine Wunde sieht, hat man zwei Aufgaben, die ineinandergreifen. Zum einen fängt man sofort an, die Wunde ideal zu versorgen. Das Zweite ist, herauszufinden, warum die Wunde entstanden ist. Wenn ich die entsprechende Diagnose habe, suche ich nach geeigneten Möglichkeiten, diese Grunderkrankung zu beseitigen.

Welche Grunderkrankungen sind das?

Es gibt drei große Gruppen. Eine Ursache sind Durchblutungsstörungen.

Zum einen venöse Erkrankungen, häufig Krampfadern. Zum anderen Geschwüre, die durch eine sogenannte Schlagaderverschluss-erkrankung oder in der Fachsprache arterielle Verschlusskrankung zustande kommen. Dann ist die Zuckererkrankung, der Diabetes, entscheidende Ursache für viele Wunden, besonders an den Füßen. In der dritten Gruppe fasst man Probleme der Haut selbst zusammen, also zum Beispiel Hauttumore oder Folgen von Verletzungen der Haut. Hierzu zählen auch Operationswunden oder Druckgeschwüre.

Wie entstehen Wunden bei Durchblutungsstörungen?

Das sind unterschiedliche Gründe für Venen- und Schlagader-erkrankungen. Die arterielle Verschlusskrankheit führt zu einer Verengung der Schlagadern, die das sauerstoffreiche Blut durch den Körper transportieren. Dadurch wird die Versorgung des Gewebes, beispielsweise in den Beinen, gestört und das Gewebe selbst kann absterben und sich auflösen. Bei Venenerkrankun-

gen führt die Blutstauung im Gewebe zu einer Überdehnung und schließlich einer Auflösung der Haut. Wenn dann noch Druck auf das Gewebe hinzukommt, beispielsweise durch einen engen Schuh, der von außen drückt und die Durchblutung ohnehin stört, dann begünstigt das das Auftreten einer Wunde.

Welche Rolle spielt der Diabetes?

Der Diabetes verursacht eine ganze Reihe von Ernährungsstörungen im Gewebe. Begleiterscheinungen wie die Nervenbeeinträchtigung verschlechtern die Wahrnehmung solcher Störungen. Und deswegen treten diese Störungen quasi im Verborgenen auf. Man bemerkt die Anfänge nicht, sondern sieht das Problem erst, wenn da schon etwas entstanden ist.

Und dann ist schon wichtige Zeit verstrichen ...

Ja, genau. Bei Diabetikern kommen zwei Faktoren ins Spiel. Zum einen sieht man eine Wunde vielleicht, doch da sie nicht wehtut, geht man nicht zum Arzt. Und das Zweite ist, dass Wunden manchmal auch an



Stellen entstehen, die man nicht auf den ersten Blick sieht, im Fußsohlenbereich etwa. Eine Wunde, die nicht schmerzt, würde man wahrscheinlich erst bei der regelmäßigen Kontrolle bemerken, die für Diabetiker empfohlen ist. Und dann besteht die Wunde oft schon länger, ist größer geworden und die Behandlung entsprechend langwieriger.

Gibt es weitere Gründe, warum manche Menschen nicht zum Arzt gehen?

Sie gehen oft sogar zum Arzt, zeigen ihre Wunde aber nicht, weil sie befürchten, dass ihnen unterstellt wird, sie würden keine vernünftige Körperhygiene betreiben, oder sie schämen sich für die Wunde. Wir wissen heute, dass es bis zu drei Jahre dauert, bis ein Patient mit einer chronischen Wunde zum Arzt geht.

Eine lange Zeit ...

Ganz genau, in der Zeit passiert viel. Und wenn er oder sie dann zum Arzt geht, dann sind aber zwanzig Prozent

der Wunden innerhalb von sechs bis acht Wochen abgeheilt. Es gibt also noch viel Aufklärungs-Potenzial.

Sie sprachen eine ideale Wundbehandlung an. Was verstehen Sie darunter?

Wundbehandlung ist nicht nur Verbinden. Man muss mehreres bedenken: Zunächst gilt es, die Wunde zu reinigen, also Ablagerungen und nicht mehr lebende Zellen, die in der Wunde lockersitzen, zu entfernen, sodass die Wundoberfläche eine Chance hat zu heilen. Mit dem Verband muss man versuchen, die Flüssigkeitsabsonderung der Wunde so aufzufangen, dass umgebendes Gewebe dadurch nicht auch aufweicht und zerstört wird, die Wunde selbst aber nicht austrocknet. Denn was nass ist, kann nicht heilen. Was eingetrocknet ist, aber auch nicht. Und man muss die Haut schützen, die die Wunde umgibt, indem man sie besonders eincremt und so dafür sorgt, dass die Flüssigkeit, die eventuell doch noch aus

dem Verband austritt, keine Schäden verursacht.

Können Patienten sich selbst darum kümmern?

Das ist genau ein Punkt, der oft vergessen wird. Patienten können die Teile des Beines, die unter einem Verband versteckt sind, nicht selbst pflegen. Also muss man sich über die Wunde und die direkte Wundumgebung hinaus auch um die Integrität der Haut kümmern in dem gesamten Bereich, den man mit einem Verband überdeckt. Und man sollte die Zeit, die man bei der Wundbehandlung verbringt, nutzen, um den Patienten Tipps zur Selbstversorgung zu geben.

Was ist bei der Behandlung der Wunde noch zu beachten?

Nach der Versorgung der Wunde und ihrer Umgebung plant man den Verband. Es muss überlegt werden welche Materialien verwendet werden. Hier muss man auch die Kosten im Auge behalten und nur die Verbandsstoffe verwenden, die wirklich erforderlich sind. Dann sollten die Materialien so gewählt werden, dass der Verband nicht so oft gewechselt werden muss. Denn das tut dem Patienten teilweise sehr weh. Und der Verbandswechsel beansprucht Zeit, und Zeit ist ein heikles Thema und ein hohes Gut, weil es überall zu wenig Fachleute gibt. Das bedeutet, dass ich ein Management finden muss, das einen guten Verbandswechsel in der passenden Frequenz garantiert.

Und gleichzeitig die Begleiterkrankung in den Griff kriegen ...

Genau. Und das ist schwierig. Deswegen kann man viele chronische Wunden nicht heilen, weil man diese Grunderkrankung, wie beispielsweise den Diabetes, nicht heilen kann.



Was kann man anstelle tun?

Wenn ich weiß, dass ich die Wunde nicht heilen kann, dann ändert sich so ein bisschen das Management. Die Wunde muss stabilisiert werden. Ziel ist, dem Patienten schmerzfreie Verbandswechsel zu verschaffen, und eine so gut wie möglich verbesserte Lebensqualität.

Wie wichtig ist das Zusammenspiel von Haus- und Fachärzten und welche Fachrichtungen bzw. Dienste müssen bei chronischen Wunden einbezogen werden?

