

4. Sitzung Kommunale Präventions- und Gesundheitskonferenz

– Protokoll –

Datum: 16.01.2019
Zeit: 14:00–16:00 Uhr
Ort: Akademie Mont-Cenis, Bürgersaal
Sitzungsleitung: Dr. Katrin Linthorst
Protokoll: Laura Hahn/Lisa Binse

Tagesordnung

1. Begrüßung
2. Genehmigung des Protokolls der letzten Sitzung
3. Präventive Maßnahmen bei krankhaftem Übergewicht einschließlich Chirurgie
4. Handlungsfeld „Medizinische Versorgung in Herne“
5. Ausblick auf 2019
6. Sonstiges

1. Begrüßung

Dr. Katrin Linthorst, Fachbereich Gesundheit, begrüßt alle Teilnehmenden zur 4. Sitzung der Kommunalen Präventions- und Gesundheitskonferenz (KPGK) und gibt das Wort an Stadtrat Johannes Chudziak weiter, der alle Anwesenden begrüßt und in das Thema einleitet.

2. Genehmigung des Protokolls der letzten Sitzung

Das Protokoll der 3. Sitzung der Kommunalen Präventions- und Gesundheitskonferenz wurde ohne Änderung genehmigt.

3. Präventive Maßnahmen bei krankhaftem Übergewicht einschließlich Chirurgie

Prof. Dr. med. Matthias Kemen, Chefarzt der Klinik für Allgemeine und Viszeralchirurgie am Ev. Krankenhaus Herne, leitet in das Schwerpunktthema „Übergewicht und Adipositas“ ein und behandelt in seinem Vortrag Fragen wie „Was ist Adipositas?“ und „Wodurch kommt es zum Übergewicht?“. Er informiert auch über die Folgen von Adipositas und über die Behandlungsmöglichkeiten. Darüber hinaus stellt er die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung (2012–2017) der Stadt Dortmund vor. Details sind in den Folien der angehängten PPT-Präsentation (Datei: „TOP3_KPGK“) nachzulesen. Eine Operation ist eine Ultima Ratio: Die möglichen Risiken einer Operation müssen gegen die Risiken abgewogen werden, die das Nichtstun mit sich bringen kann. Die Nachfrage, ob es auch zu Komplikationen während oder nach der Operation kommen kann, beantwortet Prof. Kemen mit „Ja“, der Prozentsatz ist aber gering und schließt auch Patienten mit ein, die diverse Vorerkrankungen haben. Eine weitere Nachfrage zielt darauf ab, ab welchem Alter die Operationen durchgeführt werden – laut Prof. Kemen ab 18 Jahren, nach oben hin bestehe keine Altersgrenze.

4. Handlungsfeld „Medizinische Versorgung in Herne“

Dr. med. Kerstin Fritz und Dr. med. Heinz-Johann Struckhoff, Ärzteverein Herne und Wanne-Eickel, stellen das Handlungsfeld „Medizinische Versorgung und Vernetzung in Herne“ vor. Die Aufgaben der einzelnen Akteure im Detail sind...

- **Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe:** Zulassung, Überprüfung, Weiterbildung, Umsetzung der Vorgaben des Gesundheitsministeriums

- **Ärztekammer:** Versorgungswerk, Aus- und Weiterbildung
- **Ärzteverein Herne und Wanne-Eickel:** Organisation vor Ort, Bereitstellung und Weitergabe berufspolitischer Informationen, Weiterbildung
- **Qualitätszirkel:** fachinterne und fachübergreifende Weiterbildung mind. 4x/Jahr, kollegialer Austausch, Fort- und Weiterbildung

Schnittstellen entstehen u. a. über ehrenamtliche Tätigkeit in verschiedenen Gremien, z. B. in Beiräten, im Vorstand der Ärztekammer Bochum oder über einen regelmäßigen Kontakt zu den Krankenhauschefsärzten.

Eine hohe Facharztdichte und eine enge Vernetzung kennzeichnet die medizinische Versorgung in Herne und verbessert die Patientenversorgung enorm. Die Influenza-Impfquote kann in Herne als „gut“ bezeichnet werden. Bei der Herausforderung schwer zu pflegender Personen in Altenpflegeeinrichtungen bietet das Heimversorgungsgesetz Möglichkeiten zur Vergütung.

Der landesweite Ärztemangel macht sich auch in Herne v. a. durch eine schwierigere Nachbesetzung der Praxen bemerkbar. Darauf wird im Bezirk Herne/Bochum reagiert und an verschiedenen Stellschrauben gedreht. Bundesweit belegt Herne Platz 3, was die Anzahl der Krankenhausärzte in Bezug zu den Einwohner*innen betrifft. Der palliativmedizinische Dienst Herne arbeitet an der Grenze seiner Leistungsfähigkeit.

Informationen zur **Notdienstpraxis am Ev. Krankenhaus Herne:**

- Besetzung der Notdienste ist Aufgabe des Ärztevereins
- Rund 16.000 Patientenkontakte/Jahr
- Versorgung durch hausärztlichen Bereitschaftsdienst
- Wird von den Ärzten finanziert

Detaillierte Informationen zur „Medizinischen Versorgung in Herne“ sind in der angehängten PPT-Präsentation nachzulesen („TOP4_KPGK“ sowie „TOP4_Notfallversorgung_KPGK“). In der anschließenden Fragerunde folgt eine konkrete Nachfrage zur medizinischen Versorgung eines Patienten mit einer geistigen Behinderung: Wie soll man sich verhalten, wenn die Behandlung abgelehnt wird? In solchen Fällen bietet Dr. Struckhoff seine telefonische Unterstützung an. Auf die Nachfrage, wie das Verhältnis zu niedergelassenen Zahnärzt*innen und Psychotherapeut*innen ist, antwortet Dr. Struckhoff, dass es zu wenig Austausch gibt und verstärkt Kontakte hergestellt werden sollten.

5. Ausblick auf 2019

a. Behandlung im Voraus planen (Dr. med. Holger Wißuwa)

Dr. Holger Wißuwa, ärztlicher Leiter Rettungsdienst, stellt das Thema anhand der zentralen Frage „Wie lassen sich Vorsorgeinstrumente wie Patientenverfügungen in der Praxis etablieren?“ sowie eines Beispiels aus dem Rettungs- und Notfallwesen vor. Details sind den Folien der angehängten PPT-Präsentation (Datei: „TOP5_KPGK“) zu entnehmen. Am Dienstag, den 26. März 2019, findet hierzu eine Veranstaltung mit dem Titel „Patientenautonomie (auch) im Notfall?! – Das Konzept Behandlung im Voraus planen, auch für Herne?“ ab 16:00 Uhr im Bürgersaal der Akademie Mont-Cenis statt.

b. Schlaganfallversorgung in Herne (Lisa Binse)

Lisa Binse, Geschäftsstelle der KPGK, stellt das Thema vor und informiert über die aktuelle Ausgangslage der Schlaganfallversorgung in Herne. Im Allgemeinen ist Herne gut aufgestellt. Es gibt eine Stroke Unit (Schlaganfallspezialstation) im Ev. Krankenhaus Herne, rehabilitative Einrichtungen und therapeutische Angebote für Schlaganfallpatient*innen.

Dennoch besteht Handlungsbedarf: Seitens der Patient*innen sind die Informationsbedürfnisse sehr hoch. Auf dem Gebiet der Symptomerkennung besteht

weiterhin Aufklärungsbedarf. Eine Empfehlung zur Einführung einer Projektgruppe befürwortet die Mehrheit der Anwesenden.

6. Sonstiges

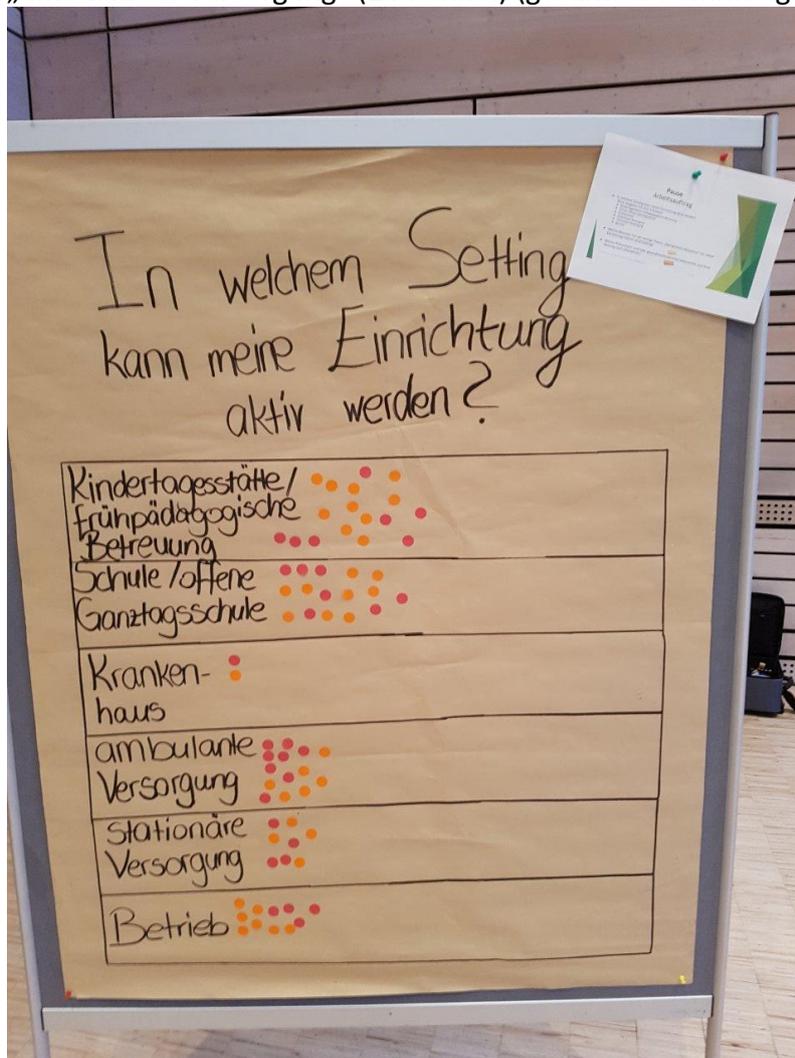
Die nächste Sitzung der Kommunalen Präventions- und Gesundheitskonferenz findet am Mittwoch, 26. Juni 2019, von 14:00 bis 16:00 statt. Der Ort wird noch bekannt gegeben.

