

Sicherheit & Innovation

Neue Wege – neue Chancen 2012/2013



**Techniker
Krankenkasse**

Gesund in die Zukunft.



Inhalt

TK & Technologie

Herzcheck im Sekundenbruchteil

Interview mit Prof. Dr. Dietrich Grönemeyer, Grönemeyer Institut für MikroTherapie, Bochum 5

Verträglichere Brustkrebs-Therapie

Interview mit Prof. Dr. Tjoung-Won Park-Simon, Medizinische Hochschule Hannover 8

Hochdosis für Arm und Bein

Interview mit Prof. Dr. Peter Hohenberger, Universitätsklinikum Mannheim 10

Gegen das Drehen im Kopf

Interview mit Prof. Dr. Christoph Helmchen, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Lübeck. 12

TK & Versorgung

Health Buddy macht Hausbesuch

Interview mit Prof. Dr. Mark Dominik Alscher und Prof. Dr. Martin J. Kohlhäufel, Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart. 15

Was der Psyche hilft

Interview mit Privatdozent Dr. Thomas Schillen, Klinikum Hanau 18

Kalkuliertes Wagnis

Interview mit Prof. Dr. Winfried Barthlen, Universitätsmedizin Greifswald 20

TK & Patient

Sicher durch den Arztdschungel

Interview mit Dr. Ilona Köster-Steinebach, Verbraucherzentrale Bundesverband, Berlin 23

Gemeinsame Suche nach der besten Therapie

Interview mit Dr. Veit Wambach, Gesundheitsnetz „Qualität und Effizienz“, Nürnberg 26

Vier Augen sehen mehr als zwei

Interview mit Dr. Hubertus Günther, Gemeinschaftspraxis Kardiologie Am Neumarkt, Köln 28

TK & Gesundheit

Das Beste aus zwei Welten

Interview mit Prof. Dr. Andreas Michalsen, Immanuel Krankenhaus Berlin 31

Bewusst gegen Ausgrenzung

Interview mit Dr. Christian Böhm, Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung der Freien und Hansestadt Hamburg. 34

„Wir geben den Menschen hinter der Statistik ein Gesicht“

Interview mit Flo Bauer, Organspende-Informationenkampagne „Von Mensch zu Mensch“, Hamburg . . . 36

Ansprechpartner 38

Motor für eine bessere Versorgung

Mit neuen Ideen die Zukunft gestalten – das ist der Anspruch der Techniker Krankenkasse (TK). In der Patientenversorgung engagiert sie sich besonders, um ihren Versicherten die Teilhabe am medizinischen Fortschritt zu ermöglichen. Mehr noch: Die TK versteht sich als Motor, wenn es darum geht, neue Versorgungskonzepte anzustoßen und in die Realität umzusetzen. Wir orientieren uns dabei stets am konkreten Bedarf der Versicherten. Hohe Qualität, Effizienz und bester Service zeichnen die Versorgungsangebote der TK aus. Das ist unser Versprechen an unsere Kunden.

Mit der Broschüre „Sicherheit & Innovation“ möchten wir allen Leserinnen und Lesern einen Einblick in die vielfältigen Angebote der TK geben. Ärzte und Wissenschaftler erzählen selbst die gemeinsamen Erfolgsgeschichten mit der TK. Unseren Partnern danken wir für den Mut und die Bereitschaft, mit uns mitunter auch unbequeme Wege zu gehen. Die vorgestellten Beispiele beweisen, dass sich eine gehörige Portion Durchhaltevermögen lohnt, um moderne Methoden und Behandlungsverfahren in unserem Gesundheitssystem zu verankern.

Natürlich bietet die TK Versorgungsangebote für Krankheiten, von denen viele Versicherte betroffen sind. So zeigen wir in dieser Ausgabe von „Sicherheit & Innovation“ neue Wege bei der Behandlung von Brustkrebs oder der chronischen Lungenerkrankung COPD auf.

Aber auch Projekte für die Behandlung sehr seltener Krankheiten bedeuten für die Betroffenen eine echte Hilfe. Ein Angebot zum Beispiel für Kleinkinder mit einer Stoffwechselerkrankung unterstreicht, dass wir als Krankenkasse für die Menschen da sind, wenn sie uns brauchen. Die TK steht für die Sicherheit einer starken Gemeinschaft von über acht Millionen Versicherten, mehr als 125 Jahre Erfahrung und die Professionalität eines modernen Gesundheitsdienstleisters.

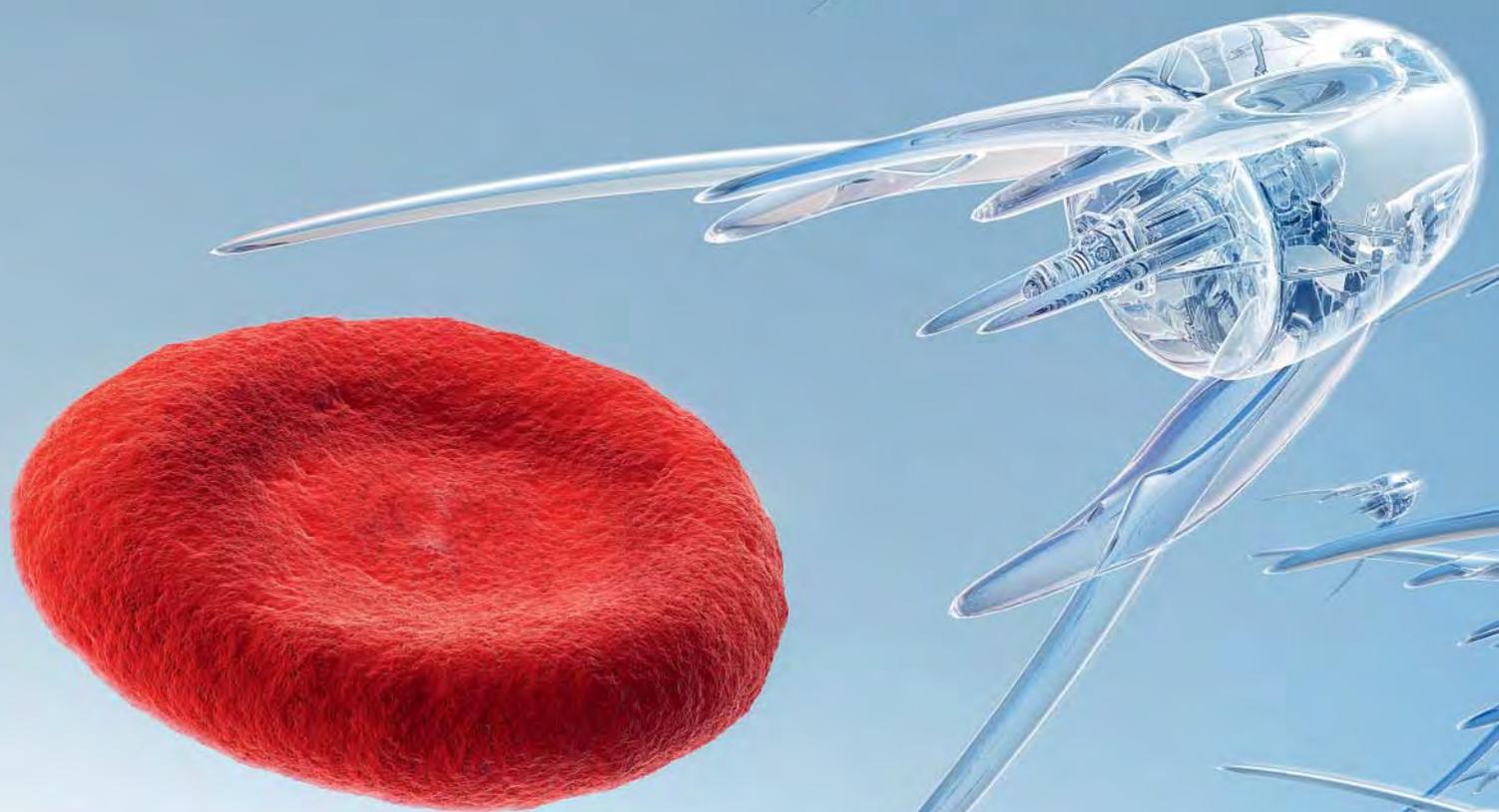
Wenn Sie Hinweise, Verbesserungsvorschläge oder auch Kooperationsangebote für uns haben, freuen wir uns über eine E-Mail an tk-innovativ@tk.de.

Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre!

Hamburg, im September 2012

PS: Sie möchten die Broschüre als E-Paper mit multimedialen Zusatzangeboten lesen? Scannen Sie einfach den nebenstehenden QR-Code mit einem Barcode-Scanner, und Sie gelangen automatisch zum E-Paper auf der Internetseite der TK. Alternativ können Sie das E-Paper auch unter www.tk.de, Webcode 049490, aufrufen.





TK & Technologie

Hightechverfahren revolutionieren die Medizin. Ganz gleich, ob es um die Diagnose von Brustkrebs, um Schwindel oder die Behandlung von seltenen Krebsformen geht – innovative Technik ermöglicht heute schnelle und verträgliche Diagnostik und Therapie, wo sie früher undenkbar gewesen wären.

Für TK-Versicherte mit verstopften Herzkranzgefäßen oder dem Verdacht darauf gibt es nun eine schonende Alternative zur Herzkatheter-Untersuchung. Der Niedrigdosis-Volumen-Computertomograph (CT) am neuen Diagnostik Zentrum Ruhr scannt das Herz während eines einzigen Schlages in brillanter Bildqualität.

Herzcheck im Sekundenbruchteil



Prof. Dr. Dietrich Grönemeyer, Professor für Radiologie und MikroTherapie und Inhaber des Grönemeyer Instituts für MikroTherapie, Bochum

TK: Herr Professor Grönemeyer, im Diagnostik Zentrum Ruhr untersuchen Sie Patienten mit Herzbeschwerden mit einem Niedrigdosis-Volumen-CT. Welchen Nutzen hat das Gerät?

Prof. Grönemeyer: Mit dem neuen, ultraschnellen Niedrigdosis-Volumen-CT verfügen wir in Deutschland nun endlich über eine überzeugende Alternative zu den nicht selten überflüssigen Herzkatheter-Untersuchungen. 20 Jahre lang habe ich mich mit

Kollegen dafür eingesetzt. Nun können wir die neue, höchst präzise und gleichzeitig schonende ambulante Möglichkeit anbieten, und das im interdisziplinären Team von Kardiologen und Radiologen.

TK: Warum ist die Volumen-Computertomographie besonders fürs Herz geeignet?

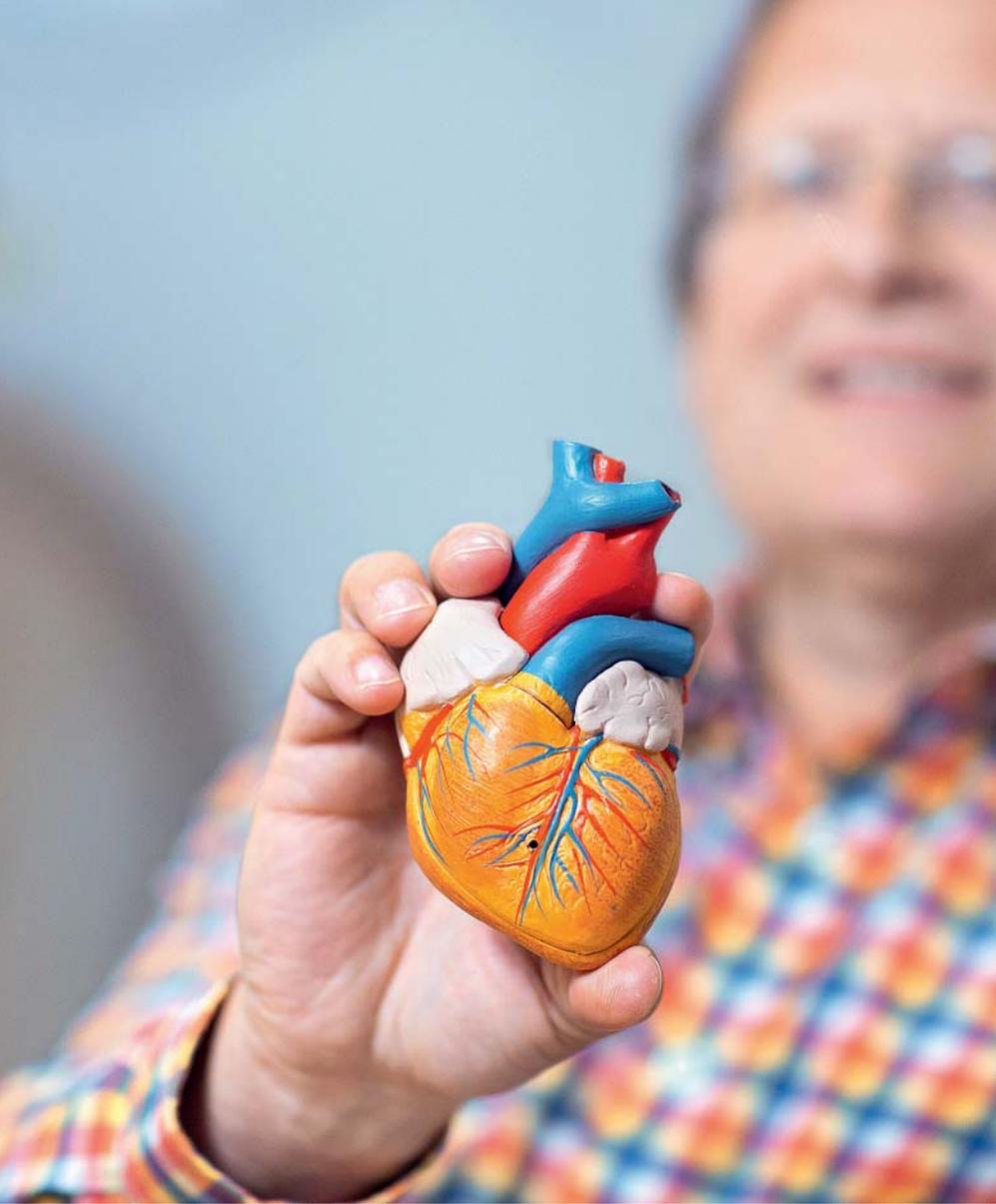
Prof. Grönemeyer: Nicht jeder Herzschlag ist gleich. Das Herz schlägt mal schneller und mal langsamer – darauf muss das CT rasch reagieren können. Mit dem ultraschnellen Niedrigdosis-Volumen-CT können wir das Herz im Bruchteil einer Sekunde scannen. Ein Herzschlag reicht also aus, um das komplette Herz dreidimensional von innen, außen und bis in den letzten Winkel zu betrachten. Mit dem inno-

