



Sicherheit



und Innovation

Neue Wege –
neue Chancen
2010/2011

Techniker Krankenkasse
Gesund in die Zukunft.



Inhalt

TK & Technologie

Neue Dimension der Strahlentherapie Interview mit Prof. Dr. Thomas Haberer, Heidelberger Ionenstrahl-Therapiezentrum	5
Mit Ultraschall gegen Gebärmutter-Tumore Interview mit Dr. Matthias Matzko, Klinikum Dachau	8
Schonender Eingriff per Laser Interview mit Dr. Lutz Eger, Erfurt	10

TK & Versorgung

Besser versorgt im Netzwerk Interview mit Dr. Angelika Pietruschka, „PraxisNetz MV“, Rostock	13
Nach Qualität entscheiden Interview mit Dr. Ursula Weibler-Villalobos, MDK Rheinland-Pfalz, Alzey	14
Mit persönlichem Plan aus der Krise Interview mit Dr. Martin Kleinschmidt, Pinel-Gesellschaft, Berlin	16
Aus dem Trauma zurück ins Leben Interview mit Dr. Sabine Ahrens-Eipper, Halle (Saale)	18
Jugendlichen eine Brücke bauen Interview mit Prof. Dr. Walter Burger, DRK Kliniken Berlin-Westend	20

TK & Patient

Risiken und Nebenwirkungen vermeiden Interview mit Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig, Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Berlin	23
Ein neues Leben – dank Spenderorgan Interview mit Prof. Dr. Björn Nashan, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf	26
Vor der OP eine zweite Meinung Interview mit Dr. Gerhard H. H. Müller-Schwefe, Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie, Göppingen	28

TK & Gesundheit

Wege aus dem Netz Interview mit Wolfgang Schmidt, Hessische Landesstelle für Suchtfragen, Frankfurt am Main	31
Mehr Wissen – bald auf Rezept? Interview mit PD Dr. Peter Flachenecker, Neurologisches Rehabilitationszentrum Quellenhof, Bad Wildbad	34
Zähneputzen im Stundenplan Interview mit Dr. Kathrin Limberger, „Gesunde Stadt Erfurt“	36
Ansprechpartner	38



Medizinischen Fortschritt erlebbar machen

Erneut ist die Techniker Krankenkasse (TK) Branchen-Primus: Insgesamt sechs Auszeichnungen im Wettbewerb „Ideenpark Gesundheitswirtschaft“ – initiiert von der Financial Times Deutschland – gingen an innovative Konzepte der TK. Bereits zum fünften Mal war der Wettbewerb ausgeschrieben, mit dessen Hilfe sich die Qualität der Gesundheitsversorgung verbessern soll und mehr Effizienz und Transparenz in das System Gesundheitswirtschaft gelangen sollen.

Innovation und Qualität sind der TK seit jeher ein Anliegen. Denn TK-versicherte Patienten sollen unmittelbar vom medizinischen Fortschritt profitieren können. Nur so wird ein besseres Gesundheitssystem vorstellbar und für die Menschen auch erlebbar. Einige der preisgekrönten Projekte werden in der vorliegenden Broschüre vorgestellt. So erfahren Sie, warum Jugendliche mit Diabetes im „Berliner Transitionsprogramm“ besonders gut aufgehoben sind; dass eine Zweitmeinung bei Rückenoperationen unbedingt sinnvoll ist und dass die TK mit „EVA-Reha“ eine Art Lotsen durch den Rehabilitationsdschungel anbietet.

Den richtigen Weg haben weit mehr als sieben Millionen TK-Versicherte mit sicherem Gespür gefunden: Sie haben sich für die TK als modernen Gesundheitsdienstleister entschieden. Unseren Kunden Respekt zu erweisen, ihr Vertrauen zu verdienen, auf ihre Meinung zu hören und ihnen Verlässlichkeit zu bieten – das sind Eckpfeiler der TK-Serviceleitlinien.

Die TK bleibt – auch nach Einführung des Gesundheitsfonds – erfolgreich am Markt und wächst weit stärker als andere Kassen. Die Auszeichnung „Deutschlands beste Krankenkasse“, die jährlich vom Wirtschaftsmagazin Focus Money vergeben wird, hat sich die TK bereits zum vierten Mal in Folge gesichert. Insbesondere Leistungen und Service werden bei diesem Krankenkassencheck unter die Lupe genommen.

Es wurde auch bewertet, welche Kasse bei den Leistungsanbietern gern oder weniger gern gesehen wird. Erfreulich: Die TK zählt eindeutig zu „Doktors Lieblingen“. Davon profitiert schließlich auch der Patient – ist er doch gern gesehener Kunde im Sprechzimmer.

Hamburg, im Juli 2010



The background of the entire page is a photograph of several glass test tubes arranged in a row. Each tube contains a green plant stem. The focus is on the bottom of the tubes, where the roots and seedlings are visible. The lighting is bright and even, highlighting the clarity of the glass and the vibrant green of the plants.

TK & Technologie

Modernste Medizintechnologie erschließt neue Wege der Behandlung. Die TK fördert innovative Projekte und arbeitet mit Partnern aus Forschung und Praxis eng zusammen. Von diesem Wissensvorsprung profitieren die Kunden der TK.

Hat die Physik die passenden Waffen im Kampf gegen Krebs? Mit Hilfe von Teilchenbeschleunigern erreichen Strahlen inzwischen annähernd Lichtgeschwindigkeit, bevor sie in den Körper eindringen. Am Heidelberger Ionenstrahl-Therapiezentrum (HIT) lassen sich so nun auch besonders widerstandsfähige Tumore mit weltweit einmaliger Präzision bekämpfen.

Neue Dimension der Strahlentherapie



Prof. Dr. Thomas Haberer,
Physiker und Wissenschaftlich-technischer Direktor
am Heidelberger Ionenstrahl-Therapiezentrum

TK: Herr Professor Haberer, im HIT werden Krebspatienten hinter meterdicken Wänden mit Ionen bestrahlt. Schießen Sie mit Kanonen auf Spatzen?

Prof. Haberer: Wir haben in der Tat mitten im Universitätsklinikum Heidelberg eine Hightech-Anlage errichtet, deren Grundfläche einem halben Fußballfeld entspricht. Im dreigeschossigen HIT-Gebäude sind der Ionenbeschleuniger und die Patientenbehandlungsräume mit dicken Betonwänden umschlossen, um den energiereichen Strahl in jedem Abschnitt vollständig stoppen zu können, auch wenn das im Normalbetrieb nicht erforderlich ist.

Zur Erzeugung der Protonen- und Schwerionenstrahlen wird im HIT ein zweistufiges Teilchenbeschleunigersystem, bestehend aus einem fünf Meter langen Linearbeschleuniger und einem ringförmigen Beschleuniger, dem Synchrotron, mit 20 Metern Durchmesser, verwendet, um die Teilchen auf bis zu 75 Prozent der Lichtgeschwindigkeit beschleunigen zu können. Magnetfelder führen die Therapiestrahlen in Vakuumröhren in die Behandlungsräume und erreichen millimetergenau auch bis zu 30 Zentimeter tief liegende Tumoren.

TK: Wie erklären Sie Patienten die technisch aufwendige Behandlung?

Prof. Haberer: Bevor Patienten im HIT bestrahlt werden können, müssen mit modernen bildgebenden Verfahren wie der Computertomographie (CT) und der Magnetresonanztomographie (MRT) der Tumor und ►





das umgebende Gewebe präzise vermessen werden. Um die extrem hohe Präzision des Ionenstrahls nutzen zu können, erhält der Patient noch eine individuell angefertigte Fixierung, z. B. bei einer Bestrahlung im Kopfbereich eine Kunststoffmaske, damit die Physiker im HIT den Therapiestrahл exakt auf die Koordinaten positionieren, die aus den Ergebnissen von CT und MRT berechnet werden. Zur Bestrahlung legt sich der Patient in die für ihn angefertigte Fixierung auf den robotergesteuerten Behandlungstisch. Anschließend stellt ein ebenfalls robotergesteuertes, an der Decke befestigtes Röntgensystem sicher, dass die Behandlungsposition exakt eingestellt wurde. Hierzu vergleichen die Ärzte die Röntgenaufnahmen mit den zuvor gemachten CT- und MRT-Aufnahmen. Dann beginnt die Bestrahlung, und der Protonen- oder Schwerionenstrahl rastert den Tumor für einige Minuten nach den Vorgaben der Bestrahlungsplanung ab. Die häufig ambulant durchgeführte Bestrahlung wird an 6 bis 30 Tagen wiederholt.

TK: Wie schaffen Sie es, dass der Ionenstrahl exakt den Tumor trifft?

Prof. Haberer: Im HIT wird durch eine spezielle Bestrahlungsmethode, das sogenannte „intensitätsmodulierte Rasterscan-Verfahren“, eine weltweit niemals zuvor erreichte Präzision in der dreidimensionalen Bestrahlung von Tumoren erreicht. Das im Rahmen meiner Doktorarbeit entstandene Rasterscan-Verfahren funktioniert so: Mit Hilfe eines Computertomographen wird der Tumor in seinen genauen Konturen bildlich dreidimensional dargestellt und anschließend im Rechner in digitale Scheiben von jeweils einem Millimeter Stärke „geschnitten“. Die Computer-Software belegt jede Tumorscheibe schachbrettartig mit nebeneinanderliegenden Bildpunkten und berechnet für jeden Punkt die notwendige Eindringtiefe der Strahlung sowie die optimale Strahlendosis. Der intensitätsmodulierte Ionenstrahl tastet dieses Raster millimetergenau ab und verweilt so lange auf einem Punkt, bis die zuvor berechnete Strahlendosis erreicht ist. Teilchendetektoren kontrollieren während der Bestrahlung bis zu 10.000-mal pro Sekunde die Lage und Form des Therapiestrahls. Liegen empfindliche Organe direkt am Tumor, wird an dieser Stelle mit einer geringeren Dosis bestrahlt. Für Tumor-Areale, die extrem widerstandsfähig gegen Strahlung sind, wählen die Ärzte eine höhere Dosis.

TK: Wer profitiert überhaupt von der am HIT angebotenen Therapie?

Prof. Haberer: Ionenstrahlen werden langfristig bei etwa zehn Prozent der Patienten zum Einsatz kommen. Bei besonders tief im Körper liegenden und sehr widerstandsfähigen Tumoren kann die herkömmliche Strahlentherapie die Krebszellen nicht aufhalten. Auch

wenn der Tumor besonders strahlenempfindliches gesundes Gewebe wie Auge, Sehnerv oder Darm umschließt, ist die Ionenstrahltherapie gefragt.

TK: Kann der Patient merken, dass er von einem Ionenstrahl getroffen wird?

Prof. Haberer: Den Ionenstrahl spürt der Patient nicht. Liegt das zu behandelnde Gewebe in der Nähe des Sehapparats, z. B. in der Umgebung eines Sehnervs, kann es zu harmlosen Leucht Wahrnehmungen kommen. Hiervon haben auch Astronauten berichtet, die im Weltraum kosmischer Strahlung ausgesetzt sind.

TK: Sie wollen die Ionenstrahltherapie unter technischen und medizinischen Gesichtspunkten fortentwickeln. Wie sieht die Behandlung von Krebspatienten in Zukunft aus?

Prof. Haberer: Derzeit behandeln wir im HIT Tumore, die während der Bestrahlung stationär sind, d. h. sich nicht durch Atmung, Herzschlag o. Ä. bewegen. Zukünftig werden wir die Protonen- und Schwerionentherapie auch bei sich bewegenden Zielvolumina, z. B. Lebertumoren, einsetzen können. Auch die Zahl der dem Arzt zur Verfügung gestellten Ionensorten werden wir erweitern. Derzeit kommen Protonen und Kohlenstoffionen zur Anwendung, aber unser System kann auch Helium- und Sauerstoffstrahlen erzeugen, wodurch die Ionenstrahltherapie noch individueller auf die Art und Lage des Tumors ausgerichtet werden kann. Die günstigen Eigenschaften der Ionenstrahlen ermöglichen prinzipiell stark verkürzte Behandlungszyklen von nur wenigen Tagen. Hierzu finden im HIT und in den mit uns kooperierenden Forschungsinstituten strahlenbiologische Untersuchungen statt, damit neue Therapieprotokolle entwickelt werden können.

Zukünftig werden in enger Zusammenarbeit von Experten mehrerer Fachdisziplinen maßgeschneiderte Kombinationstherapien zum Einsatz kommen. Die Einbettung des HIT in das Universitätsklinikum Heidelberg und seine Lage in direkter Nachbarschaft zum Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen bieten hierfür eine ideale Grundlage.

Die TK hat Verträge zur Partikeltherapie mit den Universitätskliniken Heidelberg, Essen, Kiel und Marburg/Gießen abgeschlossen. An diesen Zentren wird die Anwendung unter kontrollierten Bedingungen wissenschaftlich untersucht.

Ausführliche Informationen zur Protonentherapie finden sich auf der Website der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie e. V. (DEGRO) unter www.degro.org



Jede vierte Frau über 30 hat Myome in der Gebärmutter. Diese Tumore sind zwar gutartig, können aber Beschwerden verursachen und schlimmstenfalls eine Schwangerschaft verhindern. Mit einer neuen Methode können Myome per Ultraschall in der Röhre eines Magnetresonanztomographen (MRT) ambulant behandelt werden. Dank des innovativen Verfahrens bleibt den Patientinnen ein Krankenhausaufenthalt erspart und die Fruchtbarkeit in jedem Fall erhalten.