Ergebnisse des Arbeitsauftrags während der Pause

Die Teilnehmenden hatten während der Pause die Gelegenheit, das Schwerpunktthema „Übergewicht und Adipositas“ anhand folgender Fragen zu vertiefen:

1. In welchem Setting kann meine Einrichtung aktiv werden?
2. Welche Relevanz hat das heutige Thema „Übergewicht/Adipositas“ für meine Einrichtung/meinen Arbeitsalltag?
3. Welche Präventions- und/oder gesundheitsförderlichen Maßnahmen sind Ihrer Meinung nach erforderlich?

Die erste Frage konnte mit maximal drei Punkten pro Person priorisiert werden. Die meisten Nennungen erhielt das Setting „Kindertagesstätte/frühpädagogische Betreuung“ (17 Punkte), gefolgt vom Setting „Schule/offene Ganztagschule“ (16 Punkte) und der „ambulanten Versorgung“ (14 Punkte) (gesamtes Stimmungsbild siehe Abbildung unten).



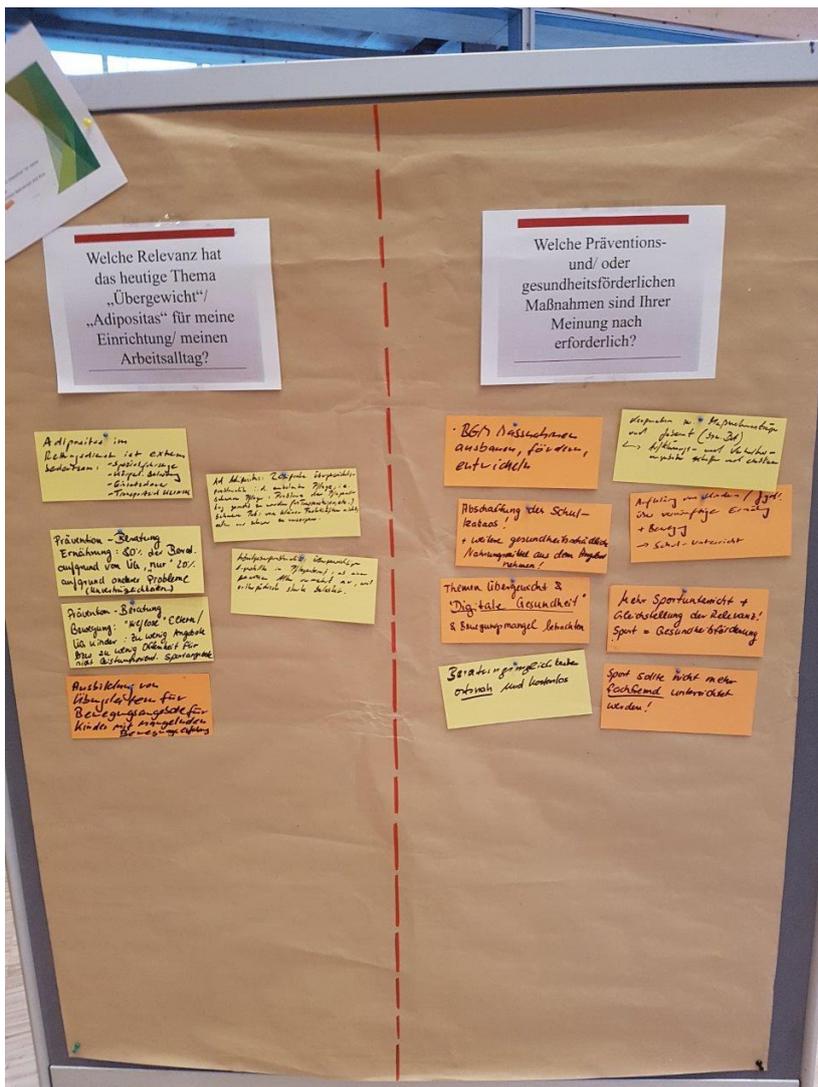
Zusammengefasst wurden folgende Themen bei der Beantwortung der zweiten Frage genannt (Details siehe Abbildung unten):

- **Adipositas im Rettungsdienst:** Spezialfahrzeuge, körperliche Belastung, Einsatzdauer, Transportziel Klinik

- **Übergewichtige Angestellte im Pflegeberuf:** orthopädische Belastung und damit vermehrte AU-Tage, Probleme, dem Pflegealltag gerecht zu werden
- **Übergewichtige Patient*innen:** von zierlichen Fachkräften nicht oder nur schwer zu versorgen
- **In der Beratungstätigkeit:**
 - Bzgl. Ernährung 80 % der Beratungen aufgrund von Übergewicht
 - Bzgl. Bewegung zu wenig Angebote bzw. zu wenig Offenheit für nicht leistungsorientierte Sportangebote seitens der Eltern
- **Ausbildung von Übungsleiter*innen für Bewegungsangebote** für Kinder mit mangelnden Bewegungserfahrungen

Folgende Themen beziehen sich auf die Beantwortung der dritten Frage (Details siehe Abbildung unten):

- **Beratungsmöglichkeiten:** ortsnah und kostenlos
- **Kooperation** zwischen Maßnahmenträgern und JobCenter bzw. Bundesagentur für Arbeit
- **Schule und Unterricht:** Aufklärung über gesunde Ernährung und Bewegung, Abschaffung des Schulkakaos und weiterer gesundheitsschädigender Nahrungsmittel
- **Sportunterricht:** nicht länger fachfremd, verstärktes Angebot, Sport = Gesundheitsförderung
- **Digitale Gesundheit, Bewegungsmangel und Übergewicht** betrachten
- **BGM-Maßnahmen** ausbauen, fördern und entwickeln



4. Sitzung der Kommunalen Präventions- und Gesundheitskonferenz

16. Januar 2019 | Akademie Mont-Cenis
Fachbereich Gesundheit, Abteilung Gesundheitsförderung und -planung



Begrüßung

Johannes Chudziak, Stadtrat

Dezernent für Soziales, Gesundheit, Öffentliche Ordnung und Sport

Gliederung

- ▶ Genehmigung des Protokolls der letzten Sitzung
- ▶ Präventive Maßnahmen bei krankhaftem Übergewicht einschließlich Chirurgie (Prof. Dr. med. Matthias Kemen)
- ▶ Handlungsfeld „Medizinische Versorgung in Herne“ (Dr. med. Kerstin Fritz/Dr. med. Heinz-Johann Struckhoff)
- ▶ Pause
- ▶ Ausblick auf 2019
 - ▶ Behandlung im Voraus planen (Dr. med. Holger Wißuwa)
 - ▶ Schlaganfallversorgung in Herne (Lisa Binse)
- ▶ Sonstiges

Genehmigung des Protokolls

Lisa Binse

Fachbereich Gesundheit, Geschäftsstelle der KPGK

Übergewicht / Adipositas

Daten aus dem
Präventions-
monitoring



Querschnitts-
orientierung/
Inter-
disziplinarität
notwendig

Präventive Maßnahmen bei krankhaftem Übergewicht einschließlich Chirurgie

Prof. Dr. med. Matthias Kemen

Präventive Maßnahmen bei krankhaftem Übergewicht einschließlich Chirurgie

Chefarzt: Prof. Dr. med. Matthias Kemen



Was wir heute zusammen besprechen:

- Einleitung & Vorstellung
- Adipositas
- Folgen der Adipositas
- Chirurgische Optionen
- Fragen und Antworten



Was ist Adipositas?

Was ist Adipositas?

- Adipöse Menschen besitzen zu viel Körperfett
- Zu viel Körperfett führt häufig zu gesundheitlichen Problemen
- Die moderne Ansicht ist, dass Adipositas eine chronische Erkrankung ist, die eine Behandlung erfordert. (WHO 2000)
- In Deutschland ist Adipositas nicht als Krankheit anerkannt, wird aber als solche eingestuft. (S3-Leitlinien S.16)
- Vorkommen :
 - Bevölkerung in Deutschland : ~ 82Mio.
 - Davon mit einem BMI über 35: ~ 7 Mio.
 - Davon mit einem BMI über 30: ~ 25 Mio.



Adipositas ist eine Erkrankung, bei der Menschen zu viel Körperfett haben. Dieses überschüssige Körperfett führt oft zu weiteren Gesundheitsproblemen wie Diabetes Typ 2, Asthma, Herzleiden, Bluthochdruck, Schlafapnoe und Arthrose.

Die Adipositas wird immer mehr als permanente Erkrankung angesehen, die behandelt werden muss.

Adipositas: Häufigkeit in Deutschland

	Übergewichtig (BMI 25-30)	Adipös (BMI > 30)
Männer	52,9%	22,5%
Frauen	35,6%	23,3%

Studie 2012 der International Association for the Study of Obesity (IASO)
(Daten für Deutschland beruhen auf Befragung)

→ **Europameister**
Tschechen, Zyprioten und Briten überholt!

Wodurch wird Adipositas verursacht?

Fettleibigkeit tritt auf, wenn mehrere Einflüsse zusammentreffen:

- Die Gene, die Ihnen von Ihren Eltern vererbt wurden
- Wie gut Ihr Körper Nahrung in Energie umwandeln kann
- Ihre Ess- und Bewegungsgewohnheiten
- Ihr Umfeld
- Psychologische Faktoren



Eine Kombination von ineinandergreifenden Faktoren trägt zur Entstehung von Adipositas bei.

Wenn andere Mitglieder Ihrer Familie übergewichtig oder adipös sind, können Sie Gewichtsprobleme bereits geerbt haben.