vativen Gerät lassen sich die Herzkranzgefäße in einer unglaublich guten Bildqualität ohne Verzerrungen darstellen. Auf den Bildern kann der Arzt dann sehen, ob diese durchgängig oder tatsächlich verengt sind oder ob Kalk- oder Fettablagerungen sichtbar sind.

TK: Was sind die Vorteile des ultramodernen Geräts?

Prof. Grönemeyer: Dank der hohen Geschwindigkeit kommen wir mit einer extrem geringen Kontrastmittel- und Strahlendosis aus. Die Patienten werden so weniger belastet als beim herkömmlichen CT oder beim Herzkatheter. Zudem können wir mit dem Volumen-CT den Gefäßbaum der





Herzkranzgefäße am Bildschirm in jede Perspektive drehen und arteriosklerotische Ablagerungen eher entdecken. Beim Kathetern muss ein Gefäß zu etwa 60 bis 70 Prozent verengt sein, bevor wir eine Einengung sehen können. Anders als der Katheter-Eingriff ist das neue Verfahren auch nicht invasiv, wir müssen also nicht in den Körper eindringen.

TK: Das Volumen-CT ist also eine erstzunehmende Alternative zur Katheter-Untersuchung?

Prof. Grönemeyer: Ja, auf jeden Fall. Die Untersuchung des Herzens mittels eines Katheters führen Kardiologen hier jährlich mehr als eine Million Mal durch. In bestimmten Fällen aus gutem Grund. Der Herzkatheter ist ein dünner Kunststoffschlauch. Der Kardiologe führt ihn über eine Arterie meist in der Leistenbeuge und das Gefäßsystem bis ins Herz und spritzt Röntgenkontrastmittel ein. Herz- und Gefäßstrukturen werden damit auf dem Monitor sichtbar. Dennoch ist auch klar: Mindestens ein Drittel der diagnostischen Herzkatheter-Untersuchungen ergibt keinen Befund, das

heißt, der Verdacht auf eine Erkrankung der Herzkranzgefäße bestätigt sich nicht.

TK: Eine Untersuchung mit dem Volumen-CT wäre für diese Patienten besser gewesen?

Prof. Grönemeyer: Ja, denn die Strahlenbelastung der Herzkatheter-Untersuchung ist fast viermal so hoch wie beim Volumen-CT. Außerdem muss der Patient nicht ins Krankenhaus und es gibt bei dieser nichtinvasiven Diagnostikmethode ohne Katheter kein Risiko von Infektionen, Gefäßirritationen oder Verletzungen.

TK: Wer profitiert vom ultraschnellen CT?

Prof. Grönemeyer: Das Niedrigdosis-Volumen-CT können wir TK-Versicherten anbieten, die bereits eine koronare Herzerkrankung (KHK) haben oder bei denen der Verdacht darauf besteht. Die Patienten werden mit einem der modernsten Verfahren untersucht, haben eine viel geringere Strahlenbelastung und müssen selbst nichts dazubezahlen. Ansonsten kön-

nen wir das Verfahren nur alternativ anbieten, falls wir die Kernspintomographie (MRT) nicht einsetzen können, beispielsweise bei Menschen, die wegen eines Herzproblems oder aufgrund von Herzrhythmusstörungen einen Schrittmacher tragen.

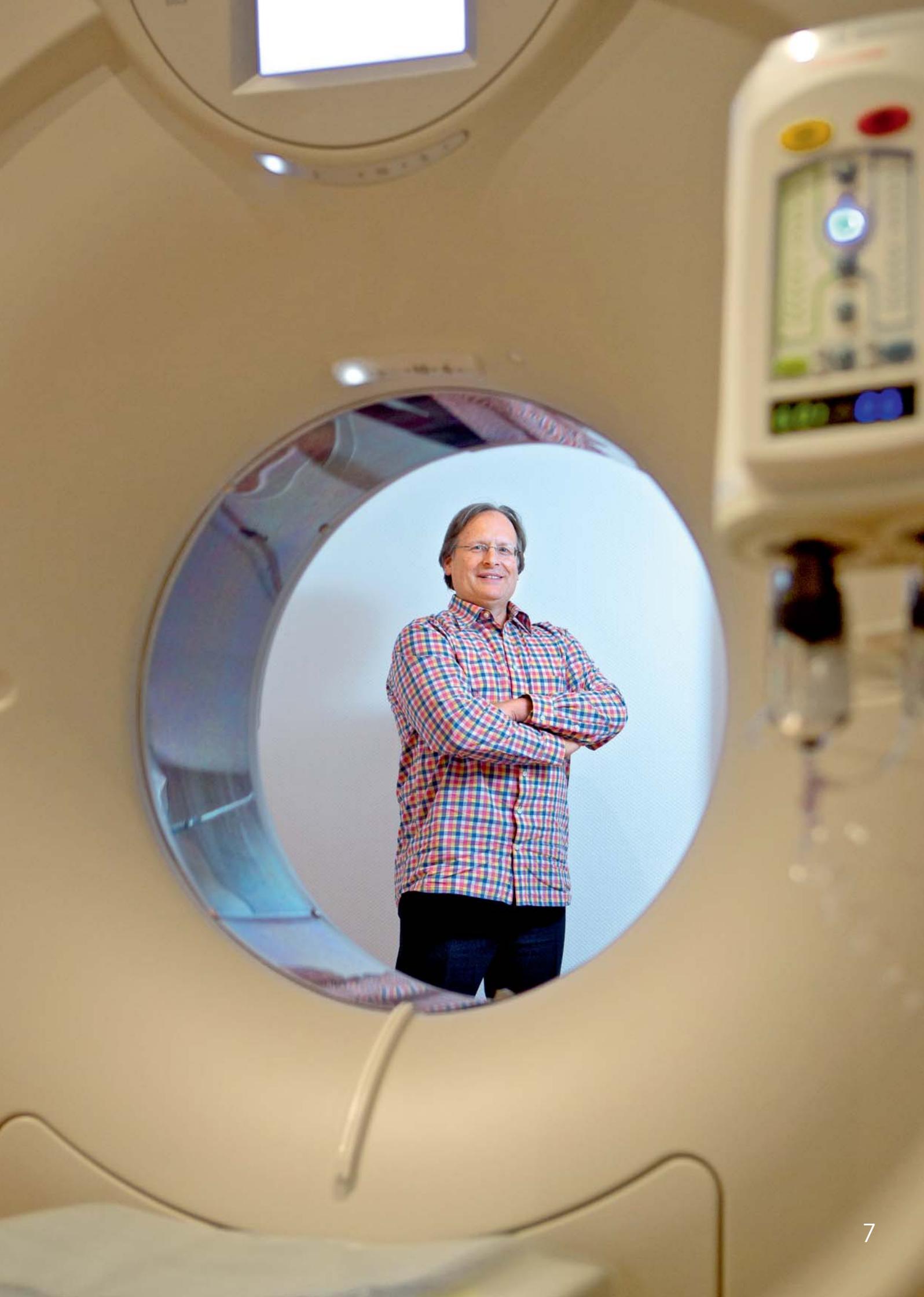
TK: Behält denn der Herzkatheter bei all diesen Möglichkeiten dennoch seine Berechtigung?