Für die optimale Wundheilung sind nicht nur die Verbandsbehandlung, sondern auch spezielle Maßnahmen an der Wunde sowie Diagnose und Therapie der ursächlichen Grunderkrankungen unverzichtbar. Manches davon übersteigt hausärztliche Möglichkeiten, zum Beispiel in den Bereichen Dermatologie, Diabetologie und Gefäßchirurgie. Hier ist dann ein ganz kurzer Draht zwischen Haus- und entsprechendem Facharzt nötig, um diese Kompetenzen ohne Zeitverlust einzubinden.

Welche Auswirkungen haben chronische Wunden auf den Patienten?

Die Lebensqualität wird beeinflusst, weil der Patient nicht richtig gehen kann. Und es gibt Patienten, deren Wunden riechen, wodurch sie sich sozial ausgegrenzt fühlen. Oder sie grenzen sich selbst aus, weil sie glauben, dass jeder das riecht. Zusätzlich kann man unter Umständen nicht mehr die sozialen Funktionen übernehmen, die man sonst hat. Beispielsweise wenn Eltern nicht mehr möchten, dass Oma und Opa sich ums Enkelkind kümmern, weil

sie befürchten, dass sich das Kind an der Wunde was holen kann. Und auch finanziell ist es eine Belastung.

Warum?

Man muss regelmäßig zum Arzt fahren, teilweise mit Bus oder Bahn, und viel Zeit investieren. Und manche Dinge, die man für eine komplette Wundversorgung braucht, werden nicht von der Krankenkasse bezahlt. Geld in einen vernünftigen Schuh oder eine Matratze zu stecken, die den Druck auf die Wunde verringert, ist keine zusätzliche finanzielle Belastung, denn die sind nicht teurer als andere Produkte. So lässt sich in ganz vielen Fällen die Gesamtbehandlung schneller und damit auch preiswerter zum Abschluss bringen oder wenigstens erträglicher gestalten. All das muss beim Wundmanagement mit einbezogen werden: Die Frage ist dabei, wie man die größtmögliche Zufriedenheit bei den Patienten erreicht und wie man die steuert.

Die Behandlung der Wunden findet also nicht nur an der Wunde statt?

Nein, das ist ein komplexes Thema. Die Wunde zu verbinden ist nur ein ganz kleiner Teil des gesamten Behandlungsspektrums. Und wenn ich die anderen Komponenten vernünftig und engagiert bearbeite, dann kann man fast sagen, spielt es nicht die entscheidende Rolle, was ich auf die Wunde drauflege. Wichtig ist nicht nur, was am und unter dem Verband passiert, sondern auch die ergänzenden Komponenten. Dort sind die Beratung des Patienten, die Versorgung von Begleiterkrankungen und die Vermeidung von bedrohlichen Situationen wichtig.

Welche Funktion hat das Ärztenetz-Modul „Versorgung chronischer Wunden“ und warum ist es so wichtig?

Das Wundmodul des Ärztenetz Bielefeld bietet den Hausarztpraxen eine massive zeitliche und fachliche Entlastung. Wir versorgen die Wunden der angemeldeten Patienten nach den aktuellen Leitlinien, dokumentieren Befund und Therapie umfangreich für die Praxis und machen Empfehlungen zu den sinnvollen Verbandsstoffen und zur Weiterbehandlung. So entlasten wir die Praxen nicht nur zeitlich, sondern schützen sie auch vor übertriebenen Verordnungen. Auf Wunsch übernehmen und koordinieren wir als Casemanager die Weiterbehandlung, oft in Zusammenarbeit mit Pflegediensten, schulen Praxisteams und sorgen so für eine vereinheitlichte Wundversorgung in Bielefeld auf höchstem Niveau.



DR. MED. ULRICH QUELLMALZ
INTERVIEW: Magnus Horn

KOMPETENTE WUNDBEHANDLUNG IN BIELEFELD – INDIVIDUELL, ZUVERLÄSSIG UND IMMER IN ABSTIMMUNG MIT IHREM ARZT/IHRER ÄRZTIN

Mit unicare wächst ein spezialisierter Anbieter in der Stadt heran, der fachlich stark, nah am Menschen und vernetzt arbeitet. Mit einem Team aus erfahrenen Pflegefachkräften bietet unser Unternehmen eine ganzheitliche Versorgung von akuten und schwer heilenden Wunden – immer in engem Austausch mit Ihrem behandelnden Arzt/Ihrer behandelnden Ärztin.

Wir versorgen Sie in Ihrer Häuslichkeit, in Pflegewohngruppen und seit März auch in unserem Wundzentrum im Bielefelder Westen.

Liebe Patientin, lieber Patient, wenn Sie oder ein Angehöriger mit einer chronischen oder komplizierten Wunde zu tun haben, wissen Sie, wie herausfordernd es sein kann, die richtige Pflege zu finden. Unser spezialisierter Wundpflegedienst ist genau darauf ausgerichtet, Ihnen zu helfen und den Heilungsprozess so gut wie möglich zu unterstützen.

Warum ist spezialisierte Wundpflege wichtig?

Chronische oder schwer heilende Wunden, wie z.B. Druckgeschwüre (Dekubitus) oder Wunden, die durch Durchblutungsstörungen oder Diabetes entstehen, können die Lebensqualität massiv beeinträchtigen und das Risiko von Infektionen erhöhen. Eine frühzeitige, fachkundige Behandlung verkürzt Heilungszeiten, kann dadurch die Lebensqualität der Betroffenen verbessern, hilft Kosten zu senken und entlastet auch pflegende Angehörige.

Wir sind bemüht, die für Sie besten Pflegeoptionen zu wählen und den Heilungsprozess zu unterstützen. Ihre Lebensqualität steht bei uns an



erster Stelle. Je nach Bedarf werden wir Ihre Wunde regelmäßig betreuen und behandeln – so lange, bis sie vollständig abgeheilt ist. Wir geben Ihnen und Ihren Angehörigen Tipps und Ratschläge für den Umgang mit Ihrer Wunde und auch wie Sie neue Wunden vermeiden können.

Unser Team arbeitet eng mit Praxen, Pflegediensten, Klinikteams und allen notwendigen Therapeutenteams zusammen, um das bestmögliche Behandlungsziel für Sie zu erreichen. Der Weg zur Heilung kann lang und manchmal auch anstrengend sein, aber Sie müssen diesen Weg nicht alleine gehen. Wir sind für Sie da, unterstützen Sie mit Erfahrung, Fachlichkeit und Einfühlungsvermögen und tun alles dafür, dass Ihre Wunde schnell und sicher heilt.

unicare.de

... weil Zeit nicht alle Wunden heilt

Ihr spezialisierter Leistungserbringer für:

Professionelle Wundversorgung



Wundversorgung

- in Ihrer Häuslichkeit,
- in Pflegewohngruppen
- und in unserem Wundzentrum.