Ihr Stoffwechsel, also die Art, wie Ihr Körper Energie aus Nahrungsmitteln gewinnt, spielt auch eine Rolle dabei, ob Sie an Adipositas erkranken oder nicht.

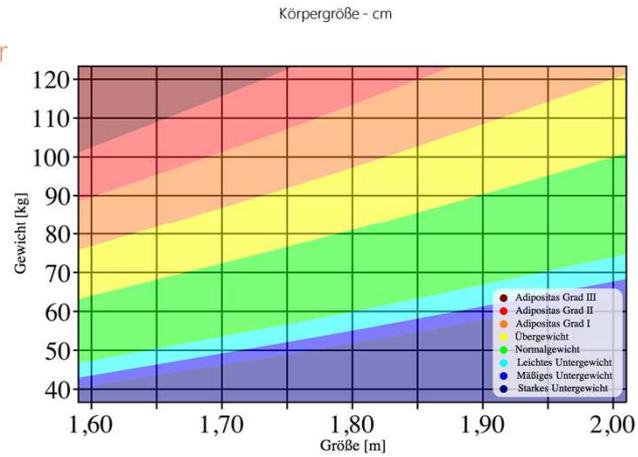
Ihre Ess- und Bewegungsgewohnheiten wirken sich ebenfalls auf Ihr Gewicht aus.

Ihr Essverhalten wird auch durch Ihr Umfeld beeinflusst. So essen Sie beispielsweise mehr, wenn Sie sich in einem geselligen Kreis befinden oder wenn Sie Lebensmittel sehen oder riechen können. Auch Ihre Stimmung kann zu Ihren Gewichtsproblemen beitragen. So essen Sie möglicherweise mehr, wenn Sie gestresst, verärgert oder deprimiert sind.

Adipositas und der Body-Mass-Index (BMI)

Der BMI gibt das Verhältnis von Körpergewicht zu Körpergröße als Zahl wieder und ist ein grobes Maß für Adipositas

Gewichtskategorie	BMI (kg/m ²)
Gesundes Gewicht	18,5-24,9
Übergewicht	25-29,9
Adipositas	30-34,9
Starke Adipositas	35-39,9
Krankhafte Adipositas	≥40



Eine Methode zur Berechnung Ihres Körperfettanteils ist der Body-Mass-Index (BMI). Ihr BMI errechnet sich aus Ihrem Gewicht und Ihrer Körpergröße.

Ihren BMI können Sie mithilfe einer BMI-Tabelle ermitteln, wie sie hier abgebildet ist.

Adipositas und Taillenumfang

Taillenumfang

Eine weitere wichtige Größe ist der Taillenumfang.
Der Taillenumfang alleine sagt viel über das zu erwartende Krankheitsrisiko aus.

Risiko für metabolische und kardiovaskuläre Komplikationen	Taillenumfang	
	Frauen	Männer
Erhöht	> 79 cm	> 93 cm
Deutlich erhöht	> 87 cm	> 101 cm

Verhältnis Taillen- zu Hüftumfang

Setzt man nun den Taillenumfang in Verhältnis zu Hüftumfang, so resultiert eine Zahl, die als WHR (waist-hip-ratio) bezeichnet wird.



$$\text{WHR (waist-hip-ratio)} = \frac{\text{Taillenumfang}}{\text{Hüftumfang}}$$



Eine Methode zur Berechnung Ihres Körperfettanteils ist der Body-Mass-Index (BMI). Ihr BMI errechnet sich aus Ihrem Gewicht und Ihrer Körpergröße.

Ihren BMI können Sie mithilfe einer BMI-Tabelle ermitteln, wie sie hier abgebildet ist.

Adipositas gibt es in verschiedenen Stadien



Der ideale BMI liegt zwischen 19 und 25.

Wenn Ihr BMI zwischen 25 und 29,9 liegt, gelten Sie als übergewichtig.

Wenn er zwischen 30 und 39,9 liegt, sind Sie adipös (fettleibig).

Bei einem BMI von 40 oder mehr leiden Sie unter *morbider* Adipositas.

Der Begriff "morbide" Adipositas wird verwendet, weil diese Menge an Übergewicht Ihre Lebenserwartung beträchtlich verkürzen kann und mit einem erhöhten Risiko einhergeht, Erkrankungen oder Zustände wie Diabetes, Bluthochdruck, Gelenkprobleme, Gallensteine, Schlaganfall, Herzleiden und psychosoziale Probleme zu entwickeln.

Adipositas bei Kindern

Schuleingangsuntersuchung
2012–2017



OSKAR

Übergewicht und
Körperkoordination

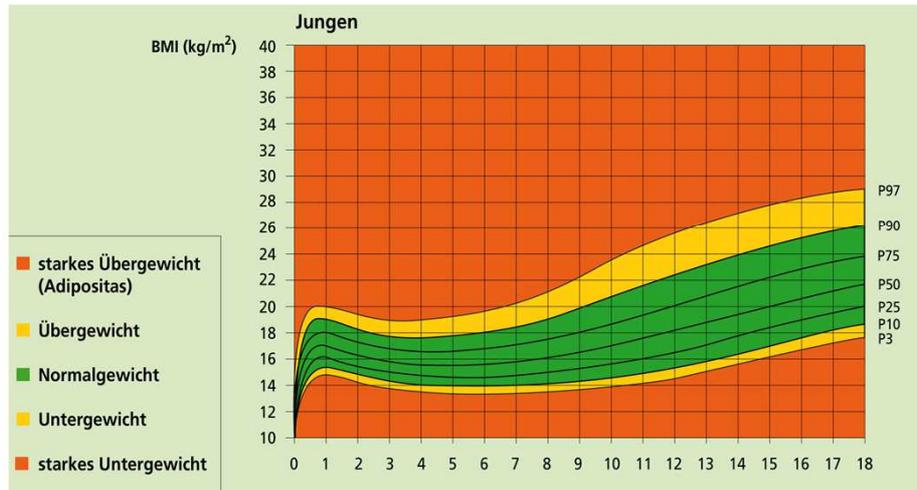
2018

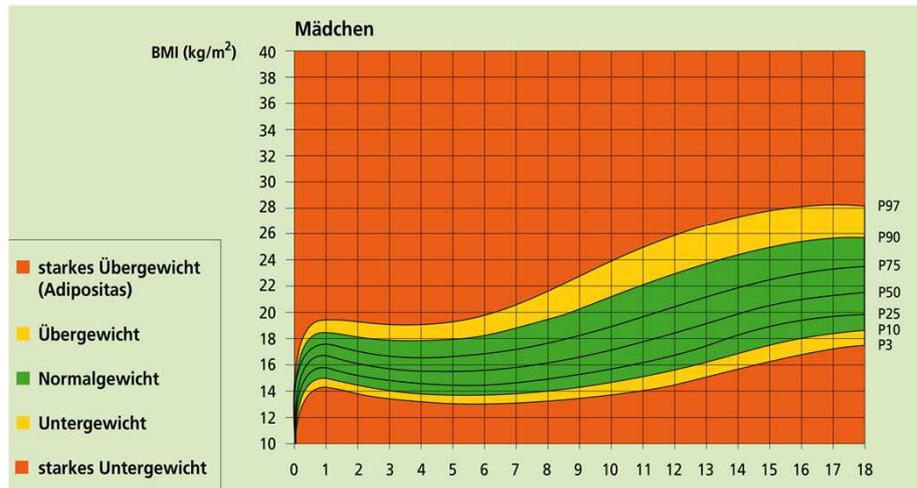


Klasse2000®
STARK UND GESUND IN DER GRUNDSCHULE

Stadt Dortmund
Gesundheitsamt



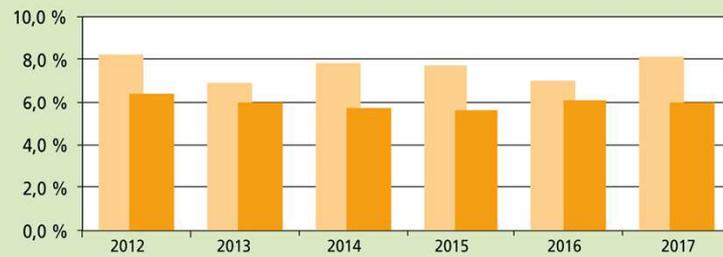




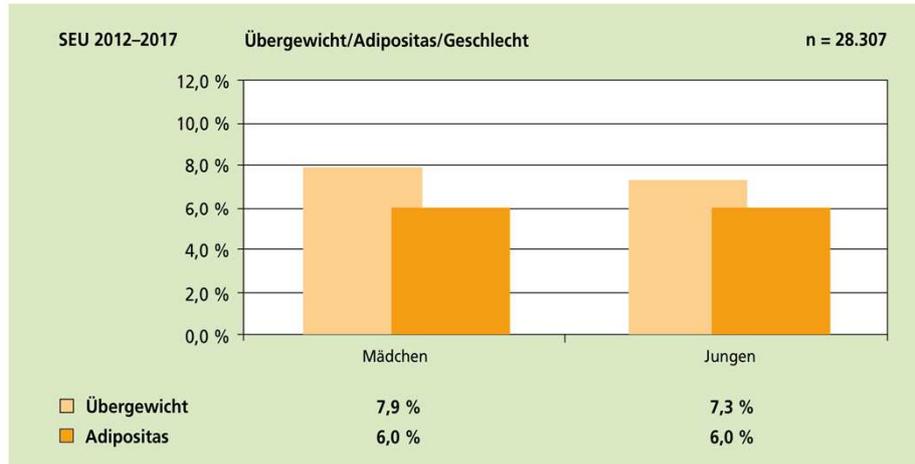
SEU 2012–2017

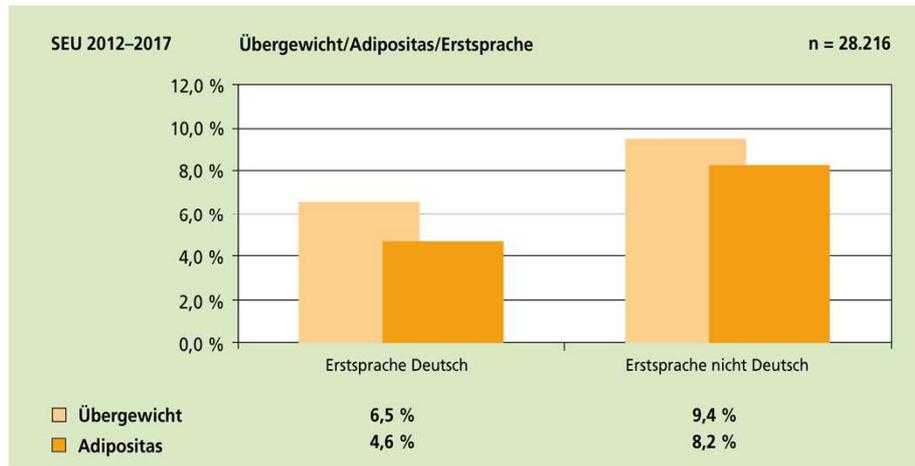
Adipositas/Übergewicht/Jahresvergleich

n = 28.311



	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Übergewicht	8,2 %	6,9 %	7,8 %	7,7 %	7,0 %	8,1 %
Adipositas	6,4 %	6,0 %	5,7 %	5,6 %	6,1 %	6,0 %