Mit Ultraschall gegen Gebärmutter-Tumore



Dr. Matthias Matzko,
Chefarzt klinische und interventionelle Radiologie und Leiter des FUS-Centers für Myomtherapie am Klinikum Dachau

TK: Herr Dr. Matzko, am Klinikum Dachau entfernen Sie Gebärmuttermyome ohne Skalpell und vergleichen das mit der Entkernung eines Apfels, ohne ihn aufzuschneiden. Wie funktioniert die von Ihnen eingesetzte Technologie?

Dr. Matzko: Basis ist eine Kernspintomographie. Das Verfahren garantiert eine sichere und zugleich schonende Behandlung ohne den Einsatz möglicherweise schädlicher Röntgenstrahlen. Die Patientin liegt auf dem Bauch im Kernspintomographen, der während der gesamten Behandlung Bilder macht. So können wir die Schallwellen, die in einem Punkt im Gebärmuttermyom konzentriert werden, zielgerichtet bündeln und auch in Echtzeit den Effekt unserer Behandlung einschätzen. Dadurch wird das Myom punktuell erhitzt und damit Stück für Stück zerstört. Das durch die Schallwellen



erwärmte Myomgewebe wird ständig einer MRT-basierten Temperaturmessung unterzogen. So wird zuverlässig vermieden, dass sich andere Strukturen im weiblichen Becken unzulässig erwärmen.

TK: Die TK ermöglicht ihren Versicherten die neue Methode. Wie schneidet das Ultraschallverfahren im Vergleich zur herkömmlichen Therapie, der operativen Entfernung der Myome, ab?

Dr. Matzko: Die Fokussierte Ultraschalltherapie (FUS) ist im Vergleich zur operativen Entfernung der Gebärmutter deutlich schonender. Gelingt es mit den Ultraschallwellen, mindestens 60 Prozent des Myomvolumens zu reduzieren, so sind die Therapieergebnisse vergleichbar mit denen der minimal-invasiven Chirurgie. Im Gegensatz dazu erfolgt jedoch kein direkter Eingriff in den Körper, und die Gebärmutterwand bleibt in jedem Fall intakt. Dies ist besonders wichtig für unsere Patientinnen, die einen Kinderwunsch haben oder uns gerade deswegen gezielt aufsuchen. Sie können bereits zwei Monate nach der FUS-Behandlung schwanger werden, da Myome häufig der Grund für das ungewollte Ausbleiben einer Schwangerschaft sind.

Bei der operativen Entfernung von einzelnen Myomen oder der gesamten Gebärmutter ist in aller Regel ein deutlich längerer Krankenhausaufenthalt erforderlich. Eine Schwangerschaft nach gebärmuttererhaltender Operation ist frühestens nach sechs Monaten möglich. Ein weiterer Nachteil des Skalpell gegenüber der FUS ist die mögliche Ausbildung von Verwachsungen im Bauchraum. Hier verkleben Darmschlingen mit der Harnblase oder anderen Strukturen im Becken, was den Patientinnen nach Operationen Beschwerden einbringen kann. Diese Art von unerwünschten Nachwirkungen tritt nach einer FUS-Behandlung nicht auf.

TK: Die Behandlung klingt weitgehend schmerzarm.

Dr. Matzko: Die MR-gesteuerte fokussierte Ultraschallbehandlung von Myomen ist im Vergleich zur Operation an der Gebärmutter viel weniger schmerzhaft. Da die Behandlung jedoch ohne Narkose durchgeführt wird, ist schon während der Behandlung die Gabe von Schmerzmitteln erforderlich. Unmittelbar danach können Schmerzmittel als Tabletten eingenommen werden. Unsere Patientinnen beschreiben die Behandlung generell als vergleichsweise schmerzarm, berichten allerdings häufig nach der Behandlung über ein Ziehen im Becken, welches auch eine Woche anhalten kann.

TK: Können Sie jede Art von Gebärmuttermyomen entfernen oder gibt es Einschränkungen?

Dr. Matzko: Eine ganz wichtige Grundvoraussetzung für die Anwendung der Ultraschalltherapie ist, dass im Unterbauch keine Narben von vorangegangenen Operationen vorliegen. Manchmal ist es problematisch, wenn ein Anteil des Darmes vor der Gebärmutter beziehungsweise vor dem Gebärmuttermyom liegt. Durch bestimmte Maßnahmen kann die Gebärmutter jedoch oft so verlagert werden, dass die Behandlung dennoch sicher durchgeführt werden kann. Problematisch für eine FUS-Behandlung kann eine sehr starke Durchblutung der Myome sein. Hier ist jedoch eine individuelle Einzelfallentscheidung durch die behandelnden Radiologen unerlässlich. Sollte sich ergeben, dass eine FUS nicht möglich ist, bieten wir in unserem Hause neben der FUS auch alle anderen etablierten Behandlungsmethoden in einem interdisziplinären Team an.

Weitere Informationen unter www.uterusmyome.de



Zu einem „Klassiker“ unter den Operationen gibt es jetzt eine Alternative. Denn die vollständige Entfernung der Mandeln muss heute nicht mehr unbedingt sein. Weitaus schonender – weil mit weniger Schmerzen und Komplikationen verbunden – ist die sogenannte Laser-Tonsillotomie. Ein ambulanter Eingriff, von dem vor allem Kleinkinder profitieren.

Schonender Eingriff per Laser



Dr. Lutz Eger,
Hals-Nasen-Ohren-Arzt,
Erfurt

TK: Herr Dr. Eger, für Laseranwendungen sind bislang elf Nobelpreise vergeben worden. Hat die Lasertechnologie auch alltägliche Mandeloperationen bei Kindern verändert?

Dr. Eger: Der Laser hat eine häufig sinnvolle Alternative zur vollständigen Entnahme der Gaumenmandeln geschaffen. Die Tonsillotomie, die Teilentfernung der Mandeln, wurde bis zur Mitte des vergangenen Jahrhunderts mit einer Metallschlinge als ziemlich blutiger Eingriff durchgeführt. Heute reduzieren der Laser und schonende Narkoseverfahren die Risiken der Operation auf einen Bruchteil von denen des alten Verfahrens.

TK: Was geschieht während des Eingriffs im Rachen?

Dr. Eger: Während der Operation werden in Vollnarkose die Teile der Mandel, die den Atem- und Schluckweg einengen, mit dem Laser abgetrennt. Bei diesem Vorgehen werden die zahlreichen kleinen Äderchen der Mandel durch den Laser gleich verschweißt, somit wird der Blutverlust der Patienten schon während der OP auf ein Minimum reduziert.

TK: Worin genau liegen die Vorteile gegenüber einer vollständigen Entfernung der Mandeln?

Dr. Eger: Entscheidender Vorteil aus Sicht des Operateurs ist, dass Nachblutungen im Vergleich zur traditionellen Tonsillektomie, der vollständigen Entfernung der Gaumenmandeln, äußerst selten auftreten. Aus diesem Grund ist in vielen Fällen der Eingriff auch ambulant möglich. Zudem sind die Dauer und Intensität der Schmerzen nach der Operation deutlich vermindert.

Auch wird von Kinderärzten positiv gewertet, dass nach der Laser-Tonsillotomie noch funktionierendes Mandelgewebe vor Ort bleibt. Damit behalten die Mandeln ihre Rolle als „Geheimpolizisten“ im Körper. Sie bilden gerade bei kleinen Kindern die Kontaktzone, in der Krankheitserreger schon identifiziert werden, bevor sie Schaden im Körper anrichten können. Dort werden erste Abwehrstoffe gegen Bakterien gebildet, die dann in Bereitschaft im Körper zirkulieren. Wissen-

schaftler vermuten, dass dieser immunologische Lernprozess mit 10 bis 12 Jahren abgeschlossen ist.

TK: Wie erfolgreich ist die Methode auf lange Sicht?

Dr. Eger: Studienergebnisse zeigen, dass bei circa zwei Prozent der Patienten die verbliebenen Mandelreste wieder derart stark nachwuchern können, dass eine erneute Operation erforderlich ist. Auch kann später im Erwachsenenalter im Falle wiederholter Mandelvereiterungen die vollständige Entfernung der Mandeln nötig werden, dann aber mit geringeren Risiken als im Kleinkindalter.

TK: Wann ist bei Kindern die Laser-Tonsillotomie überhaupt angezeigt?

Dr. Eger: Nicht jedes Kind, das riesige Mandeln hat, muss gleich operiert werden. Fallen aber in der Altersgruppe der Drei- bis Sechsjährigen zugleich starkes Schnarchen verbunden mit Atemaussetzern, Schlafen mit überstrecktem Kopf, anhaltende Mundatmung, Appetitlosigkeit, Gedeihstörungen, Hörminderung und/oder Infektneigung auf, so ist die Laser-Tonsillotomie mit großer Sicherheit hilfreich. Meist erfolgt der Eingriff in Verbindung mit der „Polypen“-Operation. Bei schon älteren Kindern könnten schulische Leistungsschwächen oder auch ADHS-Symptome auf einen gestörten Schlaf aufgrund vergrößerter Gaumenmandeln hinweisen.

TK: Und wann raten Sie zur vollständigen Mandelentfernung?

Dr. Eger: Sind gehäufte Mandelvereiterungen das Hauptproblem, so ist das noch immer der typische Grund für die konventionelle Tonsillektomie.

TK: Wie reagieren die Kinder auf den Eingriff?

Dr. Eger: Bei fast der Hälfte der kleinen Patienten ist schon der erste Schlaf nach der Operation spürbar ruhiger. Für manche Eltern ist anfangs das größte „Problem“, das Kind nachts nicht mehr atmen zu hören. Meine Patienten dürfen schon am OP-Tag essen, worauf sie Appetit haben. Rund 60 Prozent der Kinder benötigen Schmerzmittel für höchstens drei Tage. Oft besuchen sie schon am fünften Tag nach dem Eingriff wieder Kindergarten oder Schule.



Ambulante Kinderchirurgie bei der TK

Die TK hat mit der Nordpark Ärztenetz GmbH einen bundesweit geltenden Vertrag für ambulante kinderchirurgische Leistungen abgeschlossen. Neben der Laser-Tonsillotomie werden über 40 weitere stationersetzende Eingriffe von besonders qualifizierten Kinderchirurgen und HNO-Ärzten erbracht. Weitere Informationen unter www.tk-online.de mit den Suchworten „Kinder ambulant operieren“ oder unter www.nordpark-aerztenetz.de



TK & Versorgung

Durch die enge Kooperation mit Kliniken sowie Haus- und Fachärzten steht die TK in einem dynamischen Austausch von Wissen und Erfahrung. Versorgungskonzepte werden beständig optimiert und den sich ändernden Bedürfnissen angepasst.

Wie kann eine medizinische Versorgung organisiert werden, die tatsächlich den Patienten in den Mittelpunkt stellt? Das „PraxisNetz MV“ in Rostock gibt eine Antwort auf diese Frage. Mit Fachärzten, die eng zusammenarbeiten, kurzen Wegen und komfortablen Sprechzeiten.

Besser versorgt im Netzwerk



Dr. Angelika Pietruschka,
Augenärztin im „PraxisNetz MV“
in Rostock

TK: Frau Dr. Pietruschka, im „PraxisNetz MV“ kooperieren Sie eng mit anderen Fachärzten. Wie sieht die Zusammenarbeit konkret aus?

Dr. Pietruschka: Das Netzwerk liefert den Rahmen, damit zwischen uns Ärzten keine Informationen verloren gehen und der Patient immer optimal betreut wird. Ein Beispiel aus meiner Praxis: Diabetiker sind häufig von einer verminderten Sehschärfe betroffen. Viele Diabetiker wissen aber gar nichts von ihrer Erkrankung, sondern kommen wegen ihrer Augenprobleme zu mir. Wenn ich einen Diabetes-Verdacht habe, kann ich den Patienten direkt an den geeigneten Fachkollegen im „PraxisNetz MV“ überweisen. Dort bekommt der Patient in dringenden Fällen binnen 24 Stunden einen Termin. Im Anschluss tauschen mein Kollege und ich uns über den Patienten und weitere mögliche Schritte aus. In solch engem Kontakt können vor allem auch Doppeluntersuchungen vermieden werden.

TK: Wer zum Arzt muss, möchte möglichst gut behandelt werden. Wie wird in dem neuen Versorgungskonzept die Qualität gefördert?

Dr. Pietruschka: Wir Ärzte sind vertraglich verpflichtet, nach den neuesten nationalen Qualitätsleitlinien zu

diagnostizieren und zu behandeln. Um immer auf dem aktuellen Wissensstand zu sein, bilden sich die Mediziner regelmäßig fort. Dabei gehen wir bewusst über das hinaus, was der Gesetzgeber an Fortbildung von uns verlangt. Ich nehme an Qualitätszirkeln teil und besuche E-Learning-Kurse, um mein Wissen zu pflegen und noch weiter auszubauen.

TK: Und wie erfahren Sie, ob die Patienten zufrieden waren?

Dr. Pietruschka: Die Patienten werden regelmäßig zur Behandlungs- und Servicequalität befragt. Die Ergebnisse dieser Befragungen fließen unmittelbar in die Weiterentwicklung des „PraxisNetz MV“ ein. Schließlich möchten wir uns an den Bedürfnissen der Patienten orientieren. Der Beiname des Versorgungskonzepts, „Der zufriedene Patient“, gibt uns da schon gut die Richtung für unser Handeln vor.



Dieses Projekt wurde 2010 von der Financial Times Deutschland beim Wettbewerb „Ideenpark Gesundheitswirtschaft“ ausgezeichnet. Die Jury lobte: „Das Projekt verfolgt einen guten, sektorenübergreifenden Ansatz, weil es sich nicht nur an bestimmten Diagnosen orientiert.“

Weitere Informationen unter www.tk-online.de/lv-mecklenburgvorpommern in der Rubrik „Vorsorge & Behandlung“.