Prof. Grönemeyer: Auf jeden Fall. Denn der Herzkatheter hat einen Vorteil: Er ist diagnostisch und therapeutisch einsetzbar. Das bedeutet, dass der Kardiologe noch während des Eingriffs handeln kann. Mit dem Herzkatheter kann er die Herzkranzgefäße mit Hilfe eines kleinen Ballons erweitern oder eine Gefäßstütze einsetzen, einen sogenannten Stent. Das Volumen-CT hingegen ist ein rein diagnostisches Verfahren. Die Katheter-Untersuchung wird also auch weiterhin das Mittel der Wahl bleiben, wenn Krankheitszeichen wie Brustschmerz, Luftnot oder das Belastungs-EKG darauf hinweisen, dass die Herzkranzgefäße unzureichend durchblutet werden, und wenn die Aussicht besteht, dass der Eingriff das ändern kann. Da Kardiologen und Radiologen in unserem Team eng zusammenwirken, werden die Fragen der geeigneten Diagnostik- und Therapieverfahren in jedem Fall zunächst von den Ärzten besprochen und dann mit den Patienten abgestimmt.

Die Untersuchung mit dem Niedrigdosis-Volumen-CT am Grönemeyer Institut für MikroTherapie in Kooperation mit dem Diagnostik Zentrum Ruhr bietet die TK ihren Versicherten als Satzungsleistung an. Um sie in Anspruch nehmen zu können, muss von einem niedergelassenen Kardiologen oder Hausarzt die Notwendigkeit einer diagnostischen Linksherz-Katheter-Untersuchung festgestellt werden.

Der Arzt kann den Versicherten dann unter Angabe aller vordiagnostischen Befunde im Diagnostik Zentrum Ruhr anmelden. Nach einer Überprüfung der Indikation erhält der Patient innerhalb von fünf Tagen einen Termin für das CT. Für ihre Versicherten hat die TK zudem als besonderen Service vereinbart, dass sie im Regelfall höchstens 30 Minuten auf die Behandlung warten müssen.

Weitere Informationen unter www.tk.de, Webcode 454316.



Jahr für Jahr erkranken in Deutschland rund 70.000 Frauen an Brustkrebs. Um Rückfälle zu vermeiden, werden die Patientinnen operiert, bestrahlt oder bekommen eine Hormon- oder Chemotherapie. Das Brustzentrum der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) bietet seinen Patientinnen jetzt einen Gewebetest an. Er hilft zu entscheiden, ob eine strapaziöse Chemotherapie überflüssig ist.

Verträglichere Brustkrebs-Therapie



Prof. Dr. Tjong-Won Park-Simon,
Bereichsleiterin
Gynäkologische
Onkologie und stell-
vertretende Klinik-
direktorin der Klinik
für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe der
Medizinischen Hochschule Hannover

TK: Frau Professor Park-Simon, in Ihrer Klinik bieten Sie einen Test an, der die Brustkrebs-Patientinnen findet, bei denen auf eine Chemotherapie verzichtet werden kann. Wie funktioniert der Test?

Prof. Park-Simon: Dieser Biomarker-Test misst im Tumorgewebe die Konzentration zweier Eiweiße: Urokinase Plasminogen Aktivator (uPA) und dessen Gegenspieler PAI-1. Die beiden

Eiweiße helfen den Tumorzellen dabei, sich in umliegendes Gewebe auszubreiten. Sie sind also ausschlaggebend dafür, ob ein Tumor streut oder nicht. Ist der Anteil an uPA/PAI-1 im Tumorgewebe niedrig, haben die Frauen gute Heilungschancen. Hohe Konzentrationen sprechen dafür, dass das Risiko für Tochtergeschwülste groß ist. Bei diesen Frauen ist eine Chemotherapie sinnvoll.

TK: Wie entscheiden Sie sich bislang für eine Chemotherapie?

Prof. Park-Simon: Dafür nutzen wir die Tumorbiologie. Hier berücksichtigen wir das Alter der Patientin, die Tumorgöße und ob Lymphknoten befallen sind. Weitere wichtige Faktoren sind das Grading, also das Ausmaß, in dem der Tumor vom normalen Brustgewebe abweicht, und der Besatz des Tumors mit bestimmten Rezeptoren.

TK: Dann bekommen also nicht alle Frauen die gleiche Therapie?

Prof. Park-Simon: Im ersten Schritt entfernen wir bei allen Patientinnen den Tumor operativ und schauen, ob er in die Lymphknoten oder andere Organe gestreut hat. Nach der Operation untersucht der Pathologe die biologischen Eigenschaften des Tumorgewebes. Haben wir alle Informationen über den Tumor zusammen, wählen wir mit der Patientin einen Therapieweg. Der kann sich von Frau zu Frau unterscheiden, weil wir immer besser verstehen, was gegen den jeweiligen Brustkrebstyp hilft.

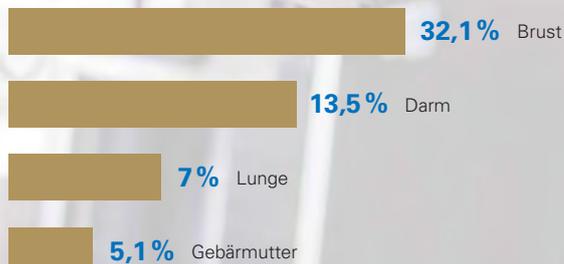
TK: Wann kommt nun der Brustkrebstest zum Einsatz?