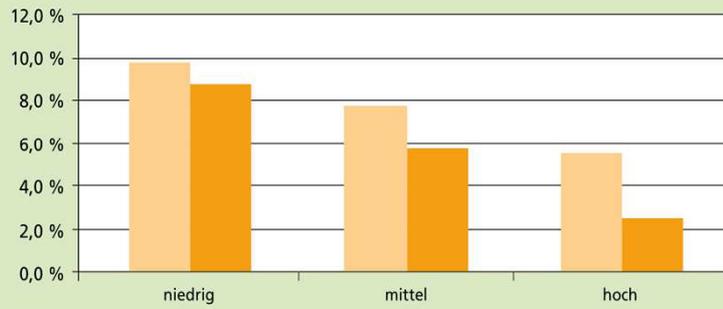




SEU 2012-2017

Gewicht/Bildungsindex

n = 19.027



Übergewicht
Adipositas

9,8 %
8,8 %

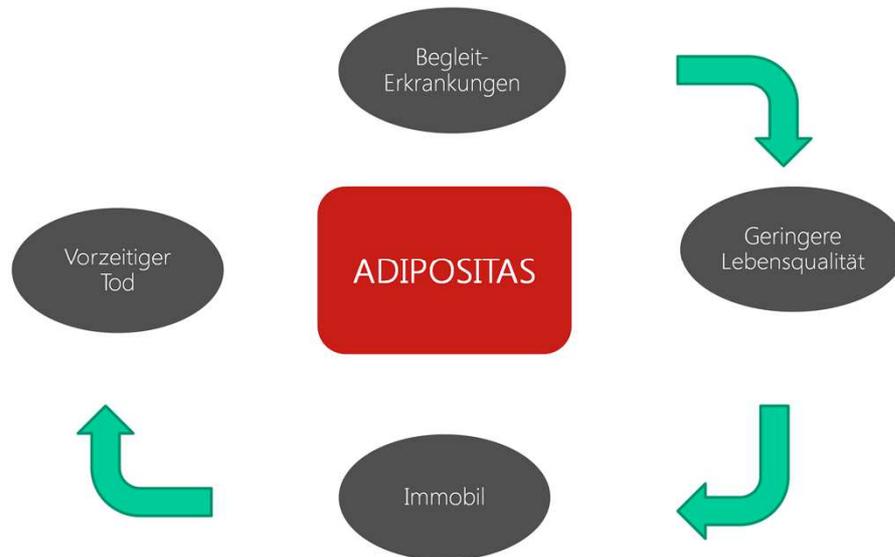
7,8 %
5,8 %

5,5 %
2,5 %



Folgen von Adipositas

Folgen von Adipositas



Adipositas kann weitreichende Auswirkungen haben.

Sie erhöht das Risiko für Begleiterkrankungen, Invalidität und Sterblichkeit und verschlechtert die Lebensqualität des Patienten.

Es ist nicht überraschend, dass die Kosten für Arzneimittel bei adipösen Patienten deutlich höher sind als bei nicht adipösen Patienten.

Schwierigkeiten im Alltag

Normale Aufgaben fallen adipösen Menschen schwerer:

- Bewegungen fallen schwerer
- Schnelles Ermüden
- Kurzatmigkeit

Sitze in Bussen und Flugzeugen oder in Autos werden zu eng

Die Körperpflege wird zur Herausforderung

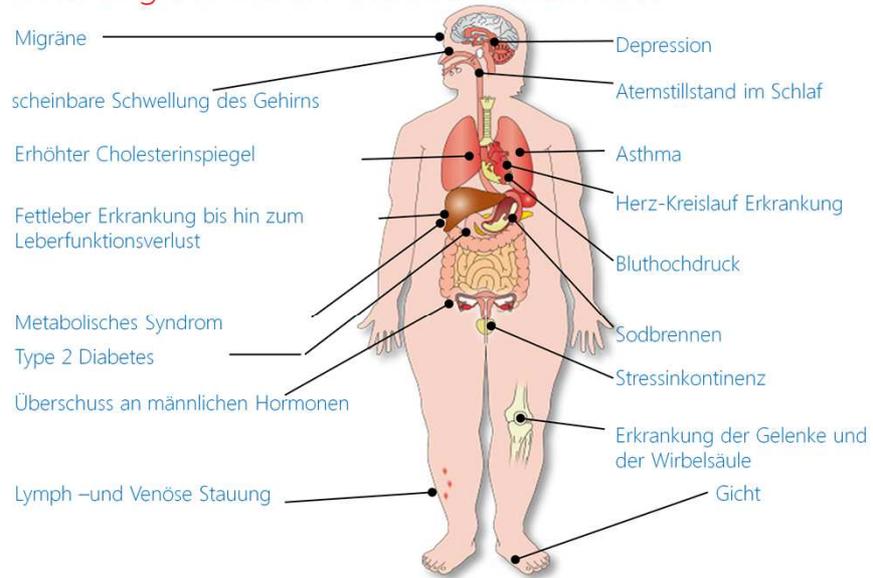


Alltägliche Aktivitäten werden mit zunehmendem Übergewicht immer schwieriger. Durch das Mehrgewicht fallen Bewegungen schwerer und Sie ermüden schneller.

Da die Sitze in Bussen und Flugzeugen oder in Autos für normalgewichtige Menschen entworfen werden, können sie für Sie zu eng sein.

Selbst die Körperpflege kann für schwer adipöse Menschen zum Problem werden. Wenn Sie mit Ihren Armen nicht mehr alle Stellen Ihres Körpers erreichen können, wird es schwierig, den Körper sauber zu halten.

Erhöhung der frühen Sterblichkeit um 98%



Das Verhältnis zwischen BMI und Sterblichkeit

Im Durchschnitt ist jede Erhöhung des BMI über 25 und zwar jeweils bei weiteren 5 kg/m² mit einer 30 % höheren Gesamtsterblichkeitsrate verbunden (hauptsächlich aufgrund vaskulärer Erkrankungen).

- Bei einem BMI von 30 - 35 verringert sich die Lebenserwartung um 4 - 8 Jahre
- Bei einem BMI von 40 - 45 verringert sich die Lebenserwartung um 9 - 14 Jahre
(dies ist mit den Folgen von Rauchen vergleichbar)



Quelle: *The Lancet* Online veröffentlicht 2009 DOI: 10.1016/80140-6736(09)60318-4.

Literatur:

1. Prospective Studies Collation. Body-Mass Index and cause-specific mortality in 900,000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *The Lancet* Online veröffentlicht 2009 DOI: 10.1016/80140-6736(09)60318-4.

Risiken für das psychologische und soziale Wohlbefinden

Worüber kaum einer spricht

- Negatives Selbstverständnis
- Mobbing
- Diskriminierung
- Soziale Isolierung
- Depression



Menschen mit einem Gewichtsproblem haben oft ein negatives Selbstverständnis. Die Umwelt, in der sie leben und arbeiten, kann dies verstärken. Adipöse Kinder werden beispielsweise in der Schule gehänselt oder haben nur wenige Freunde.

Wenn Sie schwer adipös sind, sind Sie vielleicht sozial isoliert. Wenn es für Sie schwierig ist, Kleidung zu kaufen, die auch gut aussieht, vermeiden Sie womöglich gesellschaftliche Funktionen und bleiben bei Ereignissen, bei denen es um Bewegung geht, außen vor.

Viele adipöse Menschen berichten von Schwierigkeiten bei der Arbeitssuche, da einige Arbeitgeber Bewerber aufgrund ihres Aussehens vorverurteilen.



Behandlungsoptionen

Behandlungsoptionen

Die Behandlung der Fettleibigkeit fußt immer auf 3 Säulen!



Anti-Adipositas-Medikamente

- Einnahme über einen kürzeren Zeitraum möglicherweise nicht effektiv^{1,2,3,4}

Chirurgische Eingriffe (bei geeigneten Patienten)
Langfristig am effektivsten



Die Folgen von Adipositas sind ganz offensichtlich für Einzelpersonen wie auch für die Gesellschaft dramatisch.

Glücklicherweise gibt es mittlerweile zahlreiche Behandlungsmöglichkeiten. Einige erzielen bessere Ergebnisse als andere.

Diät und Bewegung, die typischen empfohlenen Methoden, sind beide wichtig, führen jedoch allein angewendet nur selten zu einer langfristigen Gewichtsreduktion - durchschnittlich nur 5 -10 % EWL (Excess weight loss) [1,2,3].

Neueren Behandlungsmethoden wie der Verabreichung von Medikamenten fehlt ebenfalls die Langzeitwirkung - durchschnittlich 5 - 10 % EWL [1,2,3,4].