Patienten, die sich für eine Rehabilitation entscheiden, mussten sich bei der Wahl der richtigen Klinik bislang meist auf Hörensagen oder Empfehlungen verlassen. Das Evaluationsprogramm „EVA-Reha“, das die TK maßgeblich mitentwickelt hat, macht Qualität und Erfolg von Rehabilitationseinrichtungen transparent. Nach dem Start in Rheinland-Pfalz soll „EVA-Reha“ den Rehabilitationserfolg zukünftig bundesweit messen.

Nach Qualität entscheiden



Dr. Ursula Weibler-Villalobos,
Leitende Ärztin beim Medizinischen
Dienst der Krankenversicherung (MDK)
Rheinland-Pfalz, Alzey

TK: Frau Dr. Weibler-Villalobos, wie aussagekräftig sind die Ergebnisse, die „EVA-Reha“ liefert?

Dr. Weibler-Villalobos: „EVA-Reha“ ist einzigartig, weil das Programm die Ergebnisse einer Rehabilitation messbar und vergleichbar macht. Es ermöglicht den Vergleich verschiedener Kliniken auf Basis der tatsächlichen Erfolge einer Rehabilitationsmaßnahme und erlaubt konkrete Rückschlüsse auf deren Verlauf beim einzelnen Patienten. Anhand von Patientennachbefragungen kann darüber hinaus die nachhaltige Wirkung der Therapie ermittelt und für die einzelnen Einrichtungen dargestellt werden. Zudem erfasst die Software alle in der Rehaklinik durchgeführten therapeutischen Maßnahmen patientenbezogen, so dass das Leistungsspektrum jeder teilnehmenden Einrichtung detailliert abgebildet wird.

TK: Nach welchen Kriterien werden die erfassten Daten ausgewertet?

Dr. Weibler-Villalobos: Die Informationen werden anonymisiert von den Kliniken an den MDK Rheinland-Pfalz geliefert und von diesem ausgewertet. Neben Alter, Geschlecht des Patienten und Dauer der Maßnahme werden während der Therapie wiederholt Daten zu den Beeinträchtigungen im alltäglichen Leben, zum Schweregrad der Begleiterkrankungen, zur Schmerzausprägung und zu bestimmten die Rehabilitation betreffenden klinischen Fähigkeiten, beispielsweise der Beweglichkeit von Gelenken, festgehalten. Die Erhebung erfolgt mit Hilfe wissenschaftlich anerkannter Messverfahren. Dabei kommen auch Patientenfragebögen zum Einsatz. Aus dem Verlauf der Ergebnisse lässt sich der Rehabilitationserfolg ableiten. Patientennachbefragungen sechs Monate nach dem Klinikaufenthalt runden das Bild ab. So lässt sich feststellen, ob die Erfolge der Rehabilitation von Dauer sind.

TK: Welche konkreten Auswirkungen haben die Ergebnisse auf den Klinikalltag?

Dr. Weibler-Villalobos: Anhand der Daten ist es möglich, die Rehabilitationsergebnisse der einzelnen Einrichtungen direkt miteinander zu vergleichen. Damit lässt sich ableiten, an welchen Punkten sich eine Einrichtung möglicherweise verbessern kann. Die aus „EVA-Reha“ gewonnenen Erkenntnisse werden direkt mit den Geschäftsführern und den Chefarzten der Rehabilitationskliniken besprochen. Im Rahmen der Gespräche werden konkrete Vorschläge und Maßnahmen zur Weiterentwicklung angeregt. In den Folgejahren lässt sich beurteilen, ob sich die Leistung der Einrichtung tatsächlich verbessert hat.

TK: Wie profitieren die Patienten von den Informationen?

Dr. Weibler-Villalobos: Der MDK Rheinland-Pfalz stellt nicht nur die Ergebnisse zur Verfügung, sondern unterstützt die TK auch bei der Interpretation der Daten. Die TK nutzt diese für die Auswahl der Vertragspartner und die Vertragsgestaltung. So können Patienten und TK gemeinsam entscheiden, welche Klinik im individuellen Fall den optimalen Erfolg verspricht. Da „EVA-Reha“ auch Besonderheiten der einzelnen Krankenhäuser abbildet, ist die Beratung der Patienten sehr genau und gezielt möglich.

TK: Werden in Zukunft alle Rehabilitationsangebote bundesweit evaluiert?

Dr. Weibler-Villalobos: Die TK setzt „EVA-Reha“ derzeit bundesweit in über 80 orthopädischen und kardiologischen und demnächst auch in weiteren, neurologischen Rehabilitationseinrichtungen ein. Das Interesse an dem Programm ist sehr groß. Eine weitere Verbreitung ist geplant, so sollen zukünftig auch weitere Indikationen einbezogen werden.

Weitere Informationen unter www.tk-online.de/lv-rheinlandpfalz, Rubrik „Gesundheit im Land“ und unter www.mdk-rlp.de



Medizinischer Dienst
der Krankenversicherung
Rheinland-Pfalz

Kon



**Ausgezeichnet:
Neues Vergütungssystem dank „EVA-Reha“**

Mit Hilfe von „EVA-Reha“ haben die TK und der MDK Rheinland-Pfalz gemeinsam ein neues, am Behandlungserfolg orientiertes Vergütungssystem entwickelt. Es wird seit 2006 in der BDH-Klinik Vallendar modellhaft erprobt und soll nun bundesweit umgesetzt werden. Dieses Projekt wurde 2010 von der Financial Times Deutschland beim Wettbewerb „Ideenpark Gesundheitswirtschaft“ ausgezeichnet.





Die Therapie psychischer Erkrankungen erfordert besondere Bedingungen: Denn lange stationäre Aufenthalte sind bei diesen Diagnosen oft kontraproduktiv. Mit dem Versorgungskonzept „Netzwerk Psychische Gesundheit“ geht die TK neue Wege. Der Patient bleibt in seinem vertrauten Lebensumfeld und hat schnellen Zugang zu der Hilfe, die er benötigt.

Mit persönlichem Plan aus der Krise



Dr. Martin Kleinschmidt,
Psychiater/Psychotherapeut
und Geschäftsführer
der Pinel-Gesellschaft, Berlin

TK: Herr Dr. Kleinschmidt, warum stehen Sie Klinikaufenthalten bei psychischen Erkrankungen kritisch gegenüber?

Dr. Kleinschmidt: Zuallererst deswegen, weil die Patienten ihnen so kritisch gegenüberstehen. Aus meiner 15-jährigen Erfahrung als Assistenz- und Oberarzt im Krankenhaus weiß ich, dass die meisten Patienten geeignete ambulante Angebote bei weitem vorziehen würden, wenn sie denn vorhanden wären. Aber auch deshalb, weil aus professioneller Sicht Klinikaufenthal-

te oft vermeidbar sind. Wenn Patienten drei-, viermal im Jahr im Krankenhaus sind, stimmt meist etwas mit der Koordination der Hilfen nicht. So fehlt beispielsweise eine hinreichende Absprache unter den ambulanten und stationären Therapeuten, oder die Nachsorge nach einem Klinikaufenthalt klappt nicht. Hier setzen wir an, sprechen mit den Beteiligten, bringen alle auf einen Stand und führen gemeinsame Entscheidungen herbei.

TK: Und wie sind die Betroffenen selbst miteingebunden?

Dr. Kleinschmidt: Wir haben den großen Vorteil, dass wir die Patienten meist kennenlernen, wenn sie gar nicht in einer Krise stecken. Dann können wir mit ihnen

in Ruhe und auf Augenhöhe einen Krisenplan erarbeiten. Dazu gehen wir gemeinsam vergangene Krisen durch und entwerfen in Abstimmung mit den Patienten die geeigneten Vorbeugestrategien. Auf diese Weise lassen sich Frühwarnzeichen herausarbeiten, und es wird festgelegt, wer im Falle einer Krise wie reagieren soll.

TK: Wie sieht die konkrete Krisenintervention aus?

Dr. Kleinschmidt: Im Krisenfall greifen wir auf das zurück, was wir mit dem Patienten und seinen Angehörigen bereits im Vorfeld vereinbart haben. In der Regel gibt es einen persönlichen Plan, der die Erfahrungen aus vorangegangenen Krisen berücksichtigt. Krisenintervention heißt zum Beispiel, die ambulante Therapie zu intensivieren oder Netzwerkgespräche mit den wichtigen Bezugspersonen zu führen – manchmal mehrmals pro Woche. Oder auch Beschäftigung und Tagesstruktur anzubieten.

Zentral sind dabei die drei festen Ansprechpartner des Patienten: ein Bezugsbegleiter, der langfristig den persönlichen Kontakt hält, der niedergelassene Arzt und der Fallmanager, der den Gesamtablauf koordiniert. Alle sind Profis, langjährig erfahren in der Betreuung psychisch Kranker. Reichen die ambulanten Angebote nicht aus, steht als wichtige Notfallreserve die Krisenpension zur Verfügung, mit der Besonderheit, dass die Patienten sich dort oft nur stunden-, tage- oder nächteweise aufhalten. Dieses Setting kann je nach aktuellem Bedarf täglich angepasst werden und ist, wenn nötig, über Wochen und Monate möglich. Und manche Patienten entscheiden sich für die Klinik: Auch das ist eine wichtige Notfallvariante, vor allem, wenn es gute Kooperationsbeziehungen gibt.

TK: Bei der dezentralen wohnortnahen Versorgung kümmern sich bis zu zehn Versorgungspartner um einen Patienten. Kann bei so vielen Beteiligten überhaupt eine effiziente Koordination gelingen?

Dr. Kleinschmidt: In der Tat mangelt es bei vielen Angeboten der dezentralen Versorgung an einer zentralen Figur unter den Helfern, die mit dem Patienten alle Fäden in der Hand hält. Genau aus diesem Grund geht das „Netzwerk Psychische Gesundheit“ andere Wege: Wir besetzen den Platz des Koordinators und sorgen für den effizienten Informations- und Wissensaustausch zwischen allen Beteiligten. In der Regel entwickelt sich unsere Position zu einer herausragenden Stellung im Helfersystem des Patienten, da er bei uns über Jahre immer denselben Ansprechpartner hat. Wenn es notwendig ist, dann steht ihm sein persönlicher Ansprechpartner innerhalb eines Werktags zur Verfügung. Außerdem ist rund um die Uhr eine Notfall-Hotline zu erreichen. Auch das gilt für die meisten anderen Versorgungspartner so nicht. Damit ist das Netzwerk prädestiniert für die Vermeidung von Krisen und für die Betreuung in krisenhaften Zeiten.

2009 mussten mehr als 50.000 TK-Versicherte wegen Depressionen, Schizophrenien oder Persönlichkeitsstörungen ins Krankenhaus. Damit die Betroffenen zukünftig besser ambulant versorgt werden, baut die TK das „Netzwerk Psychische Gesundheit“ nach dem Start in Berlin nach und nach bundesweit aus. Eine Liste mit aktuellen Standorten und weitere Informationen unter www.tk-online.de, Suchworte „Psychische Gesundheit“.



Wenn Gewalt oder der Verlust eines nahen Angehörigen Kinder und Jugendliche traumatisiert haben, benötigen sie eine spezielle psychotherapeutische Behandlung. Doch dafür fehlen bislang passgenaue Konzepte. Damit Kindheit nicht zum Alptraum wird, bietet die TK in Sachsen-Anhalt mit „Trauma first“ ein eigens für junge Patienten entwickeltes Angebot.

Aus dem Trauma zurück ins Leben



Dr. Sabine Ahrens-Eipper,
Psychotherapeutin und
Entwicklerin von „Trauma first“,
Halle (Saale)

TK: Frau Dr. Ahrens-Eipper, wie gelingt es Ihnen, traumatisierten Kindern und Jugendlichen wieder zu Lebensfreude zu verhelfen?

Dr. Ahrens-Eipper: Wir verpacken die Therapie in spannende Geschichten. Die von uns entwickelten Abenteuer bringen die Kinder beispielsweise auf die Insel der Träume oder die Insel der Gefühle, wo sie durch den Drachen Draco nahezu nebenbei lernen, wie sie Alpträume vertreiben oder mit Wut im Bauch umgehen. In den Therapiesitzungen mit den ganz Kleinen sitzen wir in einem großen Holzschiff und stehen zu einem eigens von einer Musiktherapeutin komponierten Lied in See. Dabei geht ein Elternteil mit auf die Reise, um die therapeutischen Strategien kennenzulernen und uns als Co-Therapeut zu unterstützen.

TK: Es ist verwunderlich, dass es bei geschätzten 200.000 jugendlichen Gewaltopfern pro Jahr bislang keine altersgerechten Behandlungsansätze für schockierte Kinderseelen gibt. Warum besteht dieses Defizit?

Dr. Ahrens-Eipper: In vielen Bereichen ist die Forschung in der Kinder- und Jugendpsychotherapie noch lange nicht so weit wie bei den Störungen im Erwachsenenalter. Daher gibt es keine entsprechenden Studien. Zu Kindern unter sechs Jahren haben wir





gar keine Daten. Aus diesem Grund können wir nicht sagen, wie verbreitet die posttraumatische Belastungsstörung im Kleinkind- und Vorschulalter ist. Für diese Altersgruppe fehlt es auch an evaluierten Behandlungsprogrammen. In England beispielsweise ist das anders: Hier gibt es für ältere Kinder und Jugendliche, die sexuellen Missbrauch erlebt haben, einen sehr wirksamen verhaltenstherapeutischen Behandlungsansatz.