Unicare GmbH&Co.KG
Jakob-Kaiser-Str. 3
33615 Bielefeld

Ambulanter Pflegedienst & Wundzentrum
Tel. 0521 945 644 0
info@unicare.de

Tel. 0521 945 644 10
wundzentrum@unicare.de

Haustiere

TIERISCHE SEELENTRÖSTER



Ob Hund, Katze, Meerschweinchen oder Vogel: Für viele Menschen sind ihre Haustiere Familienmitglied und treuer Wegbegleiter in einem. Aber was steckt wirklich dahinter? Sind Haustiere tatsächlich ein Booster für die mentale Gesundheit oder handelt es sich hierbei eher um einen Mythos? Ein Blick in die Wissenschaft zeigt: Die Wahrheit liegt, wie so oft, irgendwo dazwischen.

Hunde begrüßen Menschen mit überschwänglichem Schwanzwedeln, Katzen rollen sich schnurrend auf dem Bauch des Besitzers zusammen und Meerschweinchen pfeifen überschwänglich, je näher die Fütterungszeit rückt: Es sind Momente wie diese, die unsere Stimmung selbst an stressigen Tagen heben.

Dass die Gesellschaft eines Tieres etwas mit uns beziehungsweise mit unserem Körper macht, ist wissenschaftlich belegt. So zeigen Studien aus den USA, dass beim Streicheln eines Hundes oder einer Katze der Stresshormonspiegel Cortisol sinkt und zugleich das Bindungshormon Oxytocin ansteigt, jenes Hormon, das auch Mütter mit ihren Babys verbindet. Das hat Auswirkungen auf Blutdruck und Herzfrequenz – beides sinkt.

Auch Stressreaktionen werden dadurch beeinflusst. So wurden in einer klinischen Studie Menschen in stressige Situationen gebracht und entweder allein gelassen, von ihrem Partner oder von ihrem Haustier begleitet. Das Ergebnis: Wer sein Tier an der Seite hatte, zeigte zum Teil geringere Herz-Kreislauf-Reaktionen auf Stress als mit dem eigenen Ehepartner. Kurz gesagt: Haustiere können helfen, dass wir uns ruhiger fühlen, und sie entlasten unser Stress-System zumindest kurzfristig.

Mehr als Kuschneln

Der Einfluss von Haustieren auf die Psyche ist aber nicht nur biochemisch. Er hat auch viel mit unserem Alltag und vor allem mit unseren Routinen zu tun. Denn ein Hund will raus, eine Katze will Futter, Kleintiere brauchen Pflege. Das zwingt uns aufzustehen, rauszugehen und Verantwortung zu übernehmen und das auch an Tagen, an denen es uns mental nicht gut geht. Gerade Menschen, die zu Grübeleien oder depressiven Verstimmungen neigen, können unter Umständen davon profitieren, dass „jemand“ sie braucht. Besonders Hundehalter sind hier im Vorteil, denn sie kommen automatisch mehr raus, gehen spazieren und bewegen sich damit viel an der frischen Luft. Diverse Studien zeigen, dass regelmäßige körperliche Aktivität ein starker Schutzfaktor für mentale Gesundheit ist. Sie kann Stress senken, Schlaf verbessern und depressive Symptome mildern.

Und wer mit einem Hund unterwegs ist, kennt die Situation: Man kommt viel schneller mit anderen ins Gespräch. Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass Haustiere soziale Bindungen fördern können. Da Einsamkeit ein erheblicher Risikofaktor für psychische Erkrankungen ist, kann dieses soziale Plus die Psyche entlasten. Selbst wer statt eines Hundes ein anderes Haustier besitzt, kommt leichter mit anderen ins Gespräch.

Wenn die Liebe zum Tier selbst zur Belastung wird

Forschende aus aller Welt beschäftigen sich jedoch nicht nur mit dem Einfluss von Tieren auf die menschliche Psyche, sondern auch mit dem Bindungsstil zum Haustier. Sie schauen darauf, wie sicher oder unsicher Menschen emotional an ihr Tier gebunden sind.

Ein Artikel in der New York Post zeigt zum Beispiel auf, dass Menschen, die sehr ängstlich sind und sich ständig Sorgen darum machen, dass ihr Tier sie nicht genug liebt oder sie sogar verlassen könnte, häufiger depressive Symptome entwickeln. Auch überhöhtes Verantwortungsgefühl kann schnell kippen. Wer sich extrem für das Wohlbefinden des Tieres verantwortlich fühlt, jede Abweichung im Verhalten als Alarmzeichen deutet und sich selbst stark zurüknimmt, wird über kurz oder lang psychisch unter diesem Verhalten leiden. Denn so ist das Tier weniger eine Stütze im Alltag, sondern eine zusätzliche Stressquelle.

Fazit: Kein Wundermittel, aber ein starker Halt

Die Forschung zeigt ein gemischtes Bild: Ja, Tiere können Stress senken, Oxytocin freisetzen, Einsamkeit mildern, Bewegung fördern und soziale Kontakte erleichtern. Aber ob sie unserer Psyche tatsächlich guttun, hängt stark von der individuellen Situation, der Art der Beziehung und der Fähigkeit ab, Verantwortung zu tragen, ohne sich zu überlasten. Haustiere können unsere mentale Gesundheit stärken, wenn wir sie nicht als Heilsbringer überhöhen, sondern als das sehen, was sie sind: eigenständige Lebewesen mit Bedürfnissen, die das Leben bereichern.

AUTORIN: Jessica Weiser

Impfungen für Senioren

UNZÄHLIGE MENSCHENLEBEN GERETTET



Dr. Johannes Hartmann erklärt, warum Impfungen für ältere Menschen besonders wichtig sind, auf welche Impfungen sie nicht verzichten sollten und warum sie zu den größten Errungenschaften der modernen Medizin gehören.

Das Thema Impfen begleitet uns ein Leben lang. Warum gewinnt es im Seniorenalter nochmal besonders an Bedeutung?

Ab einem Alter von ungefähr 50 Jahren setzt die Alterung des Immunsystems ein, die sogenannte Immunoseneszenz. Damit verliert das Immunsystem Flexibilität und zum Teil auch Funktionen. Deshalb sind wir ab diesem Alter zunehmend empfänglich für Infektionserkrankungen. Es bietet sich an, die verlorengegangene Immunkompetenz durch Impfungen auszugleichen, wann immer es möglich ist.

Ab wann gilt man beim Thema Impfen aus medizinischer Sicht als „Senior“?

Das kann man schwierig an einem bestimmten Lebensjahr festmachen,

denn es spielen auch Faktoren wie unsere individuelle Genetik und unser Lebensstil eine große Rolle für das biologische Alter. Dennoch sind bestimmte Impfungen für ältere Menschen meist ab 60 Jahren von der Ständigen Impfkommission empfohlen. Diese offizielle Altersgrenze ist insofern relevant, als mit der Empfehlung in aller Regel auch die Kostenübernahme durch die Krankenkassen verbunden ist.

