

DER LANDARZT

VON THOMAS ASSMANN

Ein Video-Chat mit dem Onkel Doktor

Unser Kolumnist hat ein Tele-Medizin-Verfahren entwickelt, das deutschlandweit eingesetzt wird.



Mein Telefon schellte vorgestern Vormittag während der Sprechstunde immer und immer wieder, bis meine Kollegin ins Zimmer kam und mir den Hörer reichte. Am anderen Ende sprach ganz aufgeregt Herr B. zu mir: „Herr Doktor, kommen Sie bitte ganz schnell zu uns nach Hause, meiner Frau geht es gar nicht gut.“ Herr und Frau B. sind schon lange Patienten bei mir, ich kenne ihren Gesundheitszustand gut. Über einen solchen Notfall bei seiner Frau war ich überrascht. Deshalb fragte ich Herrn B., was denn passiert sei. Er konnte es mir nicht genau sagen.

Da ich den Anruf nicht einordnen konnte, sagte ich ihm nach kurzem Überlegen, dass ich mich gleich auf den Weg machte. Aber wenn es lebensbedrohlich sei, sollte er lieber bitte unverzüglich den Rettungsdienst alarmieren.

Als ich bei dem Haus der Familie B. ankam und klingelte, öffnete mir – zu meiner Verwunderung – Frau B. selbst die Haustür; es schien ihr offensichtlich schon besserzugehen. Auf mein Nachfragen erklärte sie mir: „Ach ja, Herr Doktor, ich habe offensichtlich zu viele Tees durcheinander getrunken. Heute war ich in der Apotheke, ich holte mir einen Magentee, aber auch gleichzeitig einen Abführtee, beide habe ich gleichzeitig getrunken. Ich glaube, das ist mir nicht gut bekommen, ich bekam unglaublich starke Bauchschmerzen!“

An diesem Beispiel können Sie, liebe Leser, drei Sachen lernen. 1. Man sollte diese Tees wirklich nicht unbedingt in Massen mischen. 2. Im Alltag eines Landarztes gibt es nichts, was es nicht gibt. Und 3. Aufgrund unter anderem solcher Fälle habe ich gemeinsam mit Unterstützern den „Tele-Arzt“ entwickelt.

Denn der vermeintliche Notfall im Hause B. hat mich 25 Minuten Hin- und 25 Minuten Rückfahrt gekostet. Es war also eine Stunde, die ich nicht in der Praxis arbeiten konnte.

Solche Leerläufe in der Praxis zu verhindern, das wäre effizient, das habe ich mir schon vor Jahren gedacht und mich daran gemacht, etwas zu entwickeln. Daraus entstanden ist eben der „Tele-Arzt“, der seit dieser Woche auf einige Bundesländer ausgeweitet wurde. Deshalb möchte ich Ihnen dieses Projekt gerne mal vorstellen.

Was bedeutet Tele-Arzt?

Nicht mehr ich selbst mache alle Hausbesuche, sondern ich habe eine Versor-

gungsassistentin in der Hausarztpraxis, abgekürzt: Verah. Sie fährt zum Patienten und nimmt den „Tele-Rucksack“ mit. Darin enthalten sind unter anderem ein kleines EKG, eine Waage, ein Blutdruck- und Sauerstoffmessgerät.

Die Daten, die die Assistentin über diese Geräte bei dem Patienten aufnimmt, werden direkt zu mir in die Praxissoftware eingespielt. Ich kann sie dann auf einem Computer verfolgen. Bei Bedarf kann mich Verah per Video-Konferenz zuschalten. Auf diese Weise kann ich auch mit meinen Patienten sprechen. Mit den überspielten Daten und dem Videobild kann ich sehen und einschätzen, wie es meinem Patienten geht: Hat er Luftnot? Wie spricht er? Hat er blaue Lippen? Ich kann also bei meinen Patienten, die ich schon lange betreue, genau die Zustände erkennen und auch differenziert entscheiden, ob der Patient etwa ins Krankenhaus muss oder nicht.

Alle Daten und auch das Telefonieren über das Video sind selbstverständlich sicher. Die Daten erreichen nur mich.

Der Tele-Arzt ist für mich eine enorme Fahrzeiterparnis, die ich für Patienten in der Praxis einsetzen kann; der Patient zu Hause ist trotzdem gut versorgt.

Für dieses Projekt Tele-Arzt konnte ich jetzt auch Krankenkassen begeistern. Ein toller Erfolg. Seit dieser Woche wird der Tele-Arzt eben auch in Nordrhein-Westfalen, Hessen, Rheinland-Pfalz und Bayern eingesetzt.