TK: Zur Behandlung der Alpträume und Ängste setzen Sie auf Gruppentherapie. Ist das ein besonders kinderfreundliches Konzept?

Dr. Ahrens-Eipper: Gruppentherapie bei Kindern ist besonders wirksam, weil die Kinder merken, dass sie nicht allein sind, und mit anderen gemeinsam Ideen entwickeln können, um ihr Problem anzugehen. Dadurch lernen sie voneinander. Und da die Gruppensitzung deutlich lebhafter ist als die Einzelsitzung, ist sie für Kinder und Jugendliche weitaus angenehmer. Dazu setzen wir bei „Trauma first“ auf die Weiterentwicklung einer Gruppentherapie, die ich unter dem Titel „Mutig werden mit Til Tiger“ entwickelt und evaluiert habe.

TK: Bei „Trauma first“ arbeiten verschiedene Fachrichtungen zusammen. Warum ist dieses ärztliche Zusammenspiel so wichtig?

Dr. Ahrens-Eipper: Wir wollen den betroffenen Kindern und Jugendlichen eine optimale Versorgung bieten. Dazu haben wir ein spezielles ärztliches Protokoll entwickelt, das die Folgen von Misshandlung, Missbrauch und anderen Traumatisierungen genauestens erfasst. So sind die beteiligten Kinderärzte und Kinderpsychiater immer bestens informiert und können entsprechend handeln.

TK: Wie binden Sie die Eltern mit ein?

Dr. Ahrens-Eipper: Für den Therapieerfolg ist die Zusammenarbeit mit den Eltern entscheidend. So nehmen die Eltern bei „Trauma first“ an einer eigenen Gruppe teil. Auch hier setzen wir auf die Erfahrungen aus der Gruppenarbeit mit den Kindern und Jugendlichen. Gemeinsam mit den Eltern werden die Problembereiche, beispielsweise Alpträume, Ängste oder Impulskontrollstörungen, besprochen. Darüber hinaus erarbeiten wir in der Elterngruppe entsprechende Strategien, damit Mütter und Väter adäquat auf ihre Kinder eingehen können. Für die individuelle Betreuung werden in Einzelsitzungen die Problemstellungen der Familien besprochen. Damit wir ein noch besseres Verständnis aufbauen können, führen wir zusätzlich Hausbesuche durch. Der Einblick in den Alltag der Familie gibt uns weitere Hinweise. Gleichzeitig geben wir praktische Tipps zu Themenbereichen, die Spannungen und Konflikte erzeugen, beispielsweise die Hausaufgabensituation oder das Zubettgehen.

TK: Seit Frühjahr 2010 wird „Trauma first“ evaluiert. Wie stehen die Chancen, dass in Zukunft weitere Psychotherapeuten nach ihrem Konzept arbeiten werden?

Dr. Ahrens-Eipper: Wir werden für die verschiedenen Altersgruppen Therapiemanuale veröffentlichen und ab 2011 entsprechende Weiterbildungen für Kinder- und Jugendpsychotherapeuten anbieten. Auf diese Weise soll sich „Trauma first“ nach und nach verbreiten.

Weitere Informationen unter www.tk-online.de/lv-sachsenanhalt in der Rubrik „Vorsorge & Behandlung“.

Die Zeit der Pubertät und des Erwachsenwerdens ist ohnehin schon schwierig genug. Wenn Jugendliche in diesen Jahren chronisch krank sind, mögen sie sich daher nur ungern mit ihrer Krankheit beschäftigen. Und zum Kinderarzt wollen sie schon mal gar nicht. Um die Versorgung dieser jungen Erwachsenen zu verbessern, erprobt die TK ein innovatives Konzept in Berlin.

Jugendlichen eine Brücke bauen

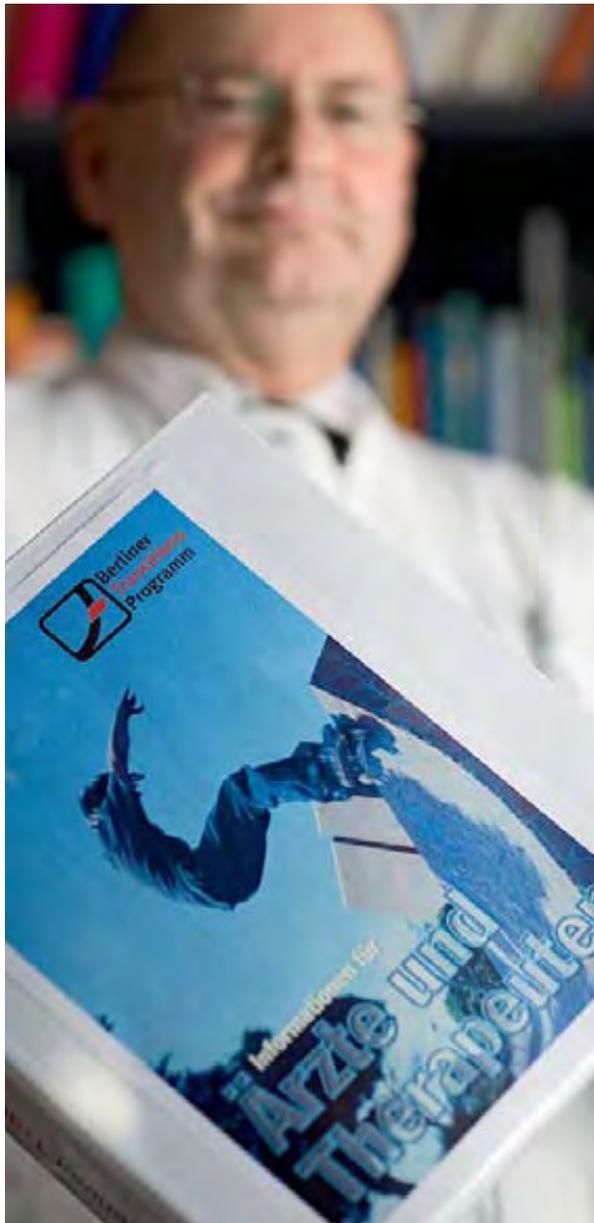


Prof. Dr. Walter Burger,
Leiter des Diabeteszentrums für
Kinder und Jugendliche an
den DRK Kliniken Berlin-Westend

TK: Herr Professor Burger, Pubertät hin oder her. Warum ist es für chronisch kranke Jugendliche so schwierig zu merken, dass es ohne adäquate Behandlung nicht geht?

Prof. Burger: Pubertierende Jugendliche sind in einer Lebensphase grundsätzlicher Umstellungen, die ihnen eine Vielzahl von Entscheidungen abfordert, die sie eigentlich noch gar nicht gerne treffen wollen. Erschwerend kommt hinzu, dass sie in diesem Alter einen viel kürzeren Zeithorizont haben und sich beispielsweise nur sehr schwer vorstellen können, einmal 30 Jahre alt zu sein. Warum sollten sie Lasten auf sich nehmen, um für ein so „hohes“ Alter vorzusorgen; vor





allein, wenn ihre Erkrankung, etwa der Diabetes mellitus, Aktivitäten wie Spritzen, Blutzuckermessen und die genaue Berücksichtigung der Essensmenge erfordert? Daher ist es so wichtig, bei chronisch kranken Jugendlichen die Einsicht und Selbstverantwortung im Umgang mit ihrer Erkrankung zu fördern.

TK: Und was passiert, wenn das nicht gelingt?

Prof. Burger: Oft kommt es, gerade nach dem Wechsel der medizinischen Betreuung im Übergang in die Erwachsenenmedizin, der sogenannten Transition, zu einem Abbruch der spezialisierten Betreuung. Oder zu einer so mangelhaften Mitwirkung, dass der Therapieerfolg infrage steht. Im schlimmsten und gar nicht so seltenen Fall besinnt sich der Patient erst dann auf die Notwendigkeit einer intensiven Spezialbetreuung, wenn es ihm körperlich spürbar schlechter geht.

TK: Dreh- und Angelpunkt des „Berliner Transitionsprogramms“ sind sogenannte Fallmanager. Wie helfen diese den Jugendlichen?

Prof. Burger: Ein erfolgreicher Transitionsprozess erfordert den zuverlässigen Fluss von Informationen. Ein oft jahrelanger Krankheitsverlauf muss an die wei-

terbehandelnden Kolleginnen und Kollegen vermittelt werden, möglicherweise sind dafür Fallkonferenzen oder Sprechstunden mit der Familie notwendig. Der Austausch der Informationen oder eventuell notwendige zusätzliche Termine müssen koordiniert werden. Dies ist im laufenden Praxisbetrieb oft schwer zu realisieren. Viele Jugendliche brauchen auch noch gezielte Unterstützung oder Information zu bestimmten Aspekten ihrer Erkrankung oder der Organisation des Gesundheitswesens, um selbstständig zu werden. Diese kann der Fallmanager geben oder ermitteln. Eine wesentliche Aufgabe des Fallmanagements ist es, die kontinuierliche Betreuung der Jugendlichen zu sichern. Das bedeutet eine Überprüfung der Einhaltung von Terminen und gegebenenfalls eine Rücksprache mit dem Jugendlichen; bei größeren Problemen auch mit seinen ehemaligen oder aktuellen Betreuern.

TK: Das Projekt richtet sich derzeit an Jugendliche mit Epilepsie oder Diabetes. Warum haben gerade diese Erkrankungen Modellcharakter?

Prof. Burger: Bei den Patienten mit einer Epilepsie ist je nach Schwere der Erkrankung ein sehr unterschiedliches Spektrum an Unterstützung notwendig. Patienten, die „nur“ eine Epilepsie haben, bedürfen einer anderen Unterstützung als mehrfach behinderte Patienten, bei denen die Epilepsie nur ein Symptom neben vielen anderen ist. Für die speziellen Bedürfnisse dieser Patienten gibt es in der Erwachsenenmedizin bisher ausreichend spezialisierte Weiterbetreuungsmöglichkeiten nur in begrenztem Umfang oder noch gar nicht. In anderer Weise exemplarisch ist die Situation beim Diabetes. Bei vielen Erwachsenenendokrinologen liegt der Schwerpunkt auf der Betreuung von Patienten mit Diabetes Typ 2, der meist erst nach dem 40. Lebensjahr auftritt. Aber auch in diabetologischen Praxen mit vielen jungen Patienten wird häufig nicht nur von den Ärzten, sondern auch vom nichtärztlichen Personal eine viel größere Selbstständigkeit vorausgesetzt, als sie Jugendliche aufweisen.

TK: Welche Erkenntnisse erhoffen Sie sich nach Abschluss der Pilotphase?

Prof. Burger: Nach Abschluss der Pilotphase wissen wir, ob die Struktur des Transitionsprogramms praktikabel ist und ob es damit gelingt, die Therapietreue der Patienten zu verbessern.

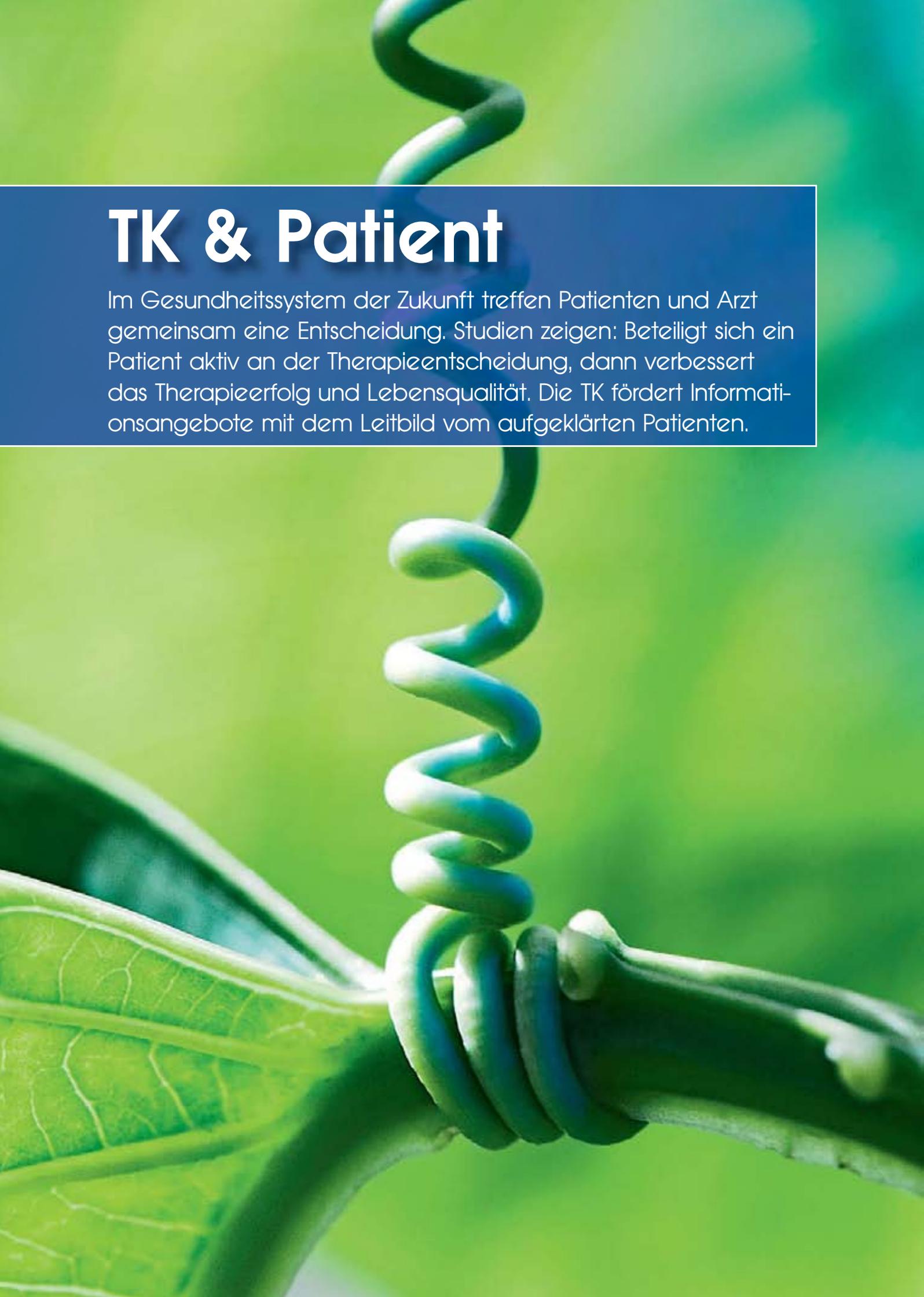
TK: Werden die Ergebnisse auf weitere chronische Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen übertragen?