Auf welche Impfungen sollten ältere Menschen auf keinen Fall verzichten?

Den Impfschutz gegen Tetanus, Diphtherie und Polio sollte man ein Leben lang aufrechterhalten. Dafür gibt es auch einen Kombinationsimpfstoff, den man sich spätestens alle

zehn Jahre verabreichen lassen sollte. Einmalig sollte in dem Kombinationsimpfstoff auch eine Auffrischung gegen Keuchhusten enthalten sein. Aufgrund der Immunoseneszenz sollten sich Menschen ab 60 Jahren auch jährlich gegen Grippe und Corona impfen lassen.

Wann ist der richtige Zeitpunkt für diese saisonalen Impfungen?

Da die „Saison“ bis ins Frühjahr geht, sollte man sich idealerweise ab Oktober oder November impfen lassen, damit der Schutz lang genug bestehen bleibt. Wer das verpasst hat, kann sich notfalls noch bis in den Januar hinein impfen lassen. Der Körper baut den vollständigen Impfschutz innerhalb von ca. 3 Wochen auf. Es gibt auch Smartphone-Apps, in die man seine Impfungen eintragen kann und die einen daran erinnern, wann man sich wieder impfen lassen sollte.

Gibt es noch weitere Empfehlungen?

Ja, zum Beispiel die einmalige Impfung gegen Pneumokokken, die fast für die Hälfte der bakteriellen Lungenentzündungen verantwortlich sind. Es gibt auch eine neue Impfempfehlung für Menschen ab 75

Jahren gegen das RSV-Virus, auch diese Impfung wird von den Kassen erstattet. Sinnvoll ist auch die Impfung gegen den Windpocken-Erreger (Herpes-Zoster-Virus), der für das Auftreten der „Gürtelrose“ verantwortlich ist. Ohne Impfschutz erleidet fast die Hälfte der Menschen mindestens einmal im Leben eine derartige „Gürtelrose“, die oft sehr starke und ggf. chronische Schmerzen verursacht. Je nach Umstand sollte man sich als Erwachsener auch über den Schutz gegen Hepatitis A/B, Meningokokken und Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) vergewissern. Zudem ist die Vervollständigung eines lückenhaften Schutzes gegen Masern wichtig, insbesondere zum Schutz vulnerabler Menschen in unserem Umfeld. Welche Impfung für wen sinnvoll ist, sollte man immer mit seinem Hausarzt oder seiner Hausärztin besprechen.

Impfungen werden auch in Fernsehspots beworben – was halten Sie davon?

Wenn neue Impfstoffe auf den Markt kommen, ist es aus Sicht der entwickelnden Unternehmen verständlich, dafür Werbung zu machen. Ob eine Impfung im Einzelfall sinnvoll ist, sollte man auch bei neuen Impfstoffen immer mit seinem Hausarzt oder seiner Hausärztin besprechen. Verlässliche Informationen zu den Impfungen findet man auch auf der Homepage des Robert-Koch-Instituts unter www.rki.de

Nochmal zur „Auffrischung“: Was genau passiert bei einer Impfung?

Dabei wird der Kontakt des Körpers mit einem krankmachenden Erreger simuliert. Allerdings ist der Unterschied zu einer Erkrankung, dass dieser Erreger entweder abgetötet oder zumindest stark abgeschwächt ist und zumeist nur Oberflächenbestandteile dieses Erregers verwendet werden.



Im Fall von Corona wurden erstmals RNA-Impfstoffe genutzt. Diese bringen unser Immunsystem dazu, nicht krankmachende Erregerbestandteile selber zu produzieren. Im nächsten Schritt erwerben wir dann die Immunität: Krankheitsabwehrende Lymphozyten und gezielt wirkende Antikörper verhindern eine Erkrankung oder zumindest einen schweren Krankheitsverlauf.

Wie sieht es mit Risiken und Nebenwirkungen aus?

Bei einer Impfung kommt es zu einer beabsichtigten Immunreaktion, die sich durch Entzündungszeichen an der Einstichstelle wie leichte Rötung, Schwellung oder Schmerz sowie ein leichtes Krankheitsgefühl, zum Beispiel begleitet von Kopf- und Gliederschmerzen, äußern kann. Diese klingen in der Regel nach ein bis zwei Tagen wieder ab. Impfkomplicationen sind äußerst selten – in diesem Fall sollte man aber unbedingt ärztliche Hilfe suchen.

Seit es Impfungen gibt, gibt es auch Impfgegner. Haben Sie dafür Verständnis?

Ich empfehle jedem, der aus meiner Sicht einen Impfstoff braucht, diesen

auch zu nutzen. Skepsis kann ich verstehen. Ich versuche dann, diese mit Argumenten auszuräumen. Ich überrede niemanden, aber versuche zu überzeugen.

Was sind die überzeugenden Argumente für eine Impfung?

Die Erfindung und Entwicklung von Impfungen gehört neben der Entwicklung von Antibiotika zu den herausragendsten Errungenschaften der modernen Medizin. Lebensbedrohliche Infektionserkrankungen wie die Pocken wurden durch Impfungen ausgerottet, andere wie die Kinderlähmung nahezu eliminiert. Durch sie haben viele Krankheiten ihren Schrecken verloren – Impfungen haben Millionen von Menschenleben gerettet.



DR. MED. JOHANNES HARTMANN

INTERVIEW: Patrick Schlütter

GESÜNDER LEBEN IN GESUNDEM UMFELD

In einer sich schnell verändernden Welt ändern sich die Lebensverhältnisse und so auch die Lebensweisen der Menschen. Damit einhergehen können jedoch auch Erkrankungen, deren Häufigkeit zunimmt. Warum gerade auf Kinder und Jugendliche mehr geachtet werden sollte und an welchen Stellschrauben man drehen kann, um einen gesunden Lebensstil zu erreichen, darüber spricht der Kinder- und Jugendmediziner Roland Tillmann.

Herr Tillmann, was sind lebensstilbedingte Krankheiten?

Unter lebensstilbedingten Krankheiten verstehen wir das, was sich als Folge von modernen Lebensgewohnheiten und Lebensbedingungen entwickelt hat. Wir haben zum Beispiel ein höheres Risiko für Übergewicht als Folge von zu wenig Bewegung und unpassender Ernährung, was sich in der Zunahme von Diabetes Typ 2, aber auch in Herz-Kreislauf-Erkrankungen zeigt. Selbst Krebserkrankungen hängen zu einem gewissen Teil mit Lebensbedingungen zusammen. Und nicht zu vergessen sind psychische Erkrankungen wie Depressionen, die auch mit einem Mangel an Bewegung einhergehen.

Also ist der Mangel an Bewegung ein drastisches Problem?