Auf den Veranstaltungen zur Tele-Medizin wurde ich oft gefragt: „Das haben Sie entwickelt? Warum hat das noch keiner vorher gemacht?“ Da konnte ich nur sagen: „Tja, auf dem Land sind wir eben kreativ.“

Der Tele-Arzt bedeutet natürlich nicht, dass ich keine Hausbesuche mehr mache. Ich kann nur so viel besser dosieren, wo es wichtig ist, dass ich vor Ort bin – und wo meine Assistentin tolle Arbeit leistet.

Frau B. habe ich übrigens den Rat gegeben, tatsächlich nicht so viele Tees durcheinander zu trinken. Ich verabschiedete mich von dem Ehepaar mit dem Gedanken, dass so mancher Notfall und so manches Problem sich doch einfach lösen lassen.

Ihnen, lieber Leser, eine schöne und kreative Woche, und diejenigen unter Ihnen, die ich nun neugierig gemacht habe, können sich unter [www.tele-arzt.com](http://www.tele-arzt.com) noch etwas weiter informieren.

Dr. Thomas Assmann, 54 Jahre alt und Internist, hat eine Praxis im Bergischen Land.

Kleine mit großer Last

Jugendliche und Kinder, die Angehörige pflegen, finden kaum Beachtung und Unterstützung. Von Kathrin Runge

Während ihre Kommilitonen mittags in die Mensa gehen, füttert Tabitha Maria Scheuer erst ihre Eltern, bevor sie selbst zum Essen kommt. Sie kümmert sich um die Medikamente und Körperpflege, ums Mobilisieren und Waschen, ums Eincremen und das Versorgen von Wunden. Tabitha ist 21 Jahre alt und studiert Betriebswirtschaftslehre, allerdings mehr oder weniger nebenbei. Denn hauptsächlich kümmert sie sich rund um die Uhr um ihren krebskranken Vater und ihre Mutter, die multiple Sklerose hat.

Tabitha gehört zu einer Gruppe von pflegenden Menschen, die in der öffentlichen Wahrnehmung und in der zum Teil zurzeit kontroversen Diskussion um Pflegezeiten, Pflegegesetze und Pflegenotstand kaum vorkommen. Dabei ist es eine Gruppe, die längst nicht so klein ist, wie vielleicht häufig angenommen wird. Es geht um Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, die ihre Familienmitglieder pflegen.

Die Aufmerksamkeit beim Thema pflegende Angehörige richtet sich bislang fast ausschließlich auf längst erwachsene Kinder und Partner alter Menschen. Über sie wird bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf gesprochen, für sie gibt es Selbsthilfegruppen und politische Initiativen. Dass auch junge Menschen bei der Pflege und Versorgung von Angehörigen mit- oder sogar hauptverantwortlich sind, ist wenig bekannt. Das hat unterschiedliche Gründe.

Zum einen nehmen sich einige von ihnen selbst nicht als Pflegenden wahr, zum anderen sprechen die meisten nicht darüber, dass sie in jungen Jahren andere pflegen. Teilweise schämen sie sich dafür, teilweise finden sie schlichtweg keinen Ansprechpartner, keine Anlaufstelle. Auch deswegen gibt es kaum Zahlen und Informationen über die sogenannten „Young Carers“.

Anfang dieses Jahres hat das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) die Ergebnisse einer ersten deutschen repräsentativen Studie veröffentlicht, nach der fünf Prozent der Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren regelmäßig pflegerische Aufgaben übernehmen. Hochgerechnet wären dies etwa 230 000 der 12- bis 17-Jährigen in Deutschland. Internationalen Schätzungen zufolge sind etwa zwei bis vier Prozent aller Kinder und Jugendlichen in den westlichen Ländern pflegende Angehörige. Sie kümmern sich regelmäßig um alte,

behinderte oder chronisch kranke Familienmitglieder, manche eher unterstützend, andere rund um die Uhr. Die Dunkelziffer an Betroffenen dürfte hoch sein.

Wer ein Young Carer ist, wird international unterschiedlich definiert. Während in Australien oder Neuseeland junge Erwachsene bis 25 Jahre dazugehören, bei denen Berufseinstieg und Familiengründung wichtige Themen sind, sind deutsche Zahlen meist auf Minderjährige bezogen. Auch die Frage, wann aus Helfen und Unterstützen ein Pflegen wird, wird nicht einheitlich beantwortet. „Die Grenzen sind fließend“, sagt die Pflegewissenschaftlerin Sabine Metzting. An der Universität der Professorin in Witten/Herdecke wird derzeit eine großangelegte Studie zu Young Carers durchgeführt, für die erste Ergebnisse im Herbst erwartet werden. Um als pflegend zu gelten, gehört in der Studie deutlich mehr dazu, als ab und an im Haushalt mitzuhelfen – beispielsweise zusätzlich Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme, Mobilisierung und Ernährung.