Prof. Burger: Ziel des Projekts ist es, die gewonnenen Erfahrungen auch auf Patienten mit anderen Erkrankungen auszudehnen, da es sich bei den Schwierigkeiten mit der Transition um ein generelles Problem chronisch kranker Jugendlicher handelt, das nicht nur individuelles Leid verursacht, sondern durch mögliche gravierende Langzeitfolgen auch eine gesundheitspolitische Bedeutung hat.



Dieses Projekt wurde 2010 von der Financial Times Deutschland beim Wettbewerb „Ideenpark Gesundheitswirtschaft“ ausgezeichnet. Das Projekt beseitigt einen weißen Fleck in der Versorgungslandschaft, so die Jury.

Weitere Informationen unter www.drk-kliniken-berlin.de, Suchworte „Berliner Transitionsprogramm“.



TK & Patient

Im Gesundheitssystem der Zukunft treffen Patienten und Arzt gemeinsam eine Entscheidung. Studien zeigen: Beteiligt sich ein Patient aktiv an der Therapieentscheidung, dann verbessert das Therapieerfolg und Lebensqualität. Die TK fördert Informationsangebote mit dem Leitbild vom aufgeklärten Patienten.

Morgens die blaue, mittags die weiße und abends die rote Tablette? Oder doch andersherum? Statistisch gesehen nimmt jeder Mensch ab dem 60. Lebensjahr drei rezept- und nahezu ebenso viele apothekenpflichtige Arzneimittel ein. Für Patienten, Ärzte und Apotheker ist es gleichermaßen eine Herausforderung, den Überblick zu behalten und unerwünschte Wechselwirkungen zu vermeiden. Abhilfe schaffen Informationsmöglichkeiten, die unkompliziert für die nötige Übersicht sorgen.

Risiken und Nebenwirkungen vermeiden



Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig,
Vorsitzender des Vorstands der
Arzneimittelkommission der
deutschen Ärzteschaft, Berlin

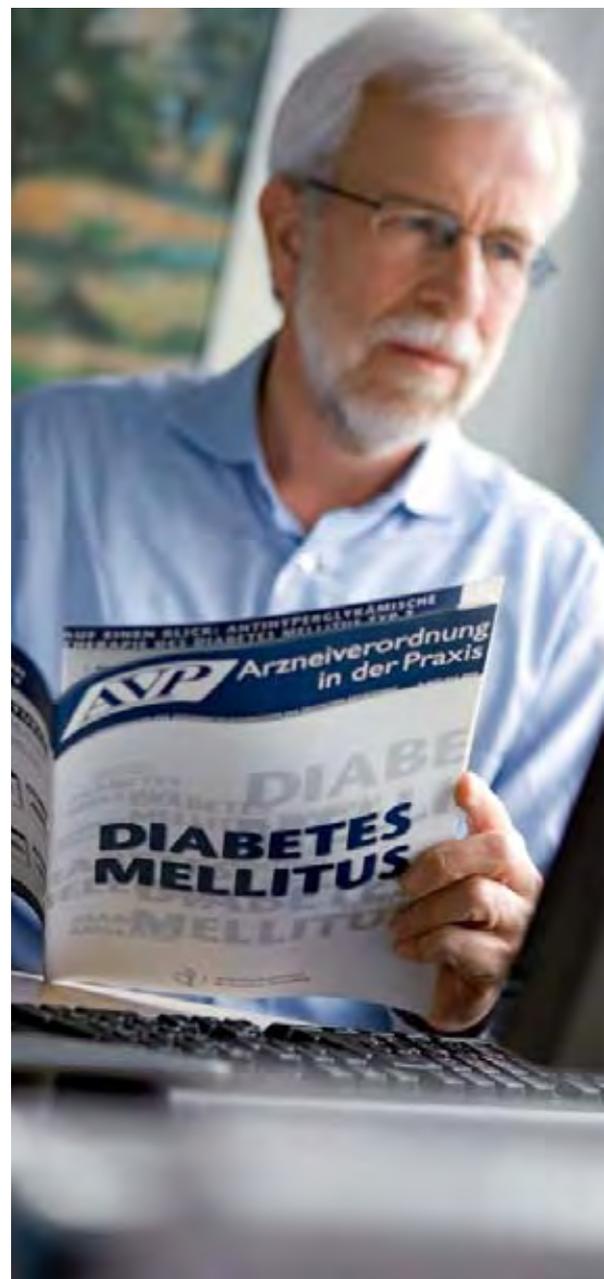
TK: Herr Professor Ludwig, glaubt man den Zahlen, dann stapeln sich in deutschen Haushalten die Tabletten. Ist es überhaupt sinnvoll, so viele verschiedene Medikamente auf einmal zu schlucken?

Prof. Ludwig: Die im Alter zunehmende Multimorbidität, das heißt das Vorliegen verschiedener Krankheiten, führt häufig dazu, dass ältere Menschen gleichzeitig verschiedene Arzneimittel verordnet bekommen oder aber im Rahmen der Selbstmedikation einnehmen. Viele dieser Arzneimittel sind notwendig, für andere ist der Nutzen, beispielsweise zur Behandlung von Durchblutungsstörungen oder Alzheimer, schlecht belegt. Aufgrund der Vielzahl verordneter oder selbst eingenommener Arzneimittel erhöht sich das Risiko von unerwünschten Arzneimittelwirkungen, aber auch von Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Wirkstoffen.

TK: Wie viele Patienten sind in etwa betroffen?

Prof. Ludwig: Zahlreiche Untersuchungen haben übereinstimmend ergeben, dass bis zu zehn Prozent der Krankenhauseinweisungen in internistische Abteilungen eine Folge von unerwünschten Arzneimittelwirkungen sind und auch im Krankenhaus bei etwa fünf bis zehn Prozent aller Patienten schwere unerwünschte Arzneimittelwirkungen auftreten, von denen etwa 30 bis 40 Prozent vermeidbar wären. Besondere Bedeutung hat in diesem Zusammenhang die Vermeidung potenziell inadäquater Medikamente (PIM), bei denen das Risiko oft den klinischen Nutzen überwiegt. Eine in Deutschland inzwischen erarbeitete Liste von PIM, deren Anwendung bei älteren Menschen vermieden bzw. deren Dosierung angepasst werden sollte, ist eine wichtige Hilfestellung.

TK: Wie können Ärzte und Apotheker bei der Fülle der im Einzelfall verordneten Medikamente den Überblick über mögliche Wechselwirkungen behalten? ▶





Prof. Ludwig: Bei circa 20.000 verschreibungspflichtigen Arzneimitteln mit etwa 2.000 Wirkstoffen und insgesamt um die 59.000 in Deutschland zugelassenen Arzneimitteln mit mehr als 12.000 Wirkstoffen ist es natürlich für Ärzte und Apotheker unmöglich, alle Wechselwirkungen zu kennen und die relevanten bei der Verordnung adäquat zu berücksichtigen oder gar den Patienten zu erklären. Etwa zwei Drittel dieser Arzneimittel werden ärztlich und ein Drittel selbst verordnet. Wir sind deshalb auf eine EDV-unterstützte Bereitstellung relevanter Informationen zu möglichen Wechselwirkungen angewiesen, um Verordnungsfehler zu verhindern und die Arzneimitteltherapiesicherheit zu verbessern. Der vom Bundesministerium für Gesundheit finanziell geförderte und von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) koordinierte Aktionsplan zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit in Deutschland widmet sich intensiv den fachlichen Anforderungen an eine EDV-unterstützte Verordnung von Arzneimitteln und deren Implementierung in Praxen, Krankenhäusern und Apotheken.

Arzt und Apotheker sollten grundsätzlich alle vom Patienten eingenommenen Arzneimittel kennen. Dabei helfen ganz simple Tipps, die beispielsweise in einem Flyer des zuvor genannten Aktionsplans dargestellt sind. So kann das Anlegen einer Liste mit allen, auch ohne Rezept gekauften Arzneimitteln wesentlich dazu beitragen, Sicherheit und Erfolg der Arzneimitteltherapie zu verbessern.

TK: Was können Patienten tun, um an verlässliche und unabhängige Informationen zu Nutzen und Risiken der Arzneimittel zu gelangen?

Prof. Ludwig: Es gibt bereits heute zahlreiche unabhängige Informationsquellen für Patienten, die zum Teil leider zu wenig bekannt sind. So gibt die seit 2005 alle zwei Monate erscheinende Zeitschrift „Gute Pillen – Schlechte Pillen“ Orientierung im Dschungel der Medizin und vermittelt ohne Einfluss der Pharmaindustrie und ohne Werbung Informationen über Nutzen und Risiken von Arzneimitteln, sinnvolle nichtmedikamentöse Maßnahmen bei häufigen Krankheiten und unseriöse Werbestrategien, die den Gebrauch bestimmter, meist überflüssiger Medikamente propagieren. Auch die von der TK in Zusammenarbeit mit der AkdÄ herausgegebenen Patientenratgeber enthalten wertvolle Informationen für Patienten und Angehörige zu häufigen Krankheiten und deren medikamentöser Therapie. Zuletzt ist im Jahr 2009 eine Broschüre zum Thema Bluthochdruck erschienen.

Die Anforderungen an die Qualität von Informationen zu Nutzen und Risiken von Arzneimitteln sind heute eindeutig definiert und sollten auf dem derzeit besten verfügbaren medizinischen Wissen basieren, die Erfahrungen und Bedürfnisse der Patienten berücksichtigen, für Menschen ohne medizinische Vorbildung verständlich sein und als Grundlage für eine informierte, gemeinsam von Patient und Arzt getroffene Entscheidung dienen.

TK: Wie tief sollte man denn in die komplizierte Materie einsteigen, um das notwendige Maß an Wissen zu haben?

Prof. Ludwig: Dies hängt natürlich vom Schweregrad der Erkrankung und den vorhandenen Therapiemöglichkeiten ab. Ganz wesentlich aus meiner Sicht ist, dass nicht nur die Wirksamkeit und der mögliche Schaden eines bestimmten Arzneimittels im Gespräch mit dem Patienten dargestellt werden, sondern dass alle vorhandenen Behandlungsmöglichkeiten, auch nichtmedikamentöse, sowie die potenziellen Folgen eines Verzichts auf Behandlung besprochen werden.

Da für etwa zwei Drittel der Patienten die Packungsbeilage eine wichtige Informationsquelle für Arzneimittel darstellt, sollte eine Vereinfachung und Lesbarkeit der Packungsbeilage für den nicht medizinisch ausgebildeten Empfänger ein wichtiges Ziel sein. Eine sogenannte „Drug Facts Box“, die in der Packungsbeilage wichtige Informationen zu Wirksamkeit und unerwünschten Wirkungen auf maximal einer Seite zusammenfasst, könnte die Kenntnisse der Verbraucher über die eingenommenen Arzneimittel, aber auch die Therapietreue verbessern.

TK: Rechnen Sie damit, dass sich der Trend zu mehr Arzneimittelverschreibungen noch einmal umkehren lässt?

Prof. Ludwig: Das hängt von verschiedenen Faktoren ab. Zunächst müssen wir die Verbreitung zuverlässiger, unabhängiger und anwenderfreundlicher Patienteninformationen deutlich verbessern. Derartige Informationen sind für eine realistische Einschätzung von Nutzen und Schaden insbesondere neuer Arzneimittel unverzichtbar und auch eine Voraussetzung dafür, dass in bestimmten Situationen die Einnahme von Arzneimitteln unterbleibt. Auch die bereits angesprochenen evidenzbasierten Gesundheitsinformationen, die sich auch auf Lebensstil und Prävention von Krankheiten beziehen, sowie eine bereits in der Schule konsequent vermittelte Gesundheitsförderung sind wichtige Maßnahmen, um dem Trend zu mehr Arzneimittelverschreibungen entgegenzuwirken.

Arzneimittelinformation bei der TK

Die TK bietet ihren Versicherten eine Versicherteninformation Arzneimittel (TK-ViA). In der Art eines persönlichen Kontoauszugs sind alle über die TK abgerechneten Medikamente der jeweils letzten 24 Monate aufgelistet. Patienten können sich anhand des Auszugs ausführlich vom TK-Ärztzentrum beraten lassen oder nehmen die Aufstellung zum nächsten Arztbesuch mit. So können mögliche unerwünschte Nebenwirkungen frühzeitig erkannt werden.

Weitere Informationen unter www.tk-online.de, Suchwort „Arzneimittelberatung“.