Das ist ein ganz zentrales Element – auch bei uns in der Praxis. Aber Bewegungsmangel spielt in allen Lebensaltern eine Rolle und gerade in den letzten Jahrzehnten haben sitzende Tätigkeiten zugenommen, sei es nun in der Schule oder im Beruf. Natürlich auch durch den Medienkonsum, der

massiv zugenommen hat. Medienzeiten sind quasi immer Sitzzeiten, also Zeiten, die für Bewegung fehlen.

Sind wir einfach zu bequem geworden?

Es ist immer eine Kombination aus inneren und äußeren Faktoren. Dass wir heute diese Probleme haben im Bereich von Übergewicht und Bewegungsmangel, liegt nicht daran, dass sich die Menschen das immer selbst aussuchen, sondern es liegt an den Lebensbedingungen, die sich auf der ganzen Welt verändert haben. Die haben sich in dieser industrialisierten Gesellschaft so entwickelt, dass Bewegung immer weniger notwendig ist. Gleichzeitig ist eine energiereiche Ernährung ständig verfügbar.

Also muss eigentlich von außen die Veränderung kommen?

Die Menschen selbst haben einen gewissen Einfluss darauf, aber die Lebensbedingungen sind so, dass es den Menschen, so auch den Eltern, erschwert wird, das umzusetzen, was man eigentlich gerne umsetzen möchte.

Wie kann man das ändern?

Die Lebensumwelten müssen so gestaltet sein, dass sie zu mehr Bewegung anregen. Und die Ernährungspolitik müsste dafür sorgen, dass unzubereitete Nahrungsmittel wie Gemüse eher günstiger werden und umgekehrt hochverarbeitete Lebensmittel teurer. Das sind Ansatzpunkte, an denen man schrauben muss. Die Pläne dafür gibt es weltweit, weil alle Länder mit einer zunehmenden Häufigkeit von Adipositas oder Diabetes zu tun haben.

Woran scheitert die Umsetzung?

Wir sind im Moment in einer Phase, in der dieser Zugang nicht besonders dem Zeitgeist entspricht. Heute wird alles dem Einzelnen zugeschoben nach dem Motto: „Er soll sich halt mehr bewegen.“ Allerdings in einer Umgebung, die eher bewegungsunfreundlicher wird. So zeigt auch aktuell eine Studie, dass Deutschland in Bezug auf Präventionspolitik im internationalen Vergleich auf dem vorletzten Platz liegt.

Können sich nur Besserverdiener einen gesunden Lebensstil leisten?

Wenn wir gesund leben wollen, müssen wir uns täglich gegen die allgemeinen Umstände entscheiden. Und Menschen, die unter schwierigeren, auch finanziellen, Bedingungen leben und vielleicht nicht den Zugang zu gesicherten Informationen haben, haben es deutlich schwerer, sich und natürlich auch die Kinder entsprechend zu ernähren.



Inwiefern kann man trotzdem im Kleinen, also beispielsweise als Eltern, Einfluss nehmen?

Eltern haben natürlich Einfluss auf die Kinder. Kinder lernen am Modell. Man kann die Kinder zum Beispiel am Kochen beteiligen, sodass sie auch Spaß daran entwickeln, aus einem Gemüse eine Mahlzeit zu machen, die am Ende schmeckt. Das hat auch einen pädagogischen Effekt. Darüber hinaus ist es wichtig, Kinder von Markenprodukten eher fernzuhalten. Auch wenn das für Eltern schwierig ist, weil die Kinder noch sehr viele weitere Kontakte haben. Und leider sind die Kinder auch dem Marketing und was im Bereich von Online-Medien mittransportiert wird, massiv ausgesetzt.

Wenn man jetzt im Kindesalter schon übergewichtig ist, wie wahrscheinlich ist es, dass sich das im Erwachsenenalter auch manifestiert?

Die Wahrscheinlichkeit ist groß, wenn es sich nicht im Laufe des Kindesalters und des Wachstums noch „verwächst“. Unsere Gewicht-

entwicklung wird im Idealfall automatisch reguliert. Dafür haben wir Mechanismen im Körper. Nur wenn sich einmal richtig Übergewicht etabliert hat, dann ist es enorm schwer, zu einer automatischen Regulierung zurückzufinden. Deswegen sind die frühkindlichen Prägungen, auch schon Prägungen in der Schwangerschaft, für die Gewichtsentwicklung leider sehr hartnäckig. Wie bei anderen Dingen auch ist die Prävention im Prinzip einfacher, als wenn man das Problem später wieder umkehren muss.

Welche Maßnahmen lassen sich noch präventiv umsetzen, um eine positive Veränderung des Lebensstils zu schaffen?

Idealerweise macht man eine Kombination aus Verhaltens- und Verhältnisprävention, also dass man ein Verhalten empfiehlt und die Verhältnisse so gestaltet, dass die Umsetzung auch leichter möglich ist. Wenn man etwa empfiehlt, dass man mehr laufen oder Rad fahren soll, funktioniert das nur, wenn es auch tatsächlich Wege zum Laufen und zum Fahrradfahren gibt,

die attraktiv und sicher sind. Wenn man von jemandem verlangt, er solle sich ganz nebenbei gesund verhalten, dann klappt das vielleicht bei Einzelnen, aber gesellschaftlich wird das nicht funktionieren. Es müssen also eigentlich auf drei Ebenen Veränderungen stattfinden: bei jedem Einzelnen, auf Bundesebene und auch im Bereich der Kommunen beziehungsweise der einzelnen Städte. Also z. B. eine Verkehrspolitik, die Gehen und Radfahren ernsthaft fördert, ein Verbot von Werbung für ungesunde Nahrungsmittel, die an Kinder und Jugendliche gerichtet ist, und eine Zuckersteuer unter anderem.

Und die Grundlage für ein gesundes Leben wird letztendlich in der Kindheit gelegt?

Auch, aber nicht nur. Wir sind später nicht hilflos. Wir können uns Dinge auch später noch angewöhnen. Aber wenn man beispielsweise einmal viel Gewicht hat, dann ist es enorm schwer, davon wieder runterzukommen. Deswegen werden jetzt die Hilfsmittel im Bereich von Operationen, Magenverkleinerungen und von Medikamentenspritzen gesucht, um aus diesem Teufelskreis herauszukommen. Aber das kann keine Perspektive für die Gesellschaft sein, allein schon aus Kostensicht.



ROLAND TILLMANN
INTERVIEW: Magnus Horn

LET'S DANCE!

Tanzshows im Fernsehen erfreuen sich großer Beliebtheit. Doch statt nur zuzusehen, lohnt es sich, selbst eine flotte Sohle aufs Parkett zu legen. Denn Tanzen hält uns auf vielfältige Weise gesund und munter.