Es sind junge Menschen, die wie Tabitha (siehe Interview auf der anderen Seite) ihre kranke Mutter pflegen oder ihren demenzten Opa betreuen, ihre chronisch kranken Geschwister zu Terminen begleiten, ihren behinderten Bruder wickeln. „Die meisten übernehmen ihre Rolle sehr selbstverständlich“, so Metzting. Auch für Tabitha stand von Anfang an fest, dass sie ihre kranken Eltern selbst zu Hause betreuen möchte. Auch wenn es anstrengend und psychisch wie physisch manchmal kaum aushaltbar ist.

„Kinder und Jugendliche können nicht gegen Erkrankungen von Angehörigen abgeschirmt werden“, sagt die Pflegewissenschaftlerin Metzting. In gewissem Maße könnte Pflege auch positive Auswirkungen haben; manche Young Carers berichten von einem größeren Familienzusammenhalt, erzählen, die Pflegeaufgaben hätten sie stärker gemacht. Sobald diese Aufgaben aber den Alltag der Betroffenen dominieren, kann die Verantwortung für einige zu groß werden – mit negativen psychischen und sozialen Folgen.

In der ZQP-Studie gab mehr als die Hälfte der betroffenen Jugendlichen an, sich viele Sorgen um den Angehörigen zu machen; fast ebenso viele fühlen sich von ihren Aufgaben belastet. Die Jugendlichen sehen, wie schwere Krankheiten oder Behinderungen ihre Geschwister, Eltern oder Großeltern immer schwächer



machen. Zeit und Muße für Hobbys, Freundschaften oder die Schule fehlen, der Einstieg in den Beruf ist viel schwerer als für andere Gleichaltrige. Viele ziehen sich zurück und isolieren sich. „Oft ist die Pflegesituation nach außen auch gar nicht bekannt“, so Sabine Metzting. „Wenn sich die Betroffenen nicht Freunden oder Lehrern anvertrauen, haben sie kaum andere Möglichkeiten, auch anonym über ihre Situation zu sprechen.“

Bislang gibt es in Deutschland kaum etablierte Initiativen, die sich explizit um die Situation pflegender Kinder und Jugendlicher kümmern. Eine flächendeckende Unterstützung für die Zielgruppe fehlt völlig; es handelt sich in erster Linie um einzelne, oft regional sehr begrenzte Angebote.

Manche schämen sich für ihre Situation. Andere haben Angst, weil sie eine Einflussnahme von außen, etwa dem Jugendamt, befürchten.

Am ehesten erreicht man die Kinder und Jugendlichen über soziale Netzwerke, so die Erfahrungen aus anderen Ländern. Zum einen, weil Online-Dienste immer verfügbar sind, zum anderen, weil die Betroffenen sich im Netz vergleichsweise einfach austauschen und auch anonym um Rat fragen können.

In Großbritannien, wo das Bewusstsein für Young Carers im internationalen Vergleich besonders ausgeprägt ist, gibt es mit „Babble“ und „Matter“ seit 2015 zwei spezielle Social-Media-Plattformen. In Österreich haben die Johanniter schon 2012 die Seite „superhands.at“ initiiert, auf der neben Informationen und Beratung auch Unterstützung angeboten wird. Für Deutschland planen die Johanniter derzeit, eine ähnliche Plattform ins Leben zu rufen, zusammen mit einer bundesweiten Hotline. Sie soll Mitte 2017 online gehen und vielleicht eine Anlaufstelle für Menschen wie Tabitha sein.



DIE NEUE MADAME

MIT DEN NEUESTEN TRENDS AUS MODE, BEAUTY UND KUNST.

PLUS! EXKLUSIV FÜR MADAME LESERINNEN: DIE SCHÖNER WOHNEN SHOPPING CARD.

JETZT IM HANDEL!

[www.madame.de](http://www.madame.de) | Instagram: @madamemagazin | im AppStore

15% RABATT  
exklusiv für MADAME-Leserinnen  
auf Deko, Möbel & Accessoires im neuen  
SCHÖNER WOHNEN-Shop  
unter [shop.schoener-wohnen.de](http://shop.schoener-wohnen.de)