Prof. Park-Simon: Glücklicherweise werden Tumoren heute sehr früh erkannt. Meist sind sie noch klein und



Die häufigsten Krebsarten

Prozentualer Anteil an Krebsneuerkrankungen bei Frauen in Deutschland im Jahr 2008



Quelle: Robert Koch-Institut, Grafik: Techniker Krankenkasse

die Lymphknoten nicht befallen. Die Heilungschancen sind also sehr gut. Dennoch kann sich der Krebs später – trotz solcher günstigen Voraussetzungen – bei etwa einem Drittel der Patientinnen auf Leber, Lunge und Knochen ausdehnen. Um das zu verhindern, empfehlen wir eine vorbeugende Chemotherapie. Da wir nicht genau vorhersagen können, welche Patientin einen Rückfall erleidet, werden viele durch die Chemotherapie übertherapiert. Sie unterziehen sich dieser Strapaze völlig umsonst. Daher suchen Forscher schon seit längerem Biomarker, die das persönliche Risiko für einen Rückfall möglichst präzise anzeigen – wie den uPA/PAI-1-Test.

TK: Bei welchen Patientinnen wird der Test angewendet?

Prof. Park-Simon: Der Test eignet sich für Frauen, die älter sind als 35 Jahre, die einen kleinen Tumor mittleren Gradings ohne Lymphknotenbefall haben. Das Tumorgewebe sollte Hormonrezeptoren, nicht aber den HER2/neu-Rezeptor aufweisen. Der HER2/neu-Rezeptor ist ein Wachstumsfaktor-Rezeptor und spricht für eine ungünstige Prognose.

TK: Wie häufig ändern Sie Ihre Therapieentscheidung nach dem Test?

Prof. Park-Simon: Wir konnten schon vor dem Test eine Reihe guter Prognosefaktoren. Der uPA/PAI-1-Test ist ein zusätzlicher Wert, der uns noch mehr Sicherheit bei unserer Entscheidung gibt. Bei etwa 40 Prozent aller getesteten Patientinnen können wir auf eine Chemotherapie verzichten. Allerdings führen wir den Test nicht bei allen Frauen durch, da nur wenige Kassen wie die TK dafür zahlen.

TK: Wie wird der Test genau gemacht?

Prof. Park-Simon: Der Gehalt an uPA und PAI-1 wird in frischem Tumorgewebe gemessen, ein wichtiger Unterschied im Vergleich zu anderen Untersuchungsverfahren: Normalerweise wird das entfernte Gewebe sofort fixiert, also in Formalin eingelegt. Dieses Gewebe kann man für den uPA/PAI-1-Test jedoch nicht verwenden. Patientinnen sollten deshalb vor einer OP ihren Arzt bitten, dass er frisches Gewebe einfriert.

TK: Warum bieten Sie den Eiweiß-Test an und nicht die Gentests, wie sie in den USA üblich sind?

Prof. Park-Simon: Alle Tests zeigen das Risiko für einen Rückfall an. Der uPA/PAI-1-Test hat dabei einige Vorzüge: Er wurde an über 8.000 Patienten auf seine Genauigkeit geprüft und hat mit seinen Ergebnissen überzeugt, so dass er von international anerkannten Fachgesellschaften empfohlen wird. Der Test liefert ein eindeutiges Ergebnis für oder gegen eine Chemotherapie. Bei einem Gentest dagegen wird das Risiko in drei Gruppen eingestuft: hohes, mittleres und niedriges Risiko. Bei einem mittleren Risiko bleibt der Nutzen einer Chemotherapie weiterhin offen. Der uPA/PAI-1-Test kostet nur ein Zehntel des Gentests, und wir können das Gewebe in Deutschland untersuchen. Für den Gentest muss es in die USA geschickt werden.

Weitere Informationen unter www.tk.de, Webcode 461798.

Weichteiltumoren oder Sarkome entstehen in der Muskulatur, im Binde- oder Fettgewebe. Besonders häufig sind sie an den Extremitäten. Insgesamt gibt es über 150 verschiedene Typen. Am Universitätsklinikum Mannheim behandeln die Ärzte knifflige Fälle mit einer aufwendigen Therapie, die Amputationen verhindert.

Hochdosis für Arm und Bein



Prof. Dr. Peter Hohenberger, Leiter der Sektion Thoraxchirurgie und spezielle chirurgische Onkologie der Chirurgischen Universitätsklinik Mannheim

TK: Herr Professor Hohenberger, Weichteiltumoren sind oft schon sehr groß, wenn man sie entdeckt. Sie wenden eine spezielle Therapie an, um diese Tumoren besser behandeln zu können. Erklären Sie uns bitte, was Sie genau machen.

Prof. Hohenberger: Die Durchströmungstherapie von Extremitäten ist schon länger bekannt; wir haben sie lediglich für unsere Zwecke modifiziert. Dafür trennen wir die betroffene Extremität vom übrigen Körperblutkreislauf. So können wir den Arm oder das Bein mit einer hohen Wirkstoffdosis durchspülen, ohne dass wichtige innere Organe geschädigt werden. Wir verwenden dafür Tumornekrosefaktor (TNF) und Chemotherapeutika. TNF richtet sich gegen die Blutgefäße, die den Tumor versorgen. Die Chemotherapie verhindert, dass die Krebszellen weiter wachsen.

TK: Wie muss man sich die Abkoppelung der Extremität vom restlichen Körper vorstellen?

Prof. Hohenberger: Zunächst legen wir Arterie und Vene von Arm oder Bein operativ frei und schließen die Blutgefäße an die Herz-Lungen-Maschine an. Um zu verhindern, dass später Medikamente über die Lymphe oder kleinste Gefäße in den restlichen Körperkreislauf übertreten, wird die Extremität außerdem mit einem Touriquet versehen, also abgebunden. Jetzt infundieren wir über die Arterie



die Medikamente. Die Radiologen kontrollieren während der gesamten Prozedur immer wieder, ob die Abkopplung intakt ist und ob wirklich keine Wirkstoffmoleküle übertreten. Dafür werden der Medikamentenlösung radioaktiv markierte rote Blutkörperchen beigefügt; würde man diese im restlichen Kreislauf wiederfinden, gäbe es irgendwo ein Leck. Das können wir beheben, indem wir den Patienten anders lagern oder die Medikamente langsamer verabreichen.

TK: Sie erwärmen das Blut auch. Warum?

Prof. Hohenberger: Die Herz-Lungen-Maschine reichert das Blut mit Sauerstoff an, und ein Wärmeaustauscher erwärmt es. Dadurch werden die Medikamente besser verstoffwechselt und wirken stärker. Bei 38 bis 39° Grad Celsius weiten sich selbst kleinste Gefäße, sogenannte Kapillaren, so dass die Wirkstoffe noch in den letzten Winkel des Tumors gelangen. Die Gliedmaße wird etwa 90 Minuten lang durchspült. In den Wochen danach schrumpft der Tumor. Etwa vier bis sechs Wochen später entfernen wir den Rest operativ. Ohne Operation würde er nach ein paar Monaten wieder wachsen.

TK: Das klingt nach einem komplizierten Eingriff.