Ob „Standard“ im Arm des Partners, geselliger Seniorentanz in der Gruppe oder die Haarpracht zu Heavy-Metal-Musik schütteln – Tanzen macht Laune und gehört zu den angenehmsten Arten, in Bewegung zu bleiben und die körperliche wie geistige Fitness zu trainieren. Überall auf der Welt tanzen Menschen als Ausdruck von Identität und Kultur.

Egal auf welchem Kontinent – schon Kinder spüren den Rhythmus, bei dem man einfach mitmuss. In der Jugend gehört der wöchentliche „Sturm“ auf die Tanzfläche bei Partys und

Clubbesuchen beinahe zum Standard. Doch mit zunehmendem Alter wird es bei manch einem erheblich ruhiger beim Thema Tanzen. Dabei gibt es kaum eine Art der Bewegung, die so viel Freude macht und zugleich die Gesundheit fördert. Denn Tanzen ist ein Ganzkörpertraining, das durch die rhythmischen Bewegungen das Herz-Kreislauf-System, die Beweglichkeit und die Sehnen stärkt, zum Muskelaufbau beiträgt und Ausdauer wie Stoffwechsel fördert. Tanzen kann zudem die Koordination und die Körperhaltung verbessern.

Auch wenn so mancher Kopf beim Tanzen ganz schön durchgeschüttelt wird, fördert es die kognitive Leistungsfähigkeit. Schließlich gilt es, passende Bewegungen zur Musik zu finden, sich Schritte zu merken und bei der Paarvariante auf den Tanzpartner einzugehen. Studien zufolge kann Tanzen sogar das Demenzrisiko senken und hat einen positiven Effekt auf den Verlauf von Parkinson.

Und Tanzen bringt uns ins Gespräch: Ob die gemeinsame Lieblingsband, ein versehentlicher Tritt auf den Fuß oder Smalltalk in der Gruppe – der Tanz verbindet und lässt Einsamkeit kaum eine Chance. Zudem bauen wir beim Tanzen Stress und Kalorien ab und heben zugleich die Laune: Denn ganz nebenbei werden unser Serotonin- und Dopaminspiegel durch die Bewegung reguliert. Ängste erscheinen durch die Bewegung oftmals kleiner und unser Selbstwertgefühl umso größer. Tanzen vermag es sogar, emotionalen Stress zu reduzieren und Linderung bei leichten Depressionen zu verschaffen.

Grund genug, um vielleicht den Partner zum Tanzen zu animieren, sich einer Tanzgruppe anzuschließen oder im heimischen Wohnzimmer mal wieder richtig loszulegen. Tanzen kennt dabei kein Alter – ob in der Tanzschule, bei Sozialträgern oder in der Gemeinde: Auch für Senioren gibt es viele Angebote, um im Takt zu bleiben.

AUTORIN: Monika Dütmeyer

20 JAHRE QUALITÄTSMEDIZIN

THORAXCHIRURGIE AM EVKB FEIERT JUBILÄUM

Wenn eine Operation der Lunge notwendig ist, dann können sich Patientinnen und Patienten auf das Können und die Erfahrung des Teams der Thoraxchirurgie verlassen: Denn die Klinik für Thoraxchirurgie am EvKB – Evangelisches Klinikum Bethel – feiert ihr 20-jähriges Bestehen. Seit der Gründung im Dezember 2005 hat sich die Fachklinik für die operative Behandlung von Lungenerkrankungen in Bielefeld und der Region etabliert.

Umfassendes Leistungsspektrum

Das Team der Thoraxchirurgie steht für eine Behandlung auf dem neuesten Stand der Medizin: Ein besonderer Schwerpunkt liegt beispielsweise in der minimalinvasiven Lungenkrebschirurgie. Dazu gehört auch die Laserchirurgie bei Lungenmetastasen. Dabei können mit einem speziellen Laser Metastasen äußerst präzise entfernt werden, sodass möglichst viel gesundes Lungengewebe erhalten bleibt. Dieses Verfahren wird im EvKB bereits seit vielen Jahren erfolgreich angewendet und hat sich insbesondere bei fortgeschrittenen Tumorerkrankungen bewährt.

Weitere spezialisierte Eingriffe wie die operative Behandlung der Trichterbrust, Eingriffe an Tumoren der Thymsdrüse im Mittelfell, die TOS-Operation bei Nerven- oder Gefäßeinengungen im Thoraxbereich sowie die minimalinvasive Sympathektomie zur Therapie von starkem Schwitzen und Gesichterrötungen gehören ebenfalls zum Leistungsspektrum der Klinik.

Zusammen stark für die Patienten

Für Dr. Morris Beshay ist die Zusammenarbeit der behandelnden Kolleginnen und Kollegen von entscheidender Bedeutung: Ob Schmerz-, Physio- oder Atemtherapie, der Sozialdienst, die Pflegenden oder die Ernährungsberatung – „die Teamarbeit ist sehr wichtig, damit die Patienten möglichst schnell

wieder in den Alltag zurückkehren können“.

Mit dem Ziel, Hand in Hand das bestmögliche Ergebnis für die Patienten zu erzielen, gründete die Thoraxchirurgie bereits 2005 gemeinsam mit der Pneumologie, der Lungenheilkunde, das Lungenzentrum am EvKB. Von Beginn an setzte das Zentrum auf interdisziplinäre Strukturen wie Tumorkonferenzen, Fallbesprechungen und gemeinsame Visiten, die heute ein fester Bestandteil der umfassenden Patientenversorgung sind.

Mehrfach ausgezeichnet

Mehrere Zertifizierungen und Auszeichnungen – unter anderem durch die Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie und die Deutsche Krebsgesellschaft – bestätigen die hohe Qualität und kontinuierliche Weiterentwicklung der Klinik.

So ist die Thoraxchirurgie auch ein wesentlicher Bestandteil des „Ostwestfälischen Lungenkrebszentrums Ev. Klinikum Bethel – Bielefeld | Klinikum Gütersloh“, das kürzlich die anspruchsvolle Qualitätsprüfung der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) erfolgreich bestanden hat. „Die Diagnose Lungenkrebs verändert das Leben tiefgreifend. Daher ist es umso wichtiger, eine ganzheitliche Versorgung zu erhalten – insbesondere den Zugang zu einer hochspezialisierten Lungenkrebschirurgie wie der, die wir hier in

Bethel bieten“, erläutert Zentrumsleiter Univ.-Prof. Dr. med. Philipp Lepper, Direktor der Universitätsklinik für Innere Medizin, Pneumologie und Internistische Intensivmedizin am EvKB, der eng mit dem Team der Thoraxchirurgie zusammenarbeitet.

Auch das Land Nordrhein-Westfalen hat der Klinik für Thoraxchirurgie die hohe Behandlungsqualität bescheinigt: Sie ist nach der neuen Krankenhausplanung des NRW-Gesundheitsministeriums als einzige Klinik in Bielefeld für das gesamte Behandlungsspektrum der Thoraxchirurgie zugelassen.