Durchschnittlich sieben Jahre dauert es, bis Patienten in Deutschland etwa eine Spenderniere erhalten. Das ist viel zu lange, denn je eher transplantiert wird, desto größer sind die langfristigen Erfolgchancen des Eingriffs. Doch der Organmangel ist nicht die einzige Herausforderung: Bis zur Hälfte der Transplantierten nimmt nach der Operation lebensnotwendige Medikamente nicht. Die TK bietet jetzt Unterstützung mit einer eigenen TransplantationsHotline.

Ein neues Leben – dank Spenderorgan



Prof. Dr. Björn Nashan,
Direktor der Klinik und Poliklinik
für Hepatobiliäre Chirurgie
und Transplantationschirurgie
am Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

TK: Herr Professor Nashan, ärgert es Sie, wenn Patienten im Anschluss an eine Organtransplantation notwendige Medikamente nicht nehmen?

Prof. Nashan: Als Arzt kann ich Patienten mit meiner Arbeit im OP-Saal ganz konkret helfen, wieder gesund zu werden. Ich kann dagegen niemanden ohne eigenes Zutun mit dem Skalpell oder Medikamenten gesund „zaubern“. Ich ermuntere meine Patienten, ihr Schicksal selbst in die Hand zu nehmen. Das bedeutet auch, selbstständig zu entscheiden, welche Regeln ich als Patient einhalte und welche ich für überflüssig halte. Insofern ärgere ich mich nicht, schließlich schätze ich meinen Einfluss von vornherein als begrenzt ein.

TK: Trotz der zumeist langen Wartezeit auf ein Spenderorgan bereitet es vielen Menschen offenbar Probleme, nach der Operation bei der Stange zu bleiben.

Prof. Nashan: In der Tat: Je nach Studie nimmt bis zur



Hälfte der Patienten nach einer Organtransplantation lebensnotwendige Medikamente nicht, die verhindern, dass der Körper das neue Organ abstößt. Dabei steckt keine böse Absicht hinter der mangelnden Therapietreue: Vielfach fällt es den Patienten gar nicht auf, dass sie keine Medikamente mehr nehmen. Nach dem Eingriff ist man schnell wieder zurück im Alltagstrott. Die Kinder müssen zum Sport, Einkäufe sind zu erledigen und auch der nächste Urlaub will geplant sein. Da gerät der Griff zur Medikamentenpackung schnell in Vergessenheit.

TK: Kann man mit einem neuen Organ überhaupt wieder so leben, als wäre nichts gewesen?

Prof. Nashan: Genau das ist das Ziel einer Organtransplantation. Mit dem neuen Organ ebnen wir den Patienten den Weg zurück in die Normalität. Auch wenn nach einer Organtransplantation meist lebenslang Medikamente eingenommen werden müssen, bedeutet ein neues Organ immer eine große Chance.

Zahlen aus den USA zeigen, dass die Lebenserwartung Nierentransplantierten Patienten mit jener der gesunden Bevölkerung vergleichbar ist. Das Sterbe-



risiko vervierfacht sich dagegen für Dialysepatienten. In Deutschland sterben jedes Jahr etwa 20 Prozent der Betroffenen. Mit einer Transplantation gewinnen Patienten also wertvolle Lebenszeit.

TK: Was ist der Schlüssel für einen dauerhaften Transplantationserfolg?

Prof. Nashan: Auch an dieser Stelle hilft der Blick in die Statistik. Die einfache Faustregel lautet: Je eher transplantiert wird, desto größer die Wahrscheinlichkeit, dass die Transplantation langfristig erfolgreich ist. Nehmen wir erneut das Beispiel Nierentransplantation: Acht von zehn Patienten, die weniger als sechs Monate zur Dialyse mussten, haben zehn Jahre nach dem Eingriff noch ein funktionierendes Transplantat. Eine deutlich geringere Transplantat-Überlebenszeit haben dagegen Menschen, die länger als zwei Jahre abhängig von der Dialyse waren. Nur bei knapp der Hälfte funktioniert das neue Organ auch noch nach zehn Jahren.

Vor diesem Hintergrund ist es besonders traurig, dass in Deutschland die Wartezeit für eine neue Niere im Schnitt sieben Jahre beträgt. Damit ist nicht nur die Leidenszeit der Betroffenen besonders lang, sondern

TK-TransplantationsHotline

Seit 2009 bietet die TK als erste Kasse eine eigene Hotline zum Thema Transplantation. Die TK reagiert damit auf das besonders hohe Beratungsbedürfnis der Betroffenen vor und nach der Operation. Besonders geschulte Fachärzte stehen bereit, medizinische und psychologische Aspekte einer Transplantation zu besprechen. Zurzeit können Fragen zu Leber-, Herz-, Lungen- und Nierentransplantationen gestellt werden. Die TK-TransplantationsHotline ist 24 Stunden täglich an 365 Tagen im Jahr unter Tel. 040 / 85 50 60 60 40 zu erreichen.

Weitere Informationen unter www.tk-online.de, Suchwort „TK-TransplantationsHotline“.

auch der Nutzen der Transplantation gerät in Gefahr. Nicht zu vernachlässigen sind außerdem die Kosten: Eine Transplantation ist bereits im ersten Jahr viel günstiger als die Dialyse. Angesichts der Diskussion um knappe Mittel im Gesundheitswesen sollte man diesem Argument durchaus Beachtung schenken.

Eingriffe an der Wirbelsäule sind nur selten der richtige Weg, um Rückenschmerzen dauerhaft zu beseitigen. Das Für und Wider einer Operation sollte deshalb sorgfältig abgewogen werden. Die TK ermöglicht ihren Versicherten, vor der Entscheidung für oder gegen eine Therapie eine zweite Expertenmeinung einzuholen.

Vor der OP eine zweite Meinung



Dr. Gerhard H. H. Müller-Schwefe,
Präsident der Deutschen
Gesellschaft für Schmerztherapie,
Göttingen

TK: Herr Dr. Müller-Schwefe, die TK bietet ihren Versicherten an, vor einer Rücken-OP eine zweite Meinung einzuholen. Stiftet ein solches Verfahren bei Patienten denn nicht mehr Verwirrung als Nutzen?

Dr. Müller-Schwefe: Nach unseren bisherigen Erfahrungen wird das Zweitmeinungsverfahren von den Patienten ausgesprochen gut akzeptiert. Dies spricht dafür, dass eine zweite Meinung grundsätzlich als sehr nützlich eingeschätzt wird. Eine sorgfältige Untersuchung durch ein multiprofessionelles Expertenteam vermittelt den Patienten ein gutes Gefühl und schafft Vertrauen. Verwirrung entsteht nur dann, wenn Therapieentscheidungen ohne sorgfältige Untersuchung ausschließlich auf der Grundlage bildgebender Verfahren wie der Magnetresonanztomographie getroffen und die zur Verfügung stehenden Therapien nicht zusammen mit dem Patienten sorgfältig abgewogen werden.

TK: Ist eine Zweitmeinung ein Misstrauensvotum gegenüber dem erstbehandelnden Arzt?

Dr. Müller-Schwefe: Keinesfalls! Gerade die Tatsache, dass das Einholen einer Zweitmeinung häufig von den erstbehandelnden Ärzten vorgeschlagen wird, belegt, dass dieses Verfahren nicht als Misstrauensvotum, sondern als Chance verstanden wird, für den Patienten die individuell optimalen Therapiemöglichkeiten zu finden.

TK: Die Patienten werden in Ihrem Schmerzzentrum von einem Schmerz-, einem Physio- und einem Psychotherapeuten untersucht. Warum ist diese enge Kooperation sinnvoll?

Dr. Müller-Schwefe: Rückenschmerzen sind in aller Regel ein komplexes Krankheitsbild, bei dem körperliche Störungen beispielsweise der Muskulatur und Bänder zusammenfallen mit seelischen Belastungen in Familie und Arbeit, einseitigen Körperhaltungen im Beruf und hieraus folgenden Einschränkungen in allen Lebensbereichen. Die umfassende Diagnostik als





Grundlage jeder Therapieempfehlung muss deshalb alle Aspekte eines solchen komplexen Krankheitsbildes abdecken. Dies gelingt nicht durch einen einzigen Spezialisten, sondern nur durch ein Team, das verschiedene Kompetenzen bündelt. Entscheidend ist aber auch, dass die Experten die Untersuchungsbe- funde miteinander bewerten, besprechen und gemein- sam die für die Patienten besten Therapieoptionen herausfinden.

TK: Welche Alternativen gibt es überhaupt zu einem chirurgischen Eingriff?

Dr. Müller-Schwefe: In Deutschland werden jährlich etwa 230.000 Wirbelsäulenoperationen durchgeführt. Die Ergebnisse entsprechen häufig nicht den Erwartungen der Patienten, oft entstehen sogar durch Ver- narbungen stärkere Beschwerden als zuvor. Bei vier von fünf Patienten führt eine nichtoperative Behand- lung, die verschiedene Verfahren der Schmerztherapie kombiniert, zu besseren Ergebnissen als eine OP.

Grundlage jeder Therapie sind immer die sorgfältige Erhebung der Vorgeschichte auf der Grundlage eines Schmerzfragebogens wie auch die körperliche, funkti- onelle und neurologische Untersuchung. Die Behand- lung hat zum Ziel, die gestörte Funktionsfähigkeit des Bewegungssystems wiederherzustellen und Schmer- zen zu beseitigen. Dies erfordert aktives Koordina- tions-, Kraft- und Ausdauertraining. Um dies zu ermöglichen, muss Schmerztherapie die gestörte Bewegungsfähigkeit wiederherstellen, beispielsweise durch Medikamente oder Nervenblockaden. Ein wich- tiges Prinzip ist die Aktivierung der körpereigenen Schmerzkontrolle durch Akupunktur oder Reizstrom; auch das Erlernen einer besseren Kontrolle der Mus- kelspannung durch Entspannungsverfahren kann sehr hilfreich sein. Entscheidend ist immer, dass eine multi- modale Therapie auf die individuellen Bedürfnisse des einzelnen Patienten abgestimmt ist.

TK: Und wann ist eine Operation zwingend?

Dr. Müller-Schwefe: Eine Operation ist immer dann unvermeidlich, wenn durch den Druck auf eine Nerven- wurzel zum Beispiel durch einen Bandscheibenvorfall oder durch eine Instabilität der Wirbelsäule Nerven nachhaltig geschädigt werden. Dies äußert sich durch Gefühlsstörung bei gleichzeitigem Verlust der Muskel- kraft und Störungen der Darm- und Blasenfunktion. Der Schmerz alleine ist keine Operationsindikation.

TK: Glauben Sie, dass der Einsatz des Skalpells bei Rückenbeschwerden zukünftig zur Ausnahme wird?

Dr. Müller-Schwefe: Ganz wird man sicher nie auf Operationen bei Rückenschmerzen verzichten kön- nen. Allerdings wäre schon viel gewonnen und vielen Betroffenen unnötiges Leiden erspart, wenn nur die Patienten operiert würden, bei denen andere Thera- pieverfahren nicht weiterhelfen.

Weitere Informationen unter www.tk-online.de mit dem Suchwort „Zweitmeinung“.

FINANCIAL TIMES
DEUTSCHLAND

Dieses Projekt wurde 2010 von der Financial Times Deutschland beim Wettbewerb „Ideenpark Gesundheitswirtschaft“ ausgezeichnet. Das Konzept fördere den Gedanken der Zweitmeinung, der bisher noch nicht hinreichend verbreitet sei, begründete die Jury ihre Entscheidung.



TK & Gesundheit

Vorbeugung ist die beste Medizin. Die TK unterstützt zeitgemäße Präventionsangebote, die die Lebenswirklichkeit der Menschen im Blick haben. TK-Versicherte wissen in jeder Lebensphase, wie sie ihr Wohlbefinden steigern und damit die Gesundheit nachhaltig fördern können.

Heute schon gechattet oder im Internet gesurft? Oder wirklich nur ganz kurz die E-Mails gecheckt? Kollege Computer ist im privaten, schulischen und beruflichen Alltag unverzichtbar. Doch die ununterbrochene Präsenz der virtuellen Welt birgt auch Risiken: So werden inzwischen etwa drei bis zwölf Prozent der Anwender als „internet-süchtig“ eingestuft. Das Projekt „Netz mit Web-Fehlern?“ sensibilisiert für einen bewussten Umgang mit PC, Smartphone und Co.

Wege aus dem Netz



Wolfgang Schmidt,
Geschäftsführer der Hessischen
Landesstelle für Suchtfragen,
Frankfurt am Main

TK: Herr Schmidt, wird das Problem der Computer- und Internetsucht nicht überbewertet?

Wolfgang Schmidt: Von Überbewertung kann gar keine Rede sein. Eine bundesweite Studie des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen aus dem Jahr 2009 hat ergeben, dass fast jeder 6. Junge und jedes 23. Mädchen mehr als 4,5 Stunden am Tag am Computer spielt. Nach internationaler Klassifikation gelten damit 3 Prozent der Jungen und 0,3 Prozent der Mädchen als computerspielabhängig. Bei den exzessiven Spielern, die mehr als 4,5 Stunden pro Tag Online-Rollenspiele nutzen, gilt sogar jeder Elfte als abhängig.

TK: Und was veranstalten Kinder so lange am PC?