Prof. Hohenberger: Man braucht ein verlässliches Team mit erfahrenen Narkoseärzten, Chirurgen und Radiologen oder Nuklearmedizinern. Genauso wichtig sind gute OP-Schwester und ein Kardiotechniker, der die Herz-Lungen-Maschine souverän bedienen kann. Hierzulande gibt es außer unserer Klinik in Mannheim noch einige wenige Zentren, die über ein entsprechend trainiertes Team und die technischen Möglichkeiten für diese hochkomplexe Therapie verfügen.

TK: Bei welchen Tumorarten wenden Sie die Therapie an?

Prof. Hohenberger: Grundsätzlich kommen alle Weichteiltumoren an den Extremitäten dafür infrage. Die Therapie ist jedoch eine aufwendige Prozedur mit Nebenwirkungen. Für sehr alte, sehr kranke Patienten ist sie deshalb manchmal nicht geeignet. Außer den Sarkomen kann man auch maligne Melanome, also schwarzen Hautkrebs, Gefäßwucherungen oder sogenannte Desmoide behandeln. Diese Bindegewebstumoren bilden sich an den Muskelhüllen, den Faszien.

TK: Wie wird die Entscheidung für eine Behandlung getroffen?



Prof. Hohenberger: Wenn wir sicher sind, dass die Diagnose stimmt, gehen wir die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten in einem multidisziplinären Team durch. Die Durchstrahlungstherapie ist neben Operation, Chemotherapie und Bestrahlung eine zusätzliche Option, die unsere Behandlungsmöglichkeiten erweitert.

TK: Was ist normalerweise das Problem bei der Behandlung dieser Tumoren?

Prof. Hohenberger: Sie werden relativ spät erkannt, da sie sich an den Extremitäten nur als schmerzlose Schwellungen zeigen. Einer schwedischen Studie zufolge dauert es fast zehn Monate, bis Betroffene die korrekte Diagnose erhalten. Vor allem in den tieferen Schichten der Muskulatur wachsen die Tumoren sehr unauffällig. Und sie sind sehr selten: Hierzulande erkranken jährlich 5.000 bis 6.000 Menschen an einem Sarkom. Zum Vergleich: Brustkrebs bekommen jährlich etwa 70.000 Frauen. Es ist daher nicht verwunderlich, dass Ärzte die Diagnose nicht sofort im Kopf haben, zumal der erste Anlaufpunkt für viele Patienten der Hausarzt und damit kein Spezialist ist. Er deutet den bösartigen Tumor als Muskelzerrung, Bluterguss oder Zyste und leitet die falsche Therapie ein.

TK: Wann sollte ein Patient sich nicht mit einer solch lapidaren Diagnose zufriedengeben?

Prof. Hohenberger: Wenn er bemerkt, dass eine Schwellung immer weiter wächst. Dann sollte er unbedingt auf die Behandlung durch einen Facharzt drängen, also einen Onkologen oder Chirurgen.

Die TK hat mit spezialisierten Krankenhäusern ein Netz medizinischer Höchstleistungen in Baden-Württemberg geknüpft. Das beschriebene Verfahren ist Teil dieses Netzwerks. Basierend auf Kooperationsvereinbarungen verbindet es acht Kliniken und umfasst 18 unterschiedliche Leistungen. Betroffenen Versicherten vermittelt die TK einen direkten Kontakt zum Fachteam. Dieses ermöglicht TK-Versicherten einen kurzfristigen Behandlungstermin. Eine Broschüre mit näheren Infos zum „Netzwerk Spitzenmedizin“ kann im Internet unter www.tk.de, Webcode 8669, heruntergeladen oder bestellt werden.

Die Sprache zeigt, wie wichtig uns Orientierung ist: Wir wollen wissen, „wo es langgeht“ und „festen Boden unter den Füßen“ spüren. Schwindelpatienten dagegen leben zum Teil jahrelang mit einer gestörten Sinneswahrnehmung. In der Lübecker Schwindelambulanz gehen die Ärzte der Ursache fachübergreifend auf den Grund – bei Bedarf unterstützt von modernster Diagnosetechnik.



Gegen das Drehen im Kopf



Prof. Dr. Christoph Helmchen, Ärztlicher Leiter der Schwindelambulanz Lübeck am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein

TK: Herr Professor Helmchen, in Ihrer Ambulanz finden auch Schwindelpatienten Hilfe, die bereits jahrelang von Facharzt zu Facharzt gelaufen sind, ohne die richtige Diagnose zu bekommen. Was macht die von Ihnen aufgebaute Ambulanz so besonders?

Prof. Helmchen: Schwindel erlebt der Patient im Gehirn, er ist also zunächst ein neurologisches Problem. Wir arbeiten jedoch intensiv mit den Kollegen der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, der Inneren Medizin und der Kli-

nik für Augenheilkunde am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) zusammen. Die Patienten werden also von allen Seiten diagnostiziert und behandelt. Wir verfügen zudem über ein Untersuchungsreperoire, das es in Deutschland nur an ganz wenigen Stellen gibt. 70 Prozent der Patienten kommen aus anderen Bundesländern in unsere Ambulanz.

TK: Schwindel ist sehr belastend, denn er macht unsicher. Was passiert dabei im Kopf?

Prof. Helmchen: Nach Kopf- und Rückenschmerzen ist Schwindel der häufigste Anlass für den Arztbesuch. Er entsteht, wenn unsere Sinne widersprüchliche Informationen an das Gehirn liefern. Drei Quellen gibt es für diese Informationen: die Augen, die Gleichgewichtsorgane im Innenohr und die Bewegungsmelder

in Muskeln, Gelenken und der Haut. Eine solche Diskrepanz entsteht beispielsweise, wenn die Augen registrieren, dass sich die Umgebung bewegt, die Fühler in den Muskeln jedoch Ruhe vermitteln.

TK: Wie finden Sie heraus, ob der Schwindel durch eine solche Diskrepanz entsteht?

Prof. Helmchen: Ich beschäftige mich seit 20 Jahren mit Schwindelpatienten, wir haben also in der Ambulanz mittlerweile viel Erfahrung. Bei zwei von drei Patienten finden wir die richtige Diagnose allein durch die eingehende Schilderung der Patienten und die gründliche körperliche Untersuchung heraus. Das heißt, dass wir zuhören müssen – und genau hinschauen. Bei allen anderen finden wir die Ursache durch zusätzliche, modernste diagnostische Möglichkeiten.

TK: Können Sie ein Beispiel nennen?

Prof. Helmchen: Nehmen wir die Video-Okulographie. Hier hat der Patient eine riesige Brille auf und wendet damit den Kopf zur Seite. Winzige Kameras zeichnen seine Augenbewegungen auf. Kann der Patient den Blick trotz der Kopfbewegungen stabilisieren und weiterhin scharf geradeaus blicken, ist sein Gleichgewichtssystem intakt. Sieht er bei der Bewegung jedoch alles unscharf, hat er wahrscheinlich eine Gleichgewichtsstörung. Mit anderen Geräten lösen wir Hör- und Lichtreize aus und messen die Reaktionen des Gehirns.