Chefarzt Dr. Morris Beshay betont zum Jubiläum: „Die vergangenen zwanzig Jahre zeigen, wie wichtig verlässliche Strukturen, interdisziplinäre Zusammenarbeit und eine klare fachliche Ausrichtung für die Versorgung von Patientinnen und Patienten sind. Diese Arbeit werden wir weiter fortsetzen.“



Chefarzt Dr. Morris Beshay

baute vor 20 Jahren die Klinik für Thoraxchirurgie am EvKB auf.

ZU VIELE MEDIKAMENTE KÖNNEN SCHADEN

Frau Prof. Dr. med. Christiane Muth ist Leiterin der Arbeitsgruppe „Allgemein- und Familienmedizin“ der Medizinischen Fakultät OWL an der Universität Bielefeld. Ein zentrales Thema der Arbeit ihres Teams ist ein zielgerichteter Medikamenteneinsatz, wenn Patienten an mehreren chronischen Erkrankungen leiden und viele Medikamente nehmen müssen. Sie erklärt, worauf es dabei ankommt, wo Patienten Hilfe finden und was sie selbst beitragen können.

Viele Menschen benötigen mehr als ein Medikament – ab wann ist von einer Multimedikation die Rede?

In der Regel spricht man ab fünf Medikamenten, die ein Patient einnimmt, von einer Multimedikation. Manchmal werden auch Begriffe wie Polymedikation oder Polypharmazie verwendet. Weil sie auch negativ verstanden werden können, sprechen wir von Multimedikation. Denn es gibt viele Menschen, die viele Medikamente benötigen, die ihnen auch helfen.

Wie viele Menschen betrifft das?

Der Anteil wächst mit dem Lebensalter. In der Gesamtbevölkerung sind es rund zwölf Prozent, bei den über 65-Jährigen ist es ungefähr ein Drittel. Vor dem Hintergrund der älter werdenden Gesellschaft steigt der Anteil insgesamt. Ein weiterer Grund für den Anstieg ist, dass die Zahl der Medikamente steigt, die bei chronischen Erkrankungen empfohlen werden. Es ist ja erstmal etwas Positives, dass viele Menschen auch durch die Möglichkeiten der Medizin ein höheres Lebensalter erreichen können.

Gibt es auch eine Kehrseite?

Zu viele Medikamente können auch schaden, insbesondere wenn jemand mehrere chronische Erkrankungen hat und für jede Erkrankung mehrere Medikamente verschrieben bekommt.

Was kann dann passieren?

Es kann zu Wechselwirkungen kommen. Ein Medikament, das bei einer Krankheit hilft, kann bei einer anderen eher schaden. Ein weiteres Problem kann sein, dass viele Medikamente im Körper verstoffwechselt werden müssen und es mit steigendem Lebensalter mitunter zu gestörten Stoffwechselwegen kommt.

Was ist der Grund dafür?

Das hängt mit der natürlich nachlassenden Leistung der Niere zusammen, Medikamente auszuschcheiden. Diese können sich dann im Körper ansammeln. Deshalb ist es häufig sinnvoll, Medikamente zu reduzieren, die auf die Niere gehen.

Wie lassen sich diese negativen Effekte vermeiden?

Viele Wechselwirkungen lassen sich in

den Griff bekommen, zum Beispiel indem die Einnahme von Medikamenten auf unterschiedliche Uhrzeiten verteilt oder ein Alternativmedikament eingesetzt wird. Es muss nicht immer heißen, dass ein Medikament abgesetzt werden muss.

Wer behält den Überblick und ist Ansprechpartner beim Thema Multimedikation?

Das ist der Hausarzt oder die Hausärztin. Denn sie koordinieren mit Blick auf den Menschen die Behandlungen und die Therapien. Wichtige Unterstützung können auch Apotheken mit ihrer besonderen Expertise leisten.

Können Patienten selbst auch etwas beitragen?

Ja! Es ist sehr wichtig, dass sie ihren Medikationsplan dabei haben und darauf achten, dass er aktuell ist. Hilfreich ist auch, dass sie Informationen vom Facharzt oder aus dem Krankenhaus in die Hausarztpraxis mitbringen und diese aktiv ansprechen, falls diese einmal nicht vorliegen sollten.

Können sie noch mehr beisteuern?



Es ist auch sinnvoll, sich in der Hausarztpraxis zu freiverkäuflichen Medikamenten oder Nahrungsergänzungsmitteln beraten zu lassen. Hilfreich ist darüber hinaus, Medikamente in der Apotheke des Vertrauens zu holen. Wenn in der Stammapotheke die Medikation bekannt ist, kann jedes neu ausgegebene Medikament auf Wechselwirkungen überprüft und gegebenenfalls der Hausarzt informiert werden.

Kann auch die elektronische Patientenakte hilfreich sein?

Davon versprechen wir uns viel, da die Medikamentengabe dort in Echtzeit erfasst werden kann. Auch da sind die Patientinnen und Patienten gefragt, die entsprechenden Informationen freizugeben. Nur wenn sie verfügbar sind, ist ein Überblick möglich. In Notfallsituationen können diese Informationen überlebenswichtig sein.

Als Professorin an der Medizinischen Fakultät OWL widmen Sie sich dem Thema auch in der Forschung und

Lehre. Was sind dabei wichtige Themen?

Ein Thema ist zum Beispiel die Zusammenarbeit von Pharmazeuten und Mediziner. Wir erforschen, wie beide Professionen zum Wohl der Patienten strukturiert zusammenarbeiten können, und entwickeln Hilfsmittel, um den Austausch und die Kooperation der Berufsgruppen zu unterstützen.

Was gehört noch dazu?

Ein weiteres wichtiges Thema ist das Absetzen von Medikamenten unter ärztlicher Aufsicht, wenn sie potenziell mehr schaden als nutzen. Das kann zum Beispiel sinnvoll sein, wenn im Alter Mehrfacherkrankungen auftreten oder Medikamente nicht mehr benötigt werden, die man zum Beispiel im Krankenhaus bekommen hat. Das Absetzen ist anspruchsvoll und lag bisher weniger im Fokus der Mediziner Ausbildung. Das möchten wir mit dem Bielefelder Modellstudiengang ändern und das Thema Multimedikation insgesamt stärker in den Fokus rücken.

Wie kann man sich das vorstellen?

Wir möchten eine Multimedikation durch entsprechende Prioritäten bei der Entscheidungsfindung möglichst von vornherein vermeiden und Wege aufzeigen, wie man davon wekommt, wenn sie doch entstanden ist. Wir möchten zudem Therapien ins Bewusstsein rücken, die nicht auf Medikamenten basieren. Denn auch mit Lebensstilanpassungen und körperlicher Aktivität lässt sich viel bewegen. Viele Menschen können beispielsweise auch gut einschlafen, wenn im Hintergrund leise ihre Lieblingsmusik läuft – eine Schlaftablette sollte die absolute Ausnahme sein!