Die Adipositaschirurgie, bei der es mehrere verschiedene Techniken gibt, ist die einzige Behandlungsoption, die nachweislich langfristig effektiv ist. Mehr als 50 % EWL über 10 Jahre beibehalten) [2,3].

Literatur:

1. Dixon JB, O'Brien PE. Health outcomes of severely obese type 2 diabetic subjects 1 year after laparoscopic adjustable gastric banding. *Diabetes Care*. 2002;**25**(2): 358-363.
2. O'Brien PE, McPhail T, Chaston TB u.a. Systematic review of medium-term weight loss after bariatric operations. *Obes Surg*. 2006;**16**(8):1032-1040.

3. Fisher, BL, Schauer, P. Medical and surgical options in the treatment of severe obesity. *American Journal of Surgery*. 2002; Volume 184 (6B)
4. Wierzbicki, A. Rimonabant: Endocannabinoid inhibition for the metabolic syndrome. *Int J Clin Pract*. 2006;**60**(12):1697-1706.

Fast-Food Verzehr bei Jugendlichen (12-17 Jahre) in Deutschland

	Jungen	Mädchen
mittlerer Fast-Food Verzehr am Tag	252 kcal (7,7 En. %)	126 kcal (5,5 En. %)
Anteil der Jugendlichen mit einem Verzehr von >250kcal/d über Fast-Food	73%	27%
mittlere Anzahl der verzehrten Portionen pro Woche	2,7 - 5,1	1,8
Veränderung des Verzehrs mit steigendem Alter	Anstieg	nahezu konstant

Erhebung mittels Verzehrshäufigkeits-Interview für einen Zeitraum von 4 Wochen)

EsKiMo Studie 2012



Behandlungsoptionen

MMK - Multimodales Konzept

Zur erfolgreichen Gewichtsreduzierung wird die Durchführung eines multimodalen Konzepts empfohlen. Die meisten Krankenkassen setzen die Durchführung eines multimodalen Konzepts für die Kostenübernahme einer bariatrischen Operation voraus.

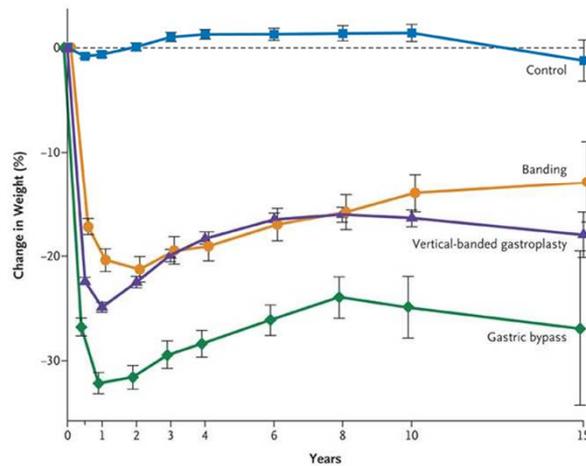
Kostenübernahmen werden in der Regel nur dann befürwortet, wenn das multimodale Therapiekonzept zu keinem nachhaltigen Erfolg geführt hat. Eine bariatrischen Operation wird nur als "letzte Chance" (Ultima Ratio) angesehen.

Teile des MMK können beinhalten:

Ernährungstherapie, Bewegungstherapie, Verhaltenstherapie,
Medikamentöse Behandlung.

Chirurgie ist lange wirksam

*Sjostrom L et al. N Engl J Med
2007;357:741-752*



No. Examined	0	1	2	3	4	6	8	10	15
Control	2037	1768	1660	1553	1490	1281	982	886	190
Banding	376	363	357	328	333	298	267	237	52
Vertical-banded gastroplasty	1369	1298	1244	1121	1086	1004	899	746	108
Gastric bypass	265	245	245	211	209	166	92	58	10



Arten der Adipositaschirurgie

Restriktiv

- Beschränkt die Nahrungsaufnahme

Malabsorptiv

- Ändert die Verdauung
- Bewirkt, dass die Nahrung schlecht verdaut und vollständig aufgenommen wird

Kombiniert

- Kürzung des Verdauungstrakts und Verkleinerung des Magenvolumens

Die Behandlung von Adipositas mit chirurgischen Mitteln

Konservativ



Magenballon

Einstellbar & restriktiv



Magenband

Restriktiv



Sleeve/
Schlauchmagen

Restriktiv & Malabsorptiv



Magenbypass



Die vertikale bandverstärkte Gastroplastik ist ein restriktives Verfahren. Der Chirurg bildet mit Klammern eine kleine Magentasche. Dadurch wird die Nahrungsmenge, die der Magen aufnehmen kann, reduziert. Sie fühlen sich schneller satt und essen weniger. Der Magen verdaut die aufgenommene Nahrung wie üblich. Heutzutage wird die vertikale bandverstärkte Gastroplastik weniger häufig eingesetzt als früher.

Das Magenband ist ein einstellbares restriktives Verfahren. Ein auffüllbares Silikonband wird um den oberen Teil des Magens gelegt, um eine kleine Tasche zu bilden. Diese neue, kleine Magentasche kann nur eine kleine Menge Nahrung auf einmal aufnehmen und durch den verkleinerten Magenausgang entleert sich der Magen langsamer. So fühlen Sie sich schneller satt und essen weniger. Die besondere Eigenschaft des Magenbands ist die Möglichkeit, das Band einzustellen und so die individuelle Gewichtsreduktion zu kontrollieren.

Die biliopankreatische Diversion ist ein malabsorptives Verfahren. Bei diesem Eingriff werden rund drei Viertel des Magens entfernt und die Magentasche wird mit dem letzten Segment des Dünndarms verbunden. Folglich werden Nährstoffabsorption und Kalorienaufnahme durch die BPD stark reduziert.

Der Magenbypass ist sowohl ein restriktives als auch ein malabsorptives Verfahren. Bei diesem Eingriff wird der Magen zuerst geklammert, um einen kleineren Magenraum herzustellen, an den dann ein Teil des Darms befestigt wird. Das Ergebnis ist, dass Sie weniger Nahrung und somit auch weniger Nährstoffe und Kalorien zu sich nehmen können. Die Änderungen an Magen und Darm sind permanent.

Die beiden in Europa am häufigsten verwendeten bariatrischen Eingriffe sind der Magenbypass (GBP) und das Magenband.

Der Magenballon



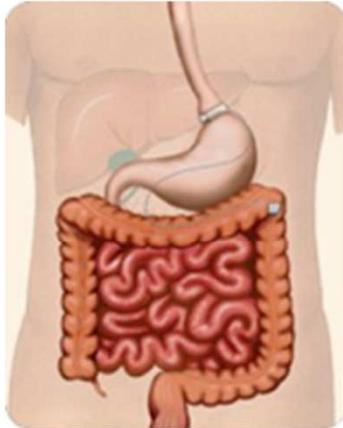
Vorteile

- Einfacher Eingriff über ein Gastroskop
- Keine Narben, keine Eingriffe in den Verdauungstrakt
- Vollständig reversibel
- Minimales Fehlernährungsrisiko - Nährstoffe und Vitamine werden vollständig aufgenommen

Nachteile

- Anfänglich schneller Gewichtsverlust
- Bei Nichteinhaltung der Beratung zum Ernährungskonzept Übelkeit, Erbrechen.
- Tragedauer 6 Monate

Das Magenband



Vorteile

- Einfacher laparoskopischer Eingriff, kurzer Krankenhausaufenthalt: 1 - 3 Tage
- Schonender chirurgischer Eingriff (keine Klammern oder Schnitte im Magen oder Verdauungstrakt)
- Vollständig reversibel und verstellbar
- Minimales Fehlernährungsrisiko - Nährstoffe und Vitamine werden vollständig aufgenommen

Nachteile

- Anfänglicher langsamerer Gewichtsverlust als beim Magenbypass/ Schlauchmagen
- Verschiebung des Magenbandes kann eine Neupositionierung erforderlich machen
- Erosion des Magenbands kann die Entnahme erforderlich machen
- Regelmäßige Nachsorge ist wichtig für optimale Ergebnisse



Das Magenband ist einer der am wenigsten invasiven chirurgischen Eingriffe zur Reduzierung der Nahrungsmenge, die der Magen aufnehmen kann.

Die Magenbandoperation führt nicht zu permanenten Änderungen an Ihrem Magen oder Darm, das Band kann nötigenfalls wieder entfernt werden.

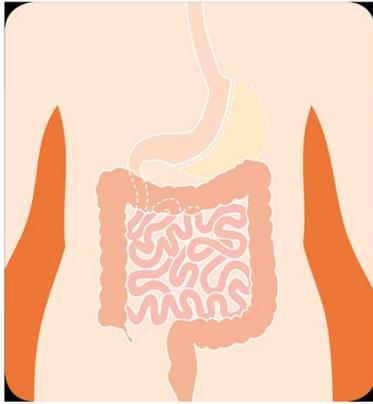
Das Band ist voll einstellbar, um die individuelle Gewichtsreduktion zu kontrollieren.

Da das Magenband eine normale Absorption von Nährstoffen ermöglicht, ist die Gefahr einer Malabsorption geringer als bei malabsorptiven und/oder kombinierten Eingriffen.

Mit dem Magenband können Patienten mit einem allmählichen Gewichtsverlust von durchschnittlich ca. 0,5 bis 1 kg pro Woche im ersten Jahr rechnen.

Für optimale Ergebnisse ist eine regelmäßige Nachsorge mit Ernährungs- und Bewegungsschulungen sowie gegebenenfalls Einstellungen des Magenbands erforderlich.

Schlauchmagen Resektion.