TK: Arbeiten Sie ausschließlich mit solch innovativen diagnostischen Geräten?

Prof. Helmchen: Auf keinen Fall, oft helfen ganz einfache, althergebrachte Methoden. Beispielsweise spülen wir den äußeren Gehörgang mit kaltem und warmem Wasser. Dann beobachten wir, ob und inwieweit die beiden Gleichgewichtsorgane links und rechts unterschiedlich erregt werden.

TK: Es gibt auch ganz einfache therapeutische Mittel, richtig?

Prof. Helmchen: Richtig, und zwar für eine der häufigsten Schwindelarten, den sogenannten gutartigen Lagerungsschwindel. Er entsteht, wenn kleine Steine im Innenohr an eine falsche Stelle rutschen und die Sinneszellen in einem der drei benachbarten Bogengänge des Gleichgewichtsorgans irritieren. Auch durch einen Unfall können sich die kleinen, kalkhaltigen Körnchen verschieben.

TK: Verraten Sie uns den Trick, mit dem Sie den Lagerungsschwindel einfach behandeln?

Prof. Helmchen: Wir führen mit den Patienten bestimmte Bewegungsübungen durch. Die Abfolge dieser Übungen hängt davon ab, in welchem Bogengang sich die Steinchen befinden. Ist zum Beispiel ein aufrechter Bogengang betroffen, drehe ich den Kopf des Patienten um 45 Grad. Anschließend lege ich den Patienten auf die Seite und lagere ihn dann mit einem großen Schwung auf die Gegenseite. Innerhalb von Minuten rutschen die kleinen Steinchen wieder in die richtige Position. Viele Kollegen kennen dieses simple Manöver nicht oder wenden es nicht an. Stattdessen wird oftmals unnötigerweise ein ausführliches diagnostisches Programm eingeleitet, um einem der ernsteren, aber selteneren Auslöser auf die Spur zu kommen.

TK: Was folgt daraus?

Prof. Helmchen: Viele Ärzte veranlassen überflüssige Doppeluntersuchungen, ohne dass der Schwindel dadurch beseitigt wird. Patienten, die dann zu uns in die Ambulanz kommen, sind durchschnittlich schon bei vier Fachärzten gewesen. Das ist für die Betroffenen sehr frustrierend – denn je länger der Prozess dauert, desto eher chronifiziert der Schwindel.

TK: Welcher Facharzt ist überhaupt der richtige Ansprechpartner?

Prof. Helmchen: Der Hausarzt sollte unterscheiden können, ob hinter dem Schwindel ein Kreislaufproblem steckt. Dann überweist er zum Internisten. Bei Schwindelproblemen mit Hörstörungen ist der Hals-Nasen-Ohren-Arzt zuständig. Geht der Schwindel mit Kopfschmerzen, Doppelbildern, Gangstörungen oder der Unfähigkeit einher, die Balance zu halten, sollte ein Neurologe konsultiert werden. Da der Patient den Schwindel „im Gehirn erlebt“, ist dieser als Experte für das zentrale Nervensystem meist der richtige Facharzt.

TK: Was machen Sie, wenn der Schwindel chronisch geworden ist?

Prof. Helmchen: Wir verwarnen uns gemeinsam mit dem Patienten, dass der Auslöser beseitigt oder bekannt und damit einschätzbar ist. Wir nehmen die Angst vor dem Schwindel. Wir helfen ihm dabei, seinen Alltag wieder normal zu gestalten; zum Beispiel nach der erfolgreichen Behandlung des Lagerungsschwindels in einem Bett ohne Kissen zu schlafen, wenn der Patient sich jahrelang aus Angst vor dem Schwindel so eingemauert hat, dass er sich nicht mehr bewegen konnte. Viele Patienten profitieren von einer Physiotherapie.



Weitere Informationen unter www.tk.de, Webcode 445620.



TK & Versorgung

Die Ressourcen im Gesundheitswesen sind begrenzt. Gleichzeitig wächst die Nachfrage nach wirksamen und passgenauen Therapien. Auf diese Entwicklung reagiert die TK mit innovativen Versorgungsmodellen wie der telemedizinischen Betreuung chronisch Kranker.

Zukünftig, so die Hoffnung von Kassen und Ärzten, soll die Telemedizin als unterstützendes Verfahren für bessere Behandlungsergebnisse bei chronischen Erkrankungen sorgen. Das Stuttgarter Robert-Bosch-Krankenhaus koordiniert ein bundesweites telemedizinisches Projekt für lungenkranke Patienten.

Health Buddy macht Hausbesuch



Prof. Dr. Mark Dominik Alscher, Ärztlicher Direktor am Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart



Prof. Dr. Martin J. Kohlhäufel, Chefarzt der Abteilung für Pneumologie und Pneumologische Onkologie am Robert-Bosch-Krankenhaus, Klinik Schillerhöhe

TK: Was genau steckt hinter dem Begriff Telemedizin?

Prof. Alscher: Mit Hilfe der Telemedizin können wir Patienten selbst in ländlichen Regionen betreuen, in denen es an spezialisierten Ärzten fehlt. Die

medizinischen Patientendaten werden über das Telefonnetz an ein telemedizinisches Zentrum, in unserem Fall das des Robert-Bosch-Krankenhauses, gesendet. Die Spezialisten vor Ort können so viele Patienten gleichzeitig betreuen, Diagnosen stellen, Operationen planen und sich auch untereinander austauschen. Diese Form der Fernbetreuung kann in Zeiten, in denen es immer mehr alte und chronisch Kranke gibt, auch die Kosten senken und dem zukünftigen Mangel an Experten in strukturschwachen Regionen begegnen.