**PROF. DR. MED.
CHRISTIANE MUTH**

INTERVIEW: Monika Dütmeier

ENTLASTUNG IM ALLTAG

Die Fortbildung „Entlastende Versorgungsassistentin“ (EVA) bietet im Praxisalltag zahlreiche Vorteile. Melanie Bruchmann war eine der ersten „EVAs“ in Nordrhein-Westfalen.

Sie sind die ersten Ansprechpartner in der Praxis: Ob am Empfangstresen oder am Telefon, Medizinische Fachangestellte (MFA) sind in gewisser Weise das Herz in jeder ärztlichen Einrichtung. Melanie Bruchmann ist eine von ihnen und arbeitet seit 23 Jahren in der hausärztlichen Praxis Hartmann und Thomzik in Bielefeld-Eckardtshaus. Vor 15 Jahren hat sie sich als eine der Ersten in Nordrhein-Westfalen in rund acht Monaten zur „Entlastenden Versorgungsassistentin“ (EVA) weiterbilden lassen. Das Ziel: den Arzt oder die Ärztin entlasten, damit diese mehr Zeit für Patientinnen und Patienten in der Praxis haben.

Die EVA-Ausbildung qualifiziert dazu, „Patientinnen und Patienten in der Häuslichkeit und in Pflegeeinrichtungen eigenständig im Sinne der Arztentlastung zu betreuen“, heißt es bei der Akademie für medizinische Fortbildung in Münster, die die Weiterbildung anbietet. Während Bruchmann die Weiterbildung in einem Block von acht Monaten absolvierte und zahlreiche Präsenztage hatte, gibt es nun schon seit einiger Zeit viele Onlineseminare und weniger Präsenzphasen. „Dadurch kann man viele Module zeitlich flexibel absolvieren, was gerade, wenn man

Familie hat, vorteilhaft ist“, sagt Bruchmann.

Melanie Bruchmann fährt zum Beispiel zu bettlägerigen Patientinnen und Patienten in Altenheimen, in verschiedenen Einrichtungen in Eckardtshaus oder, auf Anordnung des Arztes, zu den Patienten nach Hause, wenn diese beispielsweise einen akuten schweren Infekt, eine schwere Krankheit oder eine Gehbeeinträchtigung haben. „Der Aufwand, für eine Blutentnahme oder Wundversorgung in die Praxis zu kommen, wäre sehr teuer und personalintensiv“, nennt Bruchmann einen Vorteil, der nicht nur den Arzt entlastet, sondern auch die Kosten für die Krankenkassen mindert.

In ihrem „EVA“-Rucksack hat sie alles dabei für erste Untersuchungen: Blutdruck, Puls oder Blutzucker messen, Blut entnehmen, Wundversorgung und bei Bedarf Einmalkalpell und Pinzette zum Fädenziehen. Zudem kommen Urintest, die Fotodokumentation und gegebenenfalls Telemedizin zum Einsatz. Gleichzeitig erfährt Bruchmann durch die persönlichen Gespräche viel über Wohlbefinden und den allgemeinen Zustand. „Wenn ich sehe, dass es jemandem nicht gut geht, dann nehme ich auch mal Blut ab, auch wenn das

vielleicht nicht geplant gewesen ist“, sagt sie. „Uns erzählen Patienten oft ganz viel nebenbei, vielleicht auch, weil die Hemmschwelle nicht so groß ist.“ Empathie gehört daher auf jeden Fall zu den Fähigkeiten der EVA.

Vielfältige Qualifikationen

Die Tätigkeit der EVA dürfen die Praxen mit den Krankenkassen abrechnen. Die Qualifikationen, die Medizinische Fachangestellte in der EVA-Fortbildung erwerben, sind umfangreich: Neben medizinischen Kompetenzen werden die angehenden EVAs auch in kommunikativen Fähigkeiten gegenüber Patientinnen und Patienten oder der psychosomatischen und psychosozialen Versorgung geschult. Voraussetzung für die Qualifikation ist der Berufsabschluss als MFA sowie eine im Anschluss dreijährige Berufserfahrung. Alle drei Jahre nach dem Abschluss ist eine Fortbildung nachzuweisen. „Es ist schon eine verantwortungsvolle Aufgabe, die wir EVAs in der Patientenversorgung leisten, weil wir hier mit und am Menschen arbeiten“, fasst Melanie Bruchmann zusammen.



MELANIE BRUCHMANN
INTERVIEW: Magnus Horn

Immer an der richtigen Adresse

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

Hausarzt, Notfallpraxis, Notaufnahme, Arztrefzentrale, Rettungsdienst? Unser Gespräch mit Dr. med. Dirk Hoffmann, Notfalldienstbeauftragter der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) und seit 32 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 Arztrefzentrale 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 Arztrefzentrale 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. MED. 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

Ärztenez Bielefeld e.V.
Bethelweg 25, 33617 Bielefeld
www.aerztenetz-bielefeld.de
Dr. med. Johannes Hartmann - *Vorsitzender*

REDAKTION

Artgerecht GmbH
Chefredaktion: Monika Dütmeyer
Redaktion: Dr. med. Johannes Hartmann, Monika Dütmeyer, Magnus Horn, Theresa Boenke,
Jessica Weiser, Patrick Schlüter

DESIGNKONZEPT & REALISATION

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

DRUCK

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

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_Bodelschwingsche Stiftungen Bethel, Hilla Südhaus_Ev. Johanneswerk GmbH

Universität Bielefeld, Zentrum für Diabetes, Nieren- und Hochdruckkrankheiten MVZ GmbH
©iStock.com/miodrag ignjatovic, Chalabala, Iuliia Zavalishina, PeopleImages, igoriss, Jelena Stanojkovic, g-stockstudio, StefaNikolic,
DragonImages, Halpoint



DEUTSCHE **FACHPFLEGE**

HÄUSLICHE
VERSORGUNG, WOHN-
GEMEINSCHAFTEN,
STATIONÄRE EINRICH-
TUNGEN, TAGES- UND
KURZZEITPFLEGE

WEIL NÄHE ZÄHLT.

Als Verbund von rund 90 Pflegedienste bieten wir deutschlandweit das gesamte Spektrum der Pflege an – auch bei Ihnen um die Ecke, hier in OWL. Wir pflegen Pflegebedürftige jeden Alters genau wie Kinder und Erwachsene, die auf Intensiv- und Beatmungspflege angewiesen sind. Eines eint übrigens uns alle: Die DEUTSCHEFACHPFLEGE ist beispielgebend und setzt Maßstäbe für die qualitativ hochwertige Versorgung Pflegebedürftiger aller Pflegegrade. Finden wir gemeinsam heraus, welche Versorgungsform am besten zu Ihnen passt.

0800 306 550 02

WWW.DEUTSCHEFACHPFLEGE.DE

