

weichung im Bereich Wahrnehmung und Informationsverarbeitung erleben Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung ihren Körper, soziale Anforderungen und Problemstellungen anders als nicht-autistische Menschen. Die Barrieren, die sich daraus für eine Versorgung ergeben, sind von außen nicht zu erkennen und lassen sich nicht mit Barrieren wie zum Beispiel für Rollstuhlfahrer*innen, Blinde oder Gehörlose vergleichen.

Adäquate Gesundheitskommunikation und -versorgung

Die Anforderungen an eine erfolgreiche medizinische Versorgung von Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung sind sehr individuell. In einer Grundinformation für Ärzt*innen und medizinisches Fachpersonal stehen nun in kompakter Form Informationen zu den Themenbereichen Wahrnehmung und Verarbeitung, Kommunikation und Sprache sowie Verhalten und Handlungsstruktur zur Verfügung. Die Broschüre wurde im Rahmen der interdisziplinären Fachtagung »Autismus und medizinische Versorgung – (k)ein Problem?!« entwickelt, welche im September 2016 in Kooperation mit der Ärztekammer Niedersachsen stattfand. Herausgeberin ist die LVG & AFS in Kooperation mit der Landesarbeitsgemeinschaft Autismus Niedersachsen und einzigartig-eigenartig e. V. Die Broschüre kann im Bereich »Medien« auf der Website www.gesundheit-nds.de heruntergeladen oder als Printexemplar bei der LVG & AFS kostenfrei bestellt werden.

Literatur bei den Verfassern

MARTIN SCHUMACHER (siehe Impressum)

WOLFGANG WEGENER, www.woweg.de, www.autismus-niedersachsen.de

Gemeinsame Stelle der GKV

Die soziale Lage von Menschen hat nachweislich Einfluss auf ihre Gesundheit und ihre Lebenserwartung. Ein gesundes Leben hängt jedoch nicht nur von Lebensstil und Verhaltensweisen eines Menschen ab, sondern auch von den Rahmenbedingungen, denen diese alltäglich ausgesetzt sind. Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten haben zum Ziel, diese Bedingungen und Strukturen gesundheitsförderlich zu gestalten und Menschen zu befähigen, ein gesundes Leben in ihrem täglichen Umfeld zu führen. Zur Umsetzung des Präventionsgesetzes haben sich die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) in Niedersachsen geeinigt, künftig gemeinsam Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention für sozial benachteiligte Gruppen in kommunalen Lebenswelten zu unterstützen. Dafür haben sie die »Gemeinsame Stelle der GKV« eingerichtet: eine zentrale Stelle, über die Lebensweltverantwortliche Förderanträge stellen können. Die erste Antragsfrist endet am 31. August 2017. Die Förderentscheidungen werden gemeinsam von den Krankenkassen getroffen und auch die Finanzierung erfolgt gemeinschaftlich.

Ausführliche Informationen und Kontaktdaten finden Sie auf der Website: www.gemeinsame-stelle-gkv-nds.de

Kommunales



FRANK MÜLLER, ANNE SIMMENROTH

Projektbeginn DICTUM Friedland: Können digitale Kommunikationshilfen gegenseitiges Verstehen verbessern?

Sich in Behandlungssituationen bezüglich seiner eigenen Belange verständigen zu können, ist Voraussetzung für eine adäquate medizinische Behandlung. Doch gerade dies ist bei nicht-deutsch sprechenden Patient*innen und ihren Behandler*innen häufig nicht der Fall: Dolmetscher*innen können in solchen Situation helfen, sind aber gerade im hausärztlichen Bereich bei spontanen Konsultationen fast nie verfügbar – unabhängig von der meist nicht geklärten Kostenübernahme. Diagnose- und Indikationsstellungen und die Einleitung von (medikamentösen) Therapien können zu einer unsicheren Gratwanderung für Hausarzt*innen und deren Patient*innen werden.

Übersetzungssoftware als Kommunikationshilfe im Wartezimmer

Das Projekt DICTUM will mit einer multilingualen Übersetzungssoftware Ärzt*innen und Patient*innen bei der hausärztlichen Konsultation unterstützen. Dabei bekommen Patient*innen im Wartezimmer einen Tablet-PC ausgehändigt, der sie strukturiert über ihre Symptome und anderen Anliegen befragt. Dabei werden auch persönliche Einschätzungen der Patient*innen abgefragt, sodass zum Beispiel Sorgen oder Befürchtungen und individuelle Krankheitskonzepte ausgedrückt werden können. Am Ende bekommt der*die Ärzt*in eine Zusammenfassung der Angaben ausgedruckt – auch ein mehrsprachiger Ausdruck für den*die Patient*in ist möglich, so dass sie*er in der Konsultation auf bestimmte Dinge hinweisen kann. Fragen und Antwortmöglichkeiten der Abfrage werden Patient*innen durchgängig video- und audiobasiert dargeboten, sodass auch schriftunkundige Patient*innen (funktionelle Analphabet*innen) die Kommunikationshilfe verwenden können. Zudem können durch audiobasierte Sprachwiedergaben Dialektformen abgedeckt werden, für die es kein schriftsprachliches Äquivalent gibt. Die Kommunikationshilfe ist dabei kultursensibel (etwa in der Beschreibung der Symptome) gestaltet, und ermöglicht auch eine kulturelle

Übersetzungsleistung mit Erläuterungen für die behandelnden Ärzt*innen. Die Kommunikationshilfe unterstützt Arabisch (Modern Standard Arabic und vier wesentliche arabische Dialekte), Farsi, Paschtu, Türkisch und drei kurdische Sprachen (Kurmandschi, Sorani, Zaza) und deckt damit ein Großteil des nicht-deutschsprechenden Patient*innenkollektives ab. Bei Bedarf sollen während des Projekts weitere Sprachen ergänzt werden. Es soll zudem kommunikative Rückkanäle für die behandelnden Ärzt*innen angeboten werden, sodass gerade in den sensiblen Bereich Medikamenteneinnahme und Terminvergabe das Verstehen für die Patient*innen erleichtert wird. Die Kommunikationshilfe kann dabei weder Diagnosen stellen, noch soll sie Dolmetscher*innen oder gar Ärzt*innen ersetzen: sie ist vielmehr für Situationen gedacht, in denen eine Dolmetscherversorgung schwer zu gewährleisten ist (spontane Vorstellungen, ländliche Räume, Notfälle) oder sich Patient*innen (allein) vorstellen, die außer ihrer Muttersprache keinerlei weitere Sprachkenntnisse haben.