Vorteile

- Schneller anfänglicher Gewichtsverlust
- Geringes Fehlernährungsrisiko
- 2-Phasen-Ansatz soll das Operationsrisiko bei sehr stark übergewichtigen Patienten reduzieren

Nachteile

- Schneiden des Magens kann zu Brüchen an der Klammerlinie führen
- Wird meist nur als vorübergehendes Verfahren betrachtet, zweite Operation erforderlich (und somit erneutes Operationsrisiko)
- Nicht reversibel und nicht einstellbar
- Regelmäßige Nachsorge ist wichtig für optimale Ergebnisse

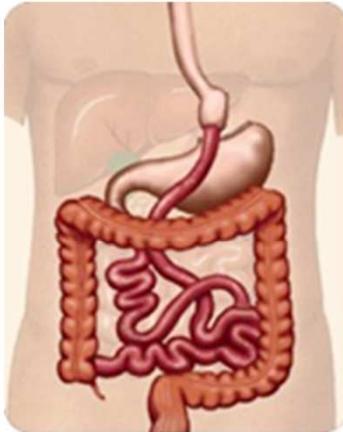
Die Magenverkleinerung ist ein relativ neues Verfahren, das bei manchen Ärzten beliebt ist. Sie empfehlen zur Reduzierung des Risikos der chirurgischen Behandlung von Übergewicht besonders bei sehr stark übergewichtigen Patienten einen Eingriff in zwei Phasen.

Bei diesem restriktiven Verfahren wird der Magen senkrecht von oben bis unten geklammert, so dass nur noch ein bananenförmiger "Schlauchmagen" mit einem Viertel der ursprünglichen Größe übrig bleibt. Der natürliche Magenausgang, der die Entleerung des Magens in den Dünndarm reguliert, bleibt dabei erhalten und damit die normale Magenfunktion.

Durch die Verkleinerung des Magens isst der Patient weniger bis er satt ist und verliert dadurch Gewicht.

Beim zweiphasigen Verfahren wird die Magenverkleinerung je nach Gewichtsreduktion nach 12 bis 18 Monaten in eine biliopankreatische Diversion (BPD) umgewandelt.

Magenbypass



Vorteile

- Schneller anfänglicher Gewichtsverlust
- „Dumping-Syndrom“ (Sturzentleerung des Magens) kann eine Verhaltensänderung unterstützen
- Bietet den Patienten eine weniger restriktive Diät

Nachteile

- Nicht reversibel und nicht einstellbar
- Einschnitte und Klammern erforderlich - dadurch steigt das Bruch- und Infektionsrisiko
- Ein Teil des Verdauungssystems wird deaktiviert, wodurch bestimmte Nährstoffe und Vitamine schlechter aufgenommen werden
- Langer Krankenhausaufenthalt: 4 - 5 Tage
- Regelmäßige Nachsorge ist wichtig für optimale Ergebnisse

Patienten mit einem Magenbypass reduzieren ihr Gewicht von Anfang an sehr schnell. Durchschnittlich nehmen sie stärker ab als Patienten mit einer vertikalen bandverstärkten Gastroplastik oder einem Magenband.

Nachteil beim Magenbypass ist jedoch, dass Einschnitte und Klammern in Magen und Darm erforderlich sind, welche zu mehr Komplikationen führen können, und dass keine Einstellung möglich ist.

Mögliche Risiken und Komplikationen

Sleeve & Bypass

- Einengung im Bereich der Darmnähte und -verbindungen
- Überdehnung des kleinen Vormagens einschl. Entzündung der Speiseröhre
- Überdehnung des unteren "blinden" Magenanteiles mit akuten Beschwerden
- sog. Dumping-Syndrom incl. Durchfall und Kreislaufstörungen durch Genuss bestimmter Kohlenhydrate (Zucker)
- Intoleranz gegenüber diversen Speisen
- Leckagen an den Klammernähten

Magenband

- Verrutschen des Bands und Dilatationen der Magentasche
- Einwachsen des Bandes
- Undichtigkeit des Zugangsports
- Magenverschluss
- Sodbrennen
- Schwere Übelkeit



Wie bei jeder anderen Operation auch können während und nach dem Eingriff Komplikationen auftreten.

Die häufigsten Komplikationen sind Verrutschen, Erosion und Probleme mit dem Zugangsport: sie alle lassen sich durch einen weiteren laparoskopischen Eingriff beheben.

Ein weiteres Risiko entsteht aus der Fähigkeit des Patienten, einen Fremdkörper in seinem Körper zu tolerieren.

Diese Präsentation enthält nicht alle Risiken und Komplikationen, sie sollten jedoch vollständig mit dem Patienten besprochen werden.

Vergleich der Risiken

Zwischen Magenbypass-OP, Schlauchmagen-Op und des Magenbandes

Vergleich der Sterblichkeitsraten

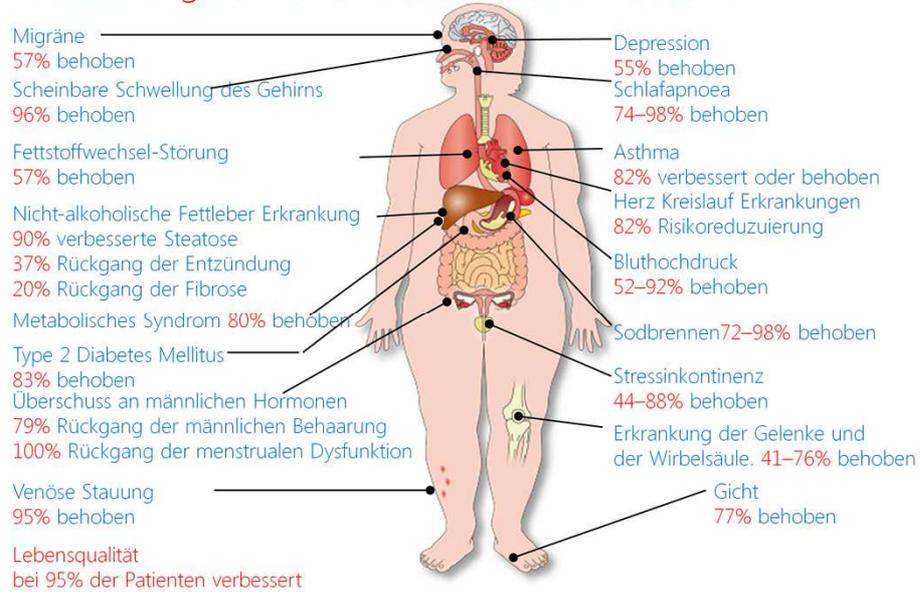
Laparoskopische Magenband-OP	0,05 %
Magenbypass	0,30 %
Schlauchmagen	0,21 %



Literatur:

Chapman A.E., Kiroff G., Game P. *u.a.* Laparoscopic adjustable gastric banding in the treatment of obesity: A systematic literature review. *Surgery* 2004; **135**: 326-351.

Reduzierung der frühen Sterblichkeit um 98% !!





Noch Fragen ?

Vielen Dank !

Handlungsfeld „Medizinische Versorgung in Herne“

Dr. med. Kerstin Fritz und Dr. med. Heinz-Johann Struckhoff

Medizinische Versorgung und Vernetzung in Herne



Struktur



KVWL

Bezirkstelle Bochum-Hagen

Ärztekammer

Bezirksstelle Bochum-Hagen

Praxis

MVZ

Notdienstpraxis

Krankenhaus

KVWL

Bezirkstelle Bochum-Hagen

Ärztekammer

Bezirksstelle Bochum-Hagen

Praxis

MVZ

Notdienstpraxis

Krankenhaus

Ärzteverein

Herne

Wanne-Eickel

KVWL

Bezirkstelle Bochum-Hagen

Ärztekammer

Bezirksstelle Bochum-Hagen

Praxis

MVZ

Notdienstpraxis

Krankenhaus

Qualitätszirkel

fachintern

fachübergreifend

sektorenübergreifend

Ärzteverein

Herne

Wanne-Eickel

Medizinische Versorgung in Herne

➤ Probleme:

- Hoher Ausländeranteil
- Mangelnde Sprachkenntnisse
- Niedriger Bildungsgrad
- Niedriger sozialer Status
- Nachbesetzung der Praxen
- Zukunft der Krankenhäuser

Medizinische Versorgung in Herne

➤ Stärken:

- Hohe Versorgungsdichte
- Enge Vernetzung der Niedergelassenen
- Enge Vernetzung zwischen Krankenhäusern und Niedergelassenen
- Notdienstpraxis
- Hohe Qualifikation
- Heimversorgung

➤ Stärken:

- Notdienstpraxis



Stärken:

Qualifikation am Beispiel Impfrate

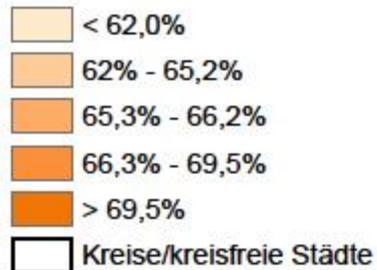


Cluster der Unterimmunisierung (Influenza) bei über 60-Jährigen 2012-2017

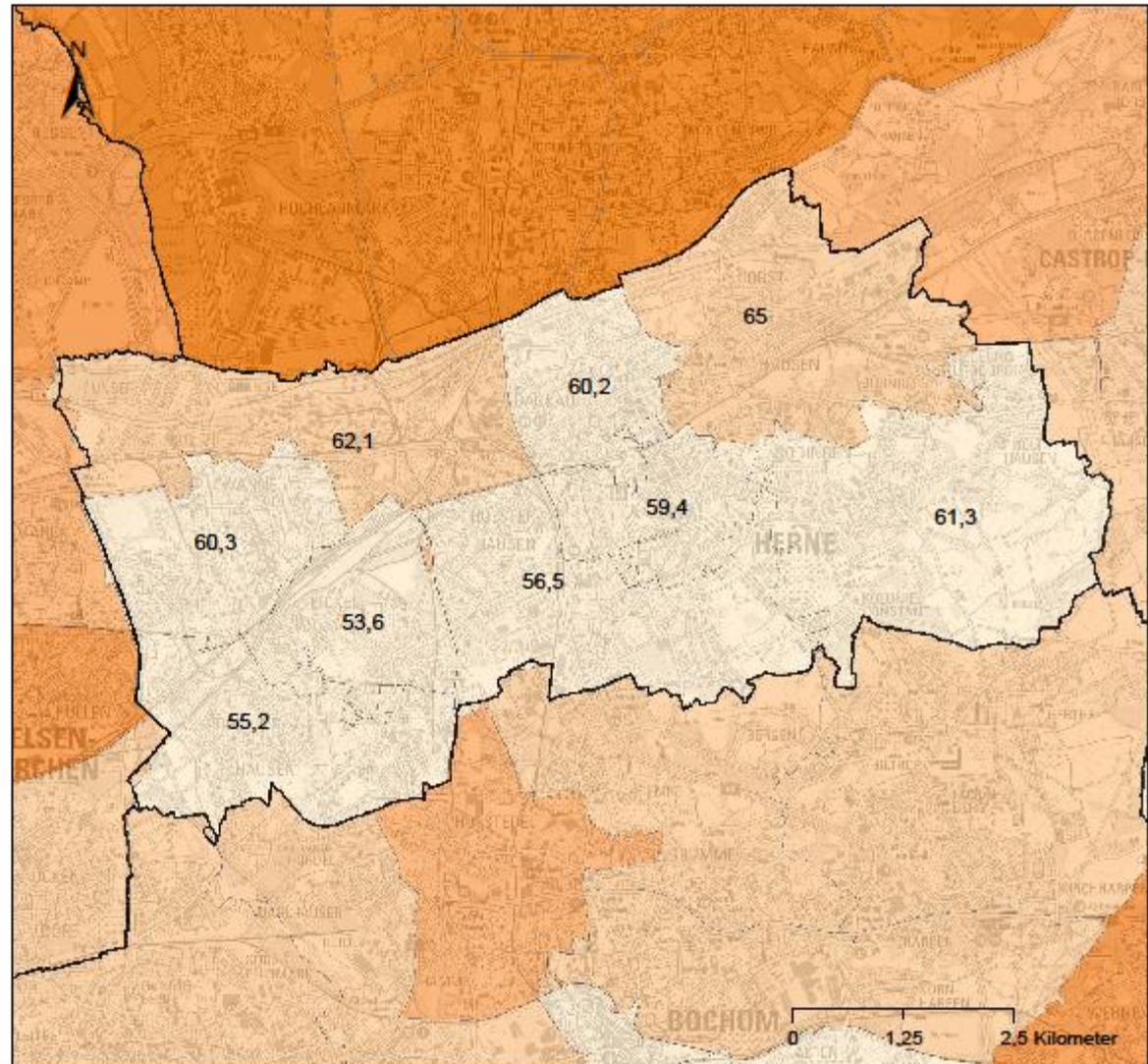
KVWL

Kassenärztliche Vereinigung
Westfalen-Lippe

**Quote unterimmunisierter
Patienten nach PLZ-
Gebieten (\bar{x} =64,9%, n=410,
geometrische Intervalle)**



Kartographie: Sebastian Völker
Daten- und Kartenbasis:
© KVWL
© Land NRW (2017), di-de/by-2-0
(<https://www.govdata.de/di-de/by-2-0>)
Stand: 19.10.2018



➤ Stärken:

- Versorgung der Altenheime



Grundsätze für die Durchführung des Notfalldienstes



- Ziel ist die Sicherstellung einer qualifizierten, zweckmäßigen und **ausreichenden** ambulanten ärztlichen Notfallversorgung der Bevölkerung in Westfalen-Lippe.

Zahl der Patienten in den KVWL-Notfalldienstpraxen

540.000
2012

660.000
2013

700.000
2014

752.000
2015

791.400
2016

803.780
2017



Fehlnutzung der Gesundheitsversorgung: Überversorgung

Was ein medizinischer Notfall ist, bestimmen zunehmend Laien. Denn immer mehr Leute gehen bei Krankheit oder Unfall nicht zuerst zum Hausarzt, sondern sie suchen direkt die Notfallstation eines Spitals auf. Dabei weiche «der Notfall aus Sicht der Patienten immer stärker von der medizinischen Beurteilung ab», klagt ein erfahrener Internist in der Titelgeschichte unter dem Titel «Ab in den Notfall!» von Peter Johannes Meier und Martin Müller.

Die Folgen: lange Wartezeiten, im schlimmsten Fall auch für echte Notfälle, die sich in der Flut der Bagatellen immer schwerer erkennen lassen. Dazu ständig steigende Kosten, denn die Behandlung in einer Notfallstation ist teurer als beim Hausarzt. Die Kosten für Notfallbehandlungen sind in den letzten 14 Jahren um 120 Prozent gestiegen, sagt die KOF, die Konjunkturforschungsstelle der ETH.

«Offenbar kann man Patienten nicht dazu erziehen, den Notfall nur im Notfall aufzusuchen»

- Gesamtkosten Notfalldienst 2018 21 Mio.
- Kosten Notfalldienst pro Patient 25,- €
- Gesamthonorar 70 Mio.

Krankenhausbetten



Krankenhausbetten

Krankenhäuser	Betten	je 100 EW	Stat. Behandlung
Bochum 8	3302	9,1	ca. 140.000
Herne 5	1615	10,4	ca. 75.000
Ennepe-Ruhr-Kreis	2165	6,7	ca. 90.000
NRW Durchschnitt	6,72		

Hauptamtliche Ärzte in Krankenhäusern

Hauptamtliche Ärzte in Krankenhäusern je 10.000 Einwohner			
Bochum	30.2	(1102)	(362.000)
Herne	31.4	(490)	(154.000)
Ennepe-Ruhr-Kreis	19.8	(656)	(324.000)
NRW	21.4	(37.499)	

Städte und Gemeinden

Bezirksstelle Bochum/Hagen Regionen

Wegfall von Hausärzten bis 2022:

Bochum	35 %
Witten	48 %
Hattingen	42 %
Sprockhövel	39 %
Schwelm	50 %
Ennepetal	42 %
Herne	40 %
Hagen	38 %
Breckerfeld	50 %



Pause

Arbeitsauftrag

- ▶ In welchem Setting kann meine Einrichtung aktiv werden?
Bitte vergeben Sie Ihre 3 Punkte!
 - ▶ Kindertagesstätte/frühpädagogische Betreuung
 - ▶ Schule/offene Ganztagschule
 - ▶ Krankenhaus
 - ▶ Ambulante Versorgung
 - ▶ Stationäre Versorgung
 - ▶ Betrieb
- ▶ Welche Relevanz hat das heutige Thema „Übergewicht/Adipositas“ für meine Einrichtung/meinen Arbeitsalltag?
- ▶ Welche Präventions- und/oder gesundheitsförderlichen Maßnahmen sind Ihrer Meinung nach erforderlich?



Ausblick auf 2019

Behandlung im Voraus planen

Dr. med. Holger Wißuwa

Fachbereich Feuerwehr, Operativer Rettungsdienst

„Behandlung im Voraus planen“ - Chance für Herne -

Dr. med. Holger Wißwa
Ärztlicher Leiter Rettungsdienst
Fachbereich Feuerwehr

16. Januar 2019 | Akademie Mont-Cenis



Agenda

- ▶ Fallbeispiel Rettungsdienst
- ▶ Aktuelle Situation: Patientenverfügung
- ▶ „Behandlung im Voraus planen“
- ▶ Ausblick
- ▶ Zusammenfassung



Literatur:

Feddersen et al. Advance Care Planning - „Behandlung im Voraus planen“ in der Notfallmedizin, Notfallmedizin up2date 2018;13:23-36

Fallbeispiel Rettungsdienst

- ▶ Rettungswagen-/Notarzt-Einsatz im Altenheim, Stichwort „Atemnot“
- ▶ 89 Jahre, m, Multimorbidität, Demenz, Bettlägerigkeit
- ▶ Sauerstoff, Medikamente ...
- ▶ Eskalation ?
- ▶ nicht kontakt-/einwilligungsfähig

- ▶ Patientenverfügung ???



Selbstbestimmungsrecht

▶ 26 - 43% haben eine Patientenverfügung*

▶ Geltungsbereich i.d.R.

„unmittelbarer Sterbeprozess“

„dauerhafter komatöser Zustand“

„Endstadium einer progredienten tödlich verlaufenden Erkrankung“



Abb: www.ndr.de

Patientenverfügung

- ▶ gefühlte „Herner Realität“:
- ▶ nicht erstellt
- ▶ nicht auffindbar
- ▶ nicht aussagekräftig:
„*nicht an Schläuchen hängen*“
- ▶ nicht spezifisch:
→ *infauste / gute Prognose?*
- ▶ nicht anwendbar im Notfall



Abb: www.ndr.de

„Behandlung im Voraus planen (BVP)“

- ▶ seit den 1990er Jahren u.a. in USA: „Advance Care Planning“
- ▶ → Umsetzung des Behandlungswillens auf drei Ebenen

- ▶ Individuelle Ebene:
Mehrzeitiger Gesprächsprozess mit zertifiziertem Gesprächsbegleiter (in Kooperation mit Hausarzt)
- ▶ Institutionelle Ebene:
Umsetzung des Pat.-Willens, z.B. durch
Verfahrensanweisungen (Altenpflege) → GKV-Finanzierung (?)
- ▶ Regionale Ebene:
Implementierung des Konzepts, Leistungserbringer (z.B. Rettungsdienst) müssen Dokumente kennen und beachten.

BPV- Gesprächsbegleitung

- ▶ Einstellung zu Leben, schwerer Krankheit, Sterben?
- ▶ Vermittlung von entscheidungsrelevanten Informationen
- ▶ Entwickeln von Zielen und Präferenzen für zukünftige medizinische Situationen
- ▶ Erstellung einer aussagekräftigen und anwendungstauglichen Patientenverfügung / Anordnung.

BPV: Einbindung des Hausarztes

- ▶ ebenfalls für BVP qualifiziert
- ▶ bestätigt Einwilligungsfähigkeit
- ▶ klärt komplexere medizinische Fragen
- ▶ macht durch seine Unterschrift den Notfallbogen zu „Ärztlicher Anordnung für den Notfall (ÄNo)

- ▶ alternativ Vorausplanung mit Vorsorgebevollmächtigten / Betreuern.