Wolfgang Schmidt: Einen großen Einfluss haben die Online-Computerspiele. Da diese Spiele auf Interaktion setzen und keine zeitliche Begrenzung kennen, ziehen sie die Spieler immer tiefer in ihren Bann. Anfällig sind jene Menschen, die in ihrem familiären, beruflichen oder gesellschaftlichen Alltag keine Anerkennung oder Akzeptanz finden. Im Internet spielen Aussehen, Bildung oder Sprachfertigkeit keine Rolle. Der Spieler kann sich in eine Kunstfigur verwandeln, die mit all jenen Vorzügen ausgestattet ist, die ihm im realen Alltag fehlen, und entflieht damit in eine scheinbar bessere Welt. Das Kuriose ist, dass insbesondere Jugendliche, die im Alltag in ihrer Clique nicht mithalten können, sich in der Schule nicht konzentrieren oder über wenig Durchhaltevermögen verfügen, bei Computerspielen über sich hinauswachsen. Sie entfalten Potenziale, die ihnen im realen Leben helfen könnten. Aber sie schaffen es nicht, dies in die Realität zu übertragen.

TK: Computerspiele wecken positive Fähigkeiten?

Wolfgang Schmidt: Junge Menschen sind an Herausforderungen interessiert, wollen ihre Grenzen austesten. Computerspiele bieten genau dazu die Gelegenheit. ►



Ein anderes Beispiel: Computerspiele sind heutzutage so komplex, dass die enthaltenen Informationen gewichtet werden müssen, um erfolgreich zu sein. Wichtiges von Unwichtigem trennen zu können, ist sicher eine Schlüsselkompetenz im Berufsleben. Problematisch wird es, wenn der Einzelne den Aus-Schalter nicht mehr findet und vor dem PC klebenbleibt.

TK: „Netz mit Web-Fehlern?“ wirbt mit Unterstützung der TK für einen bewussten Umgang mit den neuen Medien. Wie erreichen Sie Ihr Ziel?

Wolfgang Schmidt: Seit Herbst 2008 bieten wir regelmäßig Informationsveranstaltungen und Medienkompetenzseminare an. So konnten wir bislang fast 5.000 Lehrer, Jugendliche und Eltern direkt ansprechen. Die hessischen Suchtberater haben wir auf einer eigenen Fachtagung über dieses neue Thema informiert. In zwei Fortbildungsveranstaltungen wurde Suchtberatern vermittelt, wie sie intervenieren und konkret helfen können. Wir haben auch die Selbsthilfe im Suchtbereich in unsere Aktivitäten eingebunden und aufgezeigt, wie die Suchtselbsthilfe sich diesem Thema annähern kann. Außerdem sind zwei Broschüren entstanden, je eine für Jugendliche und Erwachsene, die kostenfrei per Post bestellt oder auf unserer Internetseite heruntergeladen werden können.

TK: Zu welchem Zeitpunkt ist denn ein PC-Suchtproblem noch am besten in den Griff zu bekommen?

Wolfgang Schmidt: Der Übergang von PC-Faszination zu PC-Sucht ist, wie bei allen Süchten, fließend. Als Indizien für eine Gefährdung gelten vernachlässigte Hobbys, abfallende schulische Leistungen, kleiner werdende Freundeskreise oder auftretender Schlafmangel. Wenn Kinder mehr als fünf Stunden täglich vor dem Computer sitzen, dann ist das auf jeden Fall ein Warnsignal. Eltern haben hier die Aufgabe, Grenzen zu setzen, indem sie Regeln aufstellen und Vereinbarungen treffen. Jugendliche brauchen Leitplanken, die hin und wieder auch einmal touchiert werden dürfen.

TK: Sind es bestimmte Computerspiel- und Internetangebote, die süchtig machen?

Wolfgang Schmidt: Es gibt drei große Bereiche. Die Online-Kommunikationssucht steht für die zwanghafte Kommunikation in Chats, über E-Mail und in Foren. Das zügellose Spielen von Online-Games beschreibt die Online-Spielsucht. So haben Rollenspiele durch ihre ausgefeilte Belohnungsstruktur und die niemals endende Geschichte ein erhebliches Suchtpotenzial. Der dritte Bereich, es sind vor allem Erwachsene betroffen, ist die Online-Sexsucht. Hier werden von den Nutzern Pornoseiten und Cybersex-Chats exzessiv aufgesucht.

TK: Seit 2008 haben Sie Suchtberater für dieses neue Themenfeld geschult. Planen Sie eine Ausweitung auf Ärzte?

Wolfgang Schmidt: Erste Anlaufstelle für viele Eltern ist nach wie vor der Kinder- oder Hausarzt. Daher wollen wir im Jahr 2010 den Kontakt mit verschiedenen Fachärzteverbänden aufnehmen und über entsprechende Fortbildungen für das Thema sensibilisieren. Wenn Ärzte zukünftig die richtigen Fragen stellen, werden Eltern hellhörig. Dann haben wir einen weiteren Schritt geschafft, um die sich im Stillen entwickelnde Computerspiel- und Internetsucht zu bekämpfen.

Weitere Informationen unter www.tk-online.de/lv-hessen und unter www.hls-online.org







Gut informierte Patienten können ihrem Arzt auf Augenhöhe begegnen, um gemeinsam Behandlungsmöglichkeiten abzuwägen. Insbesondere bei unheilbaren Erkrankungen wie der Multiplen Sklerose (MS) trägt die angeeignete Fachkunde zum selbstbestimmten Handeln bei. Das von der TK geförderte elektronische Lernprogramm „eTrainMS“ der „Aktion Multiple Sklerose Erkrankter“ (AMSEL) hilft, den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen.

Mehr Wissen – bald auf Rezept?



Privatdozent Dr. Peter Flachenecker,
Chefarzt des Neurologischen
Rehabilitationszentrums Quellenhof,
Bad Wildbad

TK: Herr Dr. Flachenecker, Sie haben studiert, sich intensiv mit MS befasst und verfügen über langjährige Praxis. Warum diskutieren Sie mit Patienten, die oft nur über medizinisches Halbwissen verfügen, über die richtige Behandlung?

PD Dr. Flachenecker: Ich möchte erreichen, dass die Patienten langfristig bei der Stange bleiben. Das ist nur

zu schaffen, wenn sie über alle Behandlungsmöglichkeiten, den zu erwartenden Nutzen, aber auch über Nebenwirkungen und Grenzen umfassend informiert sind. So muss klar sein, dass MS trotz inzwischen vorhandener Medikamente unheilbar ist. Die Arzneimittel reduzieren allenfalls die Schübe und verlangsamen das Fortschreiten der chronischen Behinderung. Zudem sind die bisherigen Medikamente nur teilweise wirksam und die positiven Effekte der Therapie treten nur sehr langsam ein.

TK: Spielt auch ein verändertes Selbstverständnis als Arzt eine Rolle?



PD Dr. Flachenecker: Das ist sicher ein weiterer Aspekt: die Zeiten sind endgültig vorbei, in denen Ärzte als „Halbgötter in Weiß“ für ihre Patienten entschieden haben. Heutzutage sollten Patienten, und vor allem chronisch Kranke wie bei der MS, selbst über ihre Behandlung entscheiden oder zumindest bei der Entscheidung mitwirken. Dazu müssen sie aber auch gut informiert und aufgeklärt sein. Ich sehe meine Rolle als Arzt nicht als Entscheider, sondern mehr als Berater – sofern Patienten dies wollen.

TK: Zur MS gibt es bereits zahlreiche Informationsangebote. Was macht „eTrainMS“ besonders?

PD Dr. Flachenecker: Das Besondere an „eTrainMS“ ist, dass es industrieunabhängig ist und der Nutzer sicher sein kann, dass die angebotenen Informationen neutral, ausgewogen und verlässlich sind. Zum anderen bietet „eTrainMS“ eine Fülle von Informationen in kleinen Lerneinheiten, sozusagen „scheibchenweise“, verbunden mit hilfreichen und auflockernden Animationen, die bequem vom eigenen Computer zu Hause aufgenommen und auch wiederholt angesehen werden können. Am Ende eines jeden Moduls kann der Nutzer sein Wissen überprüfen und bei Bedarf die weniger gut verstandenen Inhalte nochmals gezielt durchgehen.

TK: Welche Rückmeldungen erhalten Sie von den „eTrainMS“-Nutzern?

PD Dr. Flachenecker: Sie nehmen „eTrainMS“ als modernes Medium wahr, das hilft, sich über die Erkrankung umfassend zu informieren. Das höre ich besonders bei verschiedenen Veranstaltungen, bei denen ich „eTrainMS“ zur gezielten Wissensvermittlung regelmäßig einsetze.

TK: Besteht die Chance auf Linderung denn eher bei informierten als bei unwissenden Patienten?

PD Dr. Flachenecker: Sicherlich ist es so, dass gut

informierte Patienten besser über alle Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt sind und eine höhere Chance haben, wenn nicht eine Heilung, dann doch aber eine Linderung ihrer Beschwerden zu erfahren. Hinzu kommt, dass bei einer vergleichsweise seltenen Erkrankung wie der MS nicht alle Ärzte gleichermaßen gut darüber Bescheid wissen. Auch hier können gut informierte Patienten eher einen für sie geeigneten Spezialisten finden als solche, die weniger wissen oder sich nicht um ihre Erkrankung kümmern.

TK: Wie gehen Sie mit Patienten um, die sich entgegen Ihrer Empfehlung entscheiden wollen und das eigene Wissen über das Ihre stellen?

PD Dr. Flachenecker: Mir ist wichtig, dass sich Patienten selbst für oder gegen eine Behandlung entscheiden. Wenn dabei alle Informationen in die Entscheidung einfließen, kann ich diese gut akzeptieren. Entscheidungen gegen meine Empfehlungen beruhen meiner Erfahrung nach häufig auf mangelnden Informationen. In diesen Fällen versuche ich, die fehlenden Informationen zu geben, und habe dann nicht selten erlebt, dass die erste, weniger gut begründete Entscheidung revidiert wurde.

TK: Werden Ärzte in Zukunft die Lektüre von Broschüren und den Besuch von Internetauftritten verschreiben?

PD Dr. Flachenecker: Informationsaufnahme und Lernen sind sicherlich nicht so einfach zu verschreiben wie Tabletten, und selbstverständlich können Broschüren und Internetangebote wie „eTrainMS“ das ärztliche Gespräch nicht ersetzen. Sie können aber eine hilfreiche Unterstützung bei der Aufklärung sein und die Eigenverantwortung der Betroffenen stärken, sofern sie derart motivierend sind wie „eTrainMS“.

Weitere Informationen unter www.amsel.de/etrain



Ob Familie, Kindergarten, Schule, Stadtteil oder Gemeinde – die Lebenswelt beeinflusst die Gesundheit. Mit ihrem Angebot „Gesunde Kommune“ fördert die TK Präventionsprojekte, die die Lebensqualität in Kommunen, Städten und Regionen für den Einzelnen und die Gemeinschaft nachhaltig verbessern.

Zähneputzen im Stundenplan



Dr. Kathrin Limberger,
Kinder- und Jugendzahnärztin
und Koordinatorin
„Gesunde Stadt Erfurt“

TK: Frau Dr. Limberger, Sie koordinieren das Projekt „Gesunde Stadt Erfurt“. Kann man in einer ganzen Stadt größeres Gesundheitsbewusstsein schaffen?

Dr. Limberger: Wir ermuntern dazu, selbst Verantwortung für sich zu übernehmen. In diesem Lernprozess werden dann schließlich Möglichkeiten und Wege aufgezeigt, wie Probleme eigenständig oder mit anderen gemeinsam gelöst werden können. Die Menschen sollen selbst erkennen, welche Dinge wichtig und unverzichtbar sind – und an welcher Stelle man ohne weiteres mehr für seine Gesundheit tun könnte.

TK: Das Projekt „Übergewicht und Zahngesundheit“ ist ein Kernvorhaben der „Gesunden Stadt“. Wie sieht die Praxis aus?

Dr. Limberger: Vor allem Kinder aus sozial benachteiligten Familien weisen oft erhöhte Gesundheitsrisiken auf. Besonders dramatisch gestaltet sich die Situation hinsichtlich der Kariesverbreitung. Unser Projekt „Übergewicht und Zahngesundheit“ richtet sich daher an Kinder der Altersgruppe von 0 bis 10 Jahren und an Familien in sozialen Brennpunkten der Stadt. Nach einer Bedarfsanalyse haben wir zusammen mit Erziehern und Lehrern drei Kindertagesstätten und drei Grundschulen ausgewählt, in denen nun altersgerechte Präventionskurse stattfinden. Beispielsweise legen die Kinder eine Zahnputzprüfung ab oder kochen für ihre Eltern unter Anleitung ein „zahngesundes“ Büffet. Damit sollen das Essverhalten sowie die Zahn- und Mundhygiene der Kinder und ihrer Familien verbessert werden.

TK: Und wer achtet darauf, dass Gesundheit zu Hause gelebt wird?

Dr. Limberger: Um dieses Ziel zu erreichen, versuchen wir immer, auch die Eltern aktiv in das Projekt einzubinden. In Erfurt sind außerdem Mitarbeiter der Kinder- und Jugendbibliothek, des Arbeitskreises Jugendzahnpflege, der Mütterberatung und des Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienstes beteiligt. Weiterhin unterstützen uns verschiedene Kooperationspartner: Eine Ernährungswissenschaftlerin begleitet das Ernährungsprogramm, ein Sportpädagoge das Modul Bewegung. Gleichzeitig wird das Projekt wissenschaftlich evaluiert.

TK: Die Projektförderung der TK läuft bis Ende 2011. Sind die Erfurter dann schlanker und haben die besten Zähne?