Erprobung in Friedland

Die Kommunikationshilfe soll während der zweijährigen Projektlaufzeit zunächst in der allgemeinmedizinischen Sprechstunde im Grenzdurchgangslager Friedland erprobt werden. Durch umfangreiche Begleitforschung möchten wir herausfinden, ob sich das gegenseitige Verstehen verbessert – und dadurch Rekonsultationen, die häufig aufgrund von Missverständnissen auftreten, seltener werden. Die in Friedland in der Praxis getätigten Erfahrungen sollen dabei ebenfalls in inhaltliche und technische Verbesserungen umgesetzt werden. Im letzten Projektjahr soll die Kommunikationshilfe fünf allgemeinmedizinischen Praxen der Region zur Verfügung gestellt werden. Das Projekt wird gemeinsam getragen vom Institut für Allgemeinmedizin, der Landesaufnahmebehörde Niedersachsen, den Maltesern in der Diözese und dem Softwareentwicklungsteam aidminutes. Finanziert wird das Projekt vom Land Niedersachsen (Förderrichtlinie Gesundheitsregionen), der Europäischen Union und der Robert-Bosch-Stiftung.

Literatur bei den Verfasser*innen

FRANK MÜLLER, ANNE SIMMENROTHM, Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Göttingen, Humboldtallee 38, 37073 Göttingen, Tel.: (05 51) 392 26 38, E-Mail: frank.mueller@med.uni-goettingen.de, www.dictum-friedland.de

CONSTANCE KATHAN-SELCK

Telemedizin in Niedersachsen: Pionierarbeit am Klinikum Oldenburg

Im Juni 2015 beschlossen die Gesundheitsminister*innen der Länder bei ihrer Jahrestagung in Bad Dürkheim, dass Telemedizin Teil der Regelversorgung werden soll. Dahinter steht das Ziel, die medizinische Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen Deutschlands zu stärken und beispielsweise chronisch Kranke besser zu versorgen. Seitdem wird viel über Telemedizin gesprochen. Umgesetzt und konsequent angewandt wird sie jedoch bisher kaum. Das Klinikum Oldenburg hat im März 2015, also bereits vor dem Beschluss der Minister*innen, eines der ersten Telemedizin-Zentren des Lan-



des in Betrieb genommen und leistet seitdem Pionierarbeit. Diese Initiative und Vorreiterrolle wurden anerkannt und ausgezeichnet, unter anderem mit dem Niedersächsischen Gesundheitspreis 2015 in der Preiskategorie eHealth-Lösungen zur Vernetzung in der Gesundheitsversorgung.

Das Projekt

In einem Pilotprojekt (WINDEAcare) wurde der Fokus auf Personen gelegt, die auf Offshore-Windplattformen tätig sind und dort erkranken oder einen Unfall erleiden. Diese Patient*innen haben keinen direkten Zugang zu ärztlicher Versorgung, und bis ein*e Notarzt*ärztin vor Ort ist vergeht oft wertvolle Zeit. Diese Versorgungslücke konnte dank Telemedizin geschlossen werden. Fachärzte*innen im Klinikum Oldenburg beurteilen ohne zeitliche Verzögerung die klinische Situation von Patient*innen, stellen Diagnosen, treffen weiterführende therapeutische Entscheidungen und leiten Ersthelfer*innen oder Notfallsanitäter*innen an. Über eine spezielle Software und ein kleines High-Tech-Endgerät, das sich vor Ort auf der Plattform befindet, tritt der*die Arzt*Ärztin direkt mit dem*der Patient*in und Ersthelfer*in in Kontakt. Das Endgerät kommuniziert über alle technisch zur Verfügung stehenden Kanäle, bietet hochauflösende Audio- und Videokommunikation, und ist in der Lage, Vitaldaten zu erheben und live in das Telemedizin-Zentrum zu senden. Die Parameter kann der*die Arzt*Ärztin im Klinikum ferngesteuert ändern. Damit wird eine Konsultation ermöglicht, die die bisherige Qualität der räumlichen Überbrückung (zumeist das Telefon) deutlich übertrifft.

Weitere Anwendungsgebiete

Die Anwendungsmöglichkeiten dieses Ansatzes sind breit. Analog zum dargestellten Modell betrifft dies auch die Versorgung von Patient*innen in ländlichen Regionen, fachärztliche Konsile, die spezialärztliche Versorgung bestimmter Patient*innengruppen zuhause oder die medizinische Betreuung von Expeditionen. Gerade die Übertragbarkeit auf vielfältige Patient*innengruppen macht diesen Ansatz so interessant. Die rein technischen Voraussetzungen für eine Umsetzung in diesen Einsatzgebieten sind gegeben und vergleichsweise einfach zu bewerkstelligen. Dennoch ist die Ausweitung »an Land« nicht ohne weiteres möglich, denn die rechtlichen und gesellschaftlichen Grenzen sind hier sehr viel enger ge-