BPV: drei medizinische Situationen

- ▶ Akuter Notfall
(→ Rettungsdienst)
- ▶ Behandlung im Krankenhaus bei Einwilligungsunfähigkeit
unklarer Dauer
(→ Krankenhaus)
- ▶ Dauerhafte Einwilligungsunfähigkeit
(→ Pflegeeinrichtung)

BPV- Notfallbogen

- ▶ separat von Patientenverfügung
- ▶ Therapieziel (sofern Patient nicht einwilligungsfähig ist) auf einen Blick durch ein Kreuz
- ▶ A: uneingeschränkte Notfall- und Intensivtherapie incl. HLW
- ▶ B: eingeschränkte Notfall- und Intensivtherapie
 - B0: keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
 - B1: + keine invasive (Tubus-)Beatmung
 - B2: ++ keine Behandlung auf Intensivstation
 - B3: +++ keine Mitnahme ins Krankenhaus
- ▶ C: ausschließlich lindernde Maßnahmen (möglichst ambulant)
- ▶ Unterschriften von Patient (Bevollmächtigter), BVP-Gesprächsbegleiter, Hausarzt (→ Anordnung).

im Notfall
unabhängig
von Prognose

DIV-BVP PATIENTENVERFÜGUNG © DIV-BVP e.V. 2017-12 | Deutschland | 5/7

Ärztliche Anordnung für den Notfall (ÄNo)

Name _____ Adresse / ggf. Stempel der Einrichtung _____
 Vorname _____
 geb. am _____

Ansprechpartner im Notfall (Tel.): _____

In einer lebensbedrohlichen Notfallsituation gilt bei o.g. Person, **sofern sie nicht selbst einwilligungsfähig ist:** Nur eine Antwort möglich (A, B0, B1, B2, B3 oder C) – sonst ungültig!

THERAPIEZIEL = Lebensverlängerung – soweit medizinisch möglich und vertretbar

A ●●●●● Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie einschließlich einer Herz-Lungen-Wiederbelebung

THERAPIEZIEL = Lebensverlängerung, aber mit folgenden Einschränkungen der Mittel

B0 ●●●●● Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie

B1 ●●●●● Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie

B2 ●●●●● Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Keine Behandlung auf Intensivstation
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie (Normalstation)

B3 ●●●●● Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Keine Behandlung auf Intensivstation
Keine Mitnahme ins Krankenhaus *
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie (ambulant)

THERAPIEZIEL = Linderung (Palliation), nicht Lebensverlängerung

C ●●●●● Wenn möglich Verbleib im bisherigen heimischen Umfeld

den ____ . ____ . 20____, den ____ . ____ . 20____

„Ich bestätige **Einwilligungsfähigkeit** und **Verständnis der Implikationen** dieser Entscheidung.“
 * Ein Krisenplan wurde erstellt.

„Diese **ÄNo** ist Ausdruck meines **Behandlungswillens**.“
 X Unterschrift der oben genannten Person
 „Die hier getroffene Festlegung gibt den **Behandlungswillen** der oben genannten Person angemessen wieder.“
 X Ggf. Unterschrift und NAME des Bevollmächtigten/Betreuers
 „Ich habe den **Entscheidungsprozess** begleitet.“
 X Unterschrift und NAME des DIV-BVP-Gesprächsbegleiters

! Diese ÄNo gilt solange auch im Krankenhaus, wie dort nicht in Übereinstimmung mit dem Patientenwillen aus gegebenem Anlass (z.B. OP, intensivmedizinische Behandlung oder dauerhafte Einwilligungsunfähigkeit) eine abweichende Regelung vereinbart wird.

BPV: Ergebnisse

- ▶ erhöhte Handlungssicherheit für Angehörige, Pflegende (amb., Einrichtungen), Hausärzte und Rettungsdienst
- ▶ rechtliche und ethische Sicherheit (Festlegung durch Patient)
- ▶ mehr palliative Versorgungsleistungen durch Rettungsdienst (laut ÄNo auch stationär „erlaubt“)
- ▶ ÄNo ist für alle (Mitarbeiter, Pflegeeinrichtung, Rettungsdienst) bindend ... und psychisch entlastend !
- ▶ Unterscheidung „A-B-C“ gilt auch für stationäre Behandlung, hier aber unter Berücksichtigung der Prognose.

BPV-BPV PATIENTENVERFÖLGER © 2008-2019 v. 10/21/21 | 1.0.1

Krankenhausbehandlung bei Einwilligungsunfähigkeit unklarer Dauer

Bei stationärer Behandlung einer lebensbedrohlichen Erkrankung und ständiger Gefahr der Einwilligungsunfähigkeit soll – unter Beachtung etwaiger Einschränkungen durch die ÄNo (S. 7) – gelten:

THEMAFELD A – Lebensverlängerung, so weit medizinisch möglich und vertretbar
Lebensverlängernde Behandlung durchsetzen

THEMAFELD B – Abklärung der Prognose
Behandlung mit dem Ziel der Lebensverlängerung oder lebensschonender Behandlung auf „unvollständiger“ (S. 10) und ggf. der nachfolgenden prägenetischen Diagnostik

Ich verleihe die Entscheidung bzw. den Abschluss ... mit dem nachvollziehbaren Ergebnis (siehe oben) folgende Maßnahmen, wenn folgende ...

	keine	teilweise	vollständig	keine	keine	
	0%	25%	40%	60%	80%	100%
...unter der Behandlung in Krankenzustand voranzutreiben	<input type="checkbox"/>					
...ein lebenslanges chronisches Medikament (z. B. Schmerzmittel) zu verabreichen und etwaigen zugehörigen Nebenwirkungen entgegenzutreten	<input type="checkbox"/>					
...ein dauerhaftes Venenzugangssystem, Katheter und Prothesen wie sie z. B. in dieser Patientenverfügung beschrieben werden, zu installieren und zu warten	<input type="checkbox"/>					
...ein lebensverlängerndes stationäres Therapiegut zu verabreichen, selbst wenn es dieser Entscheidung voraussetzt, dass ich mich dementsprechend erkläre	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>					

Ich will, dass jegliche lebensverlängernde Behandlung, z. B. eine Beatmung oder künstliche Flüssigkeitszufuhr, sowie Maßnahmen der künstlichen Nierenersatztherapie (Dialyse) unterbleiben. Diese Angaben gelten, wenn eine Entscheidung getroffen wird, dass ich mit der Dauer der Erkrankung leben oder überleben möchte. Diese Angaben gelten nicht, wenn ich ausdrücklich eine Entscheidung über eine lebensverlängernde Behandlung getroffen habe.

Wählen Sie die für Sie zutreffende(n) Angabe(n) auf S. 11 ankreuzend!

THEMAFELD C – Stilllegung (Palliation), nicht Lebensverlängerung
Aktuell übliche palliative Maßnahmen, bestehende lebensverlängernde Behandlung gegenüber dem Prognose unter Berücksichtigung des dann möglicherweise einsetzenden Todes, abbrechen!

Quelle: BfArM, Vorklinik, Medizinische Fakultät

Schlaganfallversorgung in Herne

Lisa Binse

Fachbereich Gesundheit, Geschäftsstelle KPGK

Ausgangslage I

- ▶ Laut Krankenhausdiagnosestatistik gab es 14,7 Fälle pro 100.000 Einwohner im Jahr 2016
- ▶ Damit liegt Herne im NRW-weiten Vergleich an 2. Stelle, nur der Märkische Kreis weist mehr Krankenhausfälle auf
- ▶ Weitere Zunahme von Schlaganfallpatienten wird erwartet, u. a. aufgrund des demografischen Wandels
- ▶ Anstieg der über 65-Jährigen laut aktueller Bevölkerungsprognose

Ausgangslage II

- ▶ Herne ist bereits gut und breit aufgestellt, was die Versorgung des Schlaganfalls betrifft
 - ▶ Stroke Unit
 - ▶ Rehabilitationseinrichtungen
 - ▶ Vielfalt an therapeutischen Angeboten
 - ▶ Selbsthilfegruppen
- ▶ Jedoch weiterhin hohe Informationsbedürfnisse seitens der Betroffenen/Angehörigen
 - ▶ Symptomerkennung und In-Gang-Setzen der Rettungskette
 - ▶ Defizite bei der Informationsvermittlung (v. a. Verständnisprobleme und Zeitknappheit)
 - ▶ Wichtigste Ansprechpartner: Ärzte, Therapeuten und Angehörige
- ▶ Notwendigkeit einer bedarfsgerechten Informationsversorgung

Aktuelle Herausforderungen

- ▶ In einem Vorgespräch wurden Akteure hierzu befragt (Therapeuten, Neurologen, Geriater, Selbsthilfevertreter, Rettungsdienst)
- ▶ Handlungsbedarf in den Bereichen:
 - ▶ **Schlaganfall erkennen:** u. a. auch für atypische Symptome, junge Betroffene sensibilisieren
 - ▶ **(Primär-)Prävention:** klassische Risikofaktoren weiter minimieren (Informieren, insbesondere schwer zugängliche Zielgruppen)
 - ▶ **Nachsorge:** stärkere Einbindung niedergelassener Haus- und Fachärzte; Unterstützung (pflegender) Angehöriger
- ▶ Empfehlung an die Präventions- und Gesundheitskonferenz: Etablierung einer zeitlich befristeten Projektgruppe, die sich 3- bis 4-Mal pro Jahr trifft

Sonstiges

- ▶ Ideen für Anträge im Rahmen des Präventionsgesetzes bitte an Frau Binse
Lisa.binse@herne.de oder 02323/16 4574
- ▶ Fragen, Anmerkungen, Anregungen?
- ▶ **Termin für die nächste Sitzung:**
Mittwoch, 26. Juni 2019
14:00-16:00 Uhr
Ort: wird mit der Einladung bekannt gegeben

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!