Dr. Limberger: Sicherlich kann man nicht erwarten, dass sich beispielsweise der Kariesbefall in diesem relativ kurzen Zeitraum deutlich verbessert. Aus diesem Grund wollen wir neben der Arbeit mit den Kindern und Eltern Erzieher, Lehrer und Tagesmütter als Multiplikatoren gewinnen. Gesundheit muss vorgelebt werden: Gesundes Frühstück, Obstfrühstück und Sportangebote sollen selbstverständlich und Zahnputzübungen alltäglich in den Unterricht und in die Bildungsarbeit der Kitas übernommen werden.

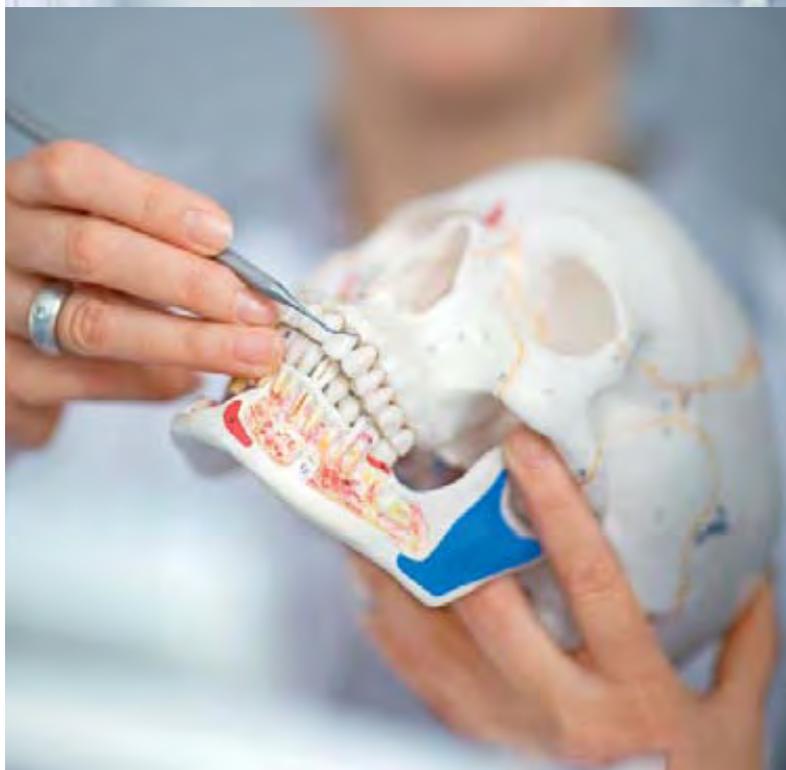
Die jetzigen Erstklässler könnten nach Abschluss des Projekts „Gesundheitstutoren“ für die jüngeren Schüler werden. Des Weiteren versuchen wir momentan, neue Kooperationspartner wie Familienzentren, Frauenzentren oder Sportvereine in dieses Projekt einzubeziehen, um ein Netzwerk aus kommunalen, medizinischen und sportlichen Bereichen zu schaffen.

Weitere Informationen unter www.tk-online.de/gesundekommune

Checkliste: Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung im Stadtteil

- Werden sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Aspekte berücksichtigt, individuelle Gesundheitspotenziale weiterentwickelt und Belastungen abgebaut? (Ganzheitlichkeit)
- Werden die Bewohnerschaft und Akteure im Stadtteil von Anfang an beteiligt? Besteht dafür eine ausreichende Transparenz? (Partizipation)
- Ist Gesundheit Ziel der Entwicklung und wird dies bei allen wichtigen Entscheidungen beachtet? (Integration)
- Wird Gesundheitsförderung in einem Lernzyklus entwickelt – Bedarfsanalyse vor Ort, danach Zieldefinition, Planung und Durchführung geeigneter Maßnahmen sowie die kontinuierliche Kontrolle der Ergebnisse? (Projektmanagement)
- Werden Unterschiede wie Geschlechterdifferenzen, kulturell bedingte Unterschiede etc. berücksichtigt? (Diversity)

Quelle: Thomas Altgeld (2004);
Expertise: Gesundheitsfördernde Settingansätze
in benachteiligten städtischen Quartieren



Noch Fragen? Wir sind für Sie da:

Die TK hat ihren Hauptsitz als bundesweite Krankenkasse in Hamburg. Für die regionale Präsenz stehen seit 1990 die TK-Landesvertretungen. Sie setzen sich im jeweiligen Bundesland für die Interessen der TK-Versicherten ein und vereinbaren gemeinsam mit Ärzten, Krankenhäusern und anderen Partnern TK-spezifische Versorgungsangebote. Außerdem verantworten sie die Medienarbeit im jeweiligen Bundesland.

Für bundesweite Angebote:

Techniker Krankenkasse

Dorothee Meusch (Pressesprecherin)
Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg
Tel. 040 - 69 09-17 83, Fax 040 - 69 09-13 53
E-Mail: pressestelle@tk-online.de

Für Angebote aus den jeweiligen Ländern:

Landesvertretung Baden-Württemberg

Hubert Forster
Presselstraße 10, 70191 Stuttgart
Tel. 07 11 - 250 95-400, Fax 07 11 - 250 95-444
E-Mail: lv-baden-wuerttemberg@tk-online.de

Landesvertretung Bayern

Kathrin Heydebreck
Grafinger Straße 2, 81671 München
Tel. 089 - 490 69-600, Fax 089 - 490 69-624
E-Mail: lv-bayern@tk-online.de

Landesvertretung Berlin-Brandenburg

Marcus Dräger
Alte Jakobstraße 81-82, 10179 Berlin
Tel. 030 - 245 47-4, Fax 030 - 245 47-500
E-Mail: lv-berlin-brandenburg@tk-online.de

Landesvertretung Bremen

Angela Motzko
Willy-Brandt-Platz 1, 28215 Bremen
Tel. 04 21 - 305 05-400, Fax 04 21 - 305 05-409
E-Mail: lv-bremen@tk-online.de

Landesvertretung Hamburg

John Hufert
Habichtstraße 28, 22305 Hamburg
Tel. 040 - 69 09-55 00, Fax 040 - 69 09-55 55
E-Mail: lv-hamburg@tk-online.de

Landesvertretung Hessen

Denise Jacoby
Stiftstraße 30, 60313 Frankfurt a. M.
Tel. 069 - 96 21 91-0, Fax 069 - 96 21 91-11
E-Mail: lv-hessen@tk-online.de

Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern

Heike Schmedemann
Wismarsche Straße 142, 19053 Schwerin
Tel. 03 85 - 76 09-0, Fax 03 85 - 76 09-570
E-Mail: lv-mv@tk-online.de

Landesvertretung Niedersachsen

Frank Seiffert
Schillerstraße 23, 30159 Hannover
Tel. 05 11 - 30 18 53-0, Fax 05 11 - 30 18 53-30
E-Mail: lv-niedersachsen@tk-online.de

Landesvertretung Nordrhein-Westfalen

Christian Elspas
Bismarckstraße 101, 40210 Düsseldorf
Tel. 02 11 - 936 00-0, Fax 02 11 - 936 00-13
E-Mail: lv-nordrhein-westfalen@tk-online.de

Landesvertretung Rheinland-Pfalz

Melanie Keßler
Nikolaus-Otto-Straße 5, 55129 Mainz
Tel. 061 31 - 917-400, Fax 061 31 - 917-410
E-Mail: lv-rheinland-pfalz@tk-online.de

Landesvertretung Saarland

Thomas Jochum
Trierer Straße 10, 66111 Saarbrücken
Tel. 06 81 - 948 87-0, Fax 06 81 - 948 87-78
E-Mail: lv-saarland@tk-online.de

Landesvertretung Sachsen

Matthias Jakob
Bergstraße 2, 01069 Dresden
Tel. 03 51 - 47 73-900, Fax 03 51 - 47 73-908
E-Mail: lv-sachsen@tk-online.de

Landesvertretung Sachsen-Anhalt

Elke Proffen
Olvenstedter Straße 66, 39108 Magdeburg
Tel. 03 91 -73 94-400, Fax 03 91 - 73 94-444
E-Mail: lv-sachsen-anhalt@tk-online.de

Landesvertretung Schleswig-Holstein

Volker Clasen
Hamburger Chaussee 8, 24114 Kiel
Tel. 04 31 - 981 58-0, Fax 04 31 - 981 58-555
E-Mail: lv-schleswig-holstein@tk-online.de

Landesvertretung Thüringen

Gudrun Fischer
Schlösserstraße 20, 99084 Erfurt
Tel. 03 61 - 54 21-400, Fax 03 61 - 54 21-430
E-Mail: lv-thueringen@tk-online.de

Herausgeber:

Techniker Krankenkasse, Leitung Landesvertretungen, Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg, E-Mail: tk-innovativ@tk-online.de; Verantwortlich: Andreas Meusch; Redaktion: Thomas Galinsky, Britta Surholt-Rauer und Wiedemeier Kommunikation; Gestaltung: Arman Mobeseri; Fotos: andreasfriese.de; Litho: Hirte Medienservice, Hamburg; Druck: Industrie + Werbedruck Hermann Beyer, Herford.

© Techniker Krankenkasse. Alle Rechte vorbehalten.

Benötigen Sie noch mehr Informationen oder möchten Sie Kontakt zu uns aufnehmen?

Für welche Indikationen die TK Verträge geschlossen hat, erfahren Versicherte bei der TK-Patientenberatung unter 0800 - 285 00 85 (kostenfrei aus dem deutschen Festnetz).

Informationen rund um das Thema **ambulantes Operieren** gibt es unter 0800 - 285 44 85 (kostenfrei aus dem deutschen Festnetz).

Unter 040 - 85 50 60 60 60 (24 Stunden täglich an 365 Tagen im Jahr) können Versicherte exklusiv beim **TK-ÄrzteZentrum** schnell und kompetent Antworten auf ihre medizinischen Fragen erhalten.

Das **TK-FamilienTelefon** erreichen Sie unter 040 - 85 50 60 60 50 (24 Stunden täglich an 365 Tagen im Jahr).

Weiteres Material zu allen vorgestellten Projekten und Angeboten finden Sie auf unserer Internetseite unter www.tk-online.de. Viele Patienteninformationen, Broschüren und Flyer stehen [im Netz als Download](#) zur Verfügung.

Per E-Mail erreichen Sie uns unter tk-innovativ@tk-online.de

Techniker Krankenkasse
Gesund in die Zukunft.



Info zu PDF-Funktionen

Mit den  Lesezeichen im linken Navigationsfenster und den Links im Inhaltsverzeichnis navigieren Sie zu den Artikeln.

 Mit Klick auf + plus oder Pfeiltaste rechts öffnen sich im Lesezeichenbaum weitere Lesezeichen - Ebenen.

Klicken sie auf + plus des ersten Lesezeichens  Anzeige & Bedienungs-funktionen um zu Anzeige-Optionen zu kommen.

Internetlinks sind im Text **blau** markiert, zielgenau und oft auch als  Lesezeichen angelegt.

Um den vollen PDF-Funktionsumfang zu nutzen, öffnen Sie diese Datei mit dem Adobe Reader ab Version 7 und nicht mit dem Plug-In Ihres Browsers. Die Version finden Sie im "Hilfe"-Menü.

Ihre Vergrößerungsoptionen

Die Datei öffnet in Ganzseitendarstellung (Strg+0). Nächste Vergrößerungsstufe ist Anzeige Fensterbreite (Strg+2).

 Durch Klicken in den Text mit dem Hand - Werkzeug wird die Textspalte auf maximal 200 % vergrößert. Weitere Klicks führen bis zum Textende des Beitrags und zur Ausgangsansicht zurück. Der Zeiger muss für diese Funktion so  aussehen. (Hier klicken: Hand- und  Auswahl- Werkzeug ein-/ ausblenden).

Benötigen Sie sehr große Schrift, wählen Sie das Lesezeichen: >Flexiblen Zeilenumbruch, Größe; Alternativ: Strg+4, dann mit Strg+plus oder Strg-minus den Zoomfaktor einstellen. Achtung: Die Anzeige "flexibler Zeilenumbruch" ist manchmal fehlerhaft.

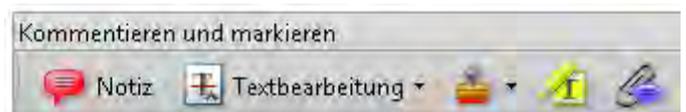
Vorleseoption mit Adobe Reader

Die vermutlich voreingestellte Englische Stimme "Microsoft Sam" oder "-Anna" muss durch deutsche Sprecher ersetzt werden: Nutzen Sie die  >Infos zum Vorlesen und Download deutscher Sprecher, um deutsche Sprecher zu installieren.

Ab Reader 8 wird das Vorlesen mit Strg+Shift +Y aktiviert. Das Lesen startet dann mit Strg+Shift+V und endet mit Strg+Shift+E, unterbrochen wird es mit Strg+Shift+C. Diese Befehle finden Sie auch im Menü "Anzeige" unter "Sprachausgabe".

Bei aktivierter Sprachausgabe wird durch Klicken in den Text mit dem  Auswahl-Werkzeug das Lesen des angeklickten Absatzes gestartet (ab Reader 8).

Ausführliche Infos finden Sie unter dem Lesezeichen  Infos zum Vorlesen durch Adobe Reader bei tk-online.de.



Kommentieren und markieren Sie mit den  Hervorheben- und Notiz-Werkzeugen (Strg+6 öffnet ein neues Notizfeld  Notiz).

Klicken Sie **HIER** oder unter Info zu PDF-Funktionen, um die Kommentar- und Notiz-Werkzeuge ein- und auszublenden.

Sie schaffen mit Kommentaren im  Kommentare-Fenster Ihre eigene **Navigationsebene** und können dort Kommentare exportieren, importieren und beantworten.