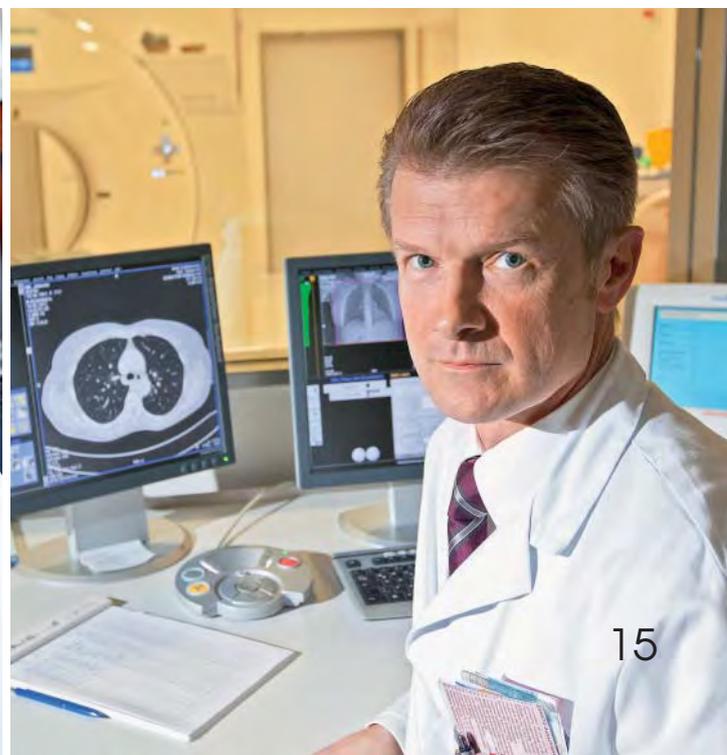
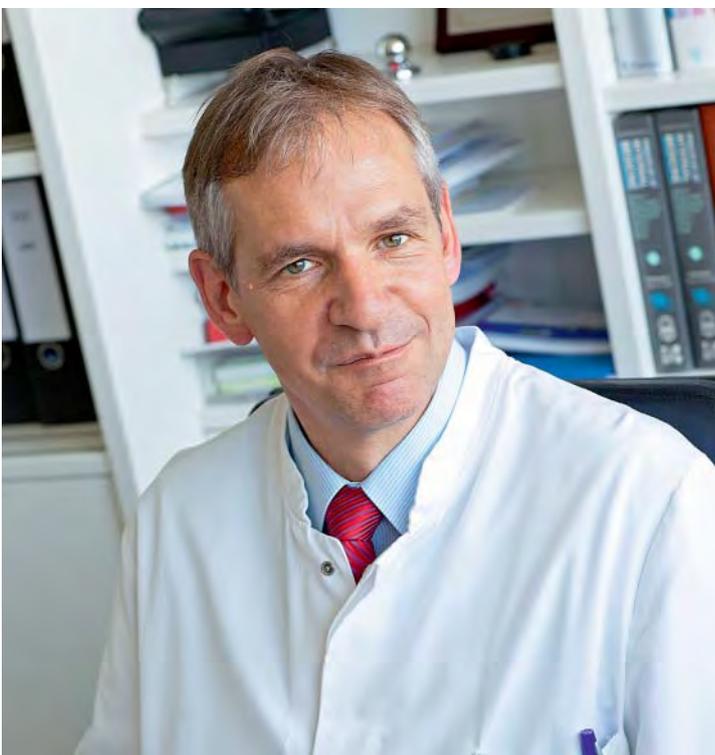
Prof. Kohlhäufel: Die Telemedizin eignet sich vor allem für die Fernbehandlung von Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Schlaganfall, Parkinson, aber auch mit chronisch obstruktiver Bronchitis (COPD). Die COPD-Patienten in dem aktuellen Projekt haben eine chronische Erkrankung der Atemwege, die mit Atemnot, Husten und Auswurf einhergeht.

Die fortschreitende schwere Erkrankung zieht irgendwann den gesamten Körper in Mitleidenschaft.

TK: Warum haben Sie gerade diese Patienten für das Projekt ausgewählt?

Prof. Kohlhäufel: Die COPD macht uns große Sorgen, denn mit etwa 210 Millionen Betroffenen ist sie weltweit eine der häufigsten Erkrankungen und verursacht immense Kosten. Hierzulande sind etwa sechs Millionen Menschen daran erkrankt, Tendenz steigend. Vor allem in ländlichen Regionen sind viele Patienten unterversorgt. Der Arzt sieht die Patienten oft erst, wenn es ihnen so schlecht geht, dass er sie ins Krankenhaus einweisen muss.

Prof. Alscher: Das ändert sich nun durch das Projekt. Dafür arbeiten drei wichtige Institutionen zusammen: Das Robert-Bosch-Krankenhaus ist die telemedizinische Zentrale, in der



alles zusammenläuft und in der die Daten gesammelt werden. Ärzte aus der Abteilung für Pneumologie und Pneumologische Onkologie der Klinik Schillerhöhe, einem Standort des Robert-Bosch-Krankenhauses, haben das medizinische Wissen und unterstützen die niedergelassenen Ärzte. Das Unternehmen Bosch Healthcare hat die Technik entwickelt, den sogenannten Health Buddy.

TK: Was ist der Health Buddy?

Prof. Kohlhäufel: Das Health-Buddy-System kann speziell bei Menschen mit COPD eingesetzt werden. Sie messen einmal täglich den Sauerstoffgehalt ihres Blutes und geben ihn zusammen mit dem Puls, dem Blutdruck und dem Gewicht in das Gerät ein. Neben Beschwerden wie Atemnot, Auswurf und Husten fragt das Gerät zum Beispiel ab, wie es mit der Medikamenteneinnahme klappt. Und es informiert die Patienten darüber, was sie selbst für ihre Gesundheit tun können. Dadurch verbessern die Patienten langfristig ihre Lebensqualität.

Prof. Alscher: Sind alle Daten beieinander, schickt der Patient sie an die telemedizinische Zentrale. Ist ein

Wert zu hoch oder zu niedrig, reagiert dort ein Frühwarnsystem. Ähnlich einer Ampel zeigt es bei alarmierenden Werten Rot an. Dann sind die Experten in der Zentrale alarmiert, dass es einem Patienten nicht gutgeht. Sie informieren den zuständigen Haus- oder Facharzt. Der Patient kann zügig in die Praxis einbestellt oder im Notfall auch ins Krankenhaus eingeliefert werden.

TK: Was erhoffen Sie sich von dem telemedizinischen Projekt?

Prof. Kohlhäufel: Wir wollen zeigen, dass wir Patienten auch in abgelegenen Regionen gut versorgen und die Zahl der stationären Einweisungen reduzieren können. Denn nur wenn wir früh über die gesundheitlichen Probleme der Patienten informiert sind, können wir auf sie reagieren. Zusätzlich möchten wir das Verhalten der Patienten mit Hilfe der Telemedizin so beeinflussen, dass sie gesünder leben.

Prof. Alscher: Geben die Patienten beispielsweise über den Health Buddy ein, dass sie sich sportlich betätigt haben, lobt er sie. Die Patienten motiviert das, so dass sie bald wieder Sport treiben werden.

TK: Wie wird die telemedizinische Versorgung finanziert?

Prof. Alscher: Im Moment wird die moderne Methode nur im Rahmen von Einzelverträgen bezahlt. Das sind Verträge, bei denen ein Anbieter individuell mit den Krankenkassen die Vertragsbedingungen aushandelt. Auch unser Projekt läuft über einen Vertrag mit der Techniker Krankenkasse im Rahmen dieser sogenannten integrierten Versorgung.

TK: Wie weit ist die Telemedizin hierzulande im internationalen Vergleich entwickelt?

Prof. Alscher: In den USA, Australien und anderen angelsächsischen Ländern ist die Telemedizin weiter verbreitet. Vor allem in den USA nutzen Experten das Verfahren, um die weiten Entfernungen zu überbrücken. Der Health Buddy hat dort schon 70.000 Patienten geholfen. In Deutschland sind wir erst am Anfang. Das dürfte nur zum Teil an der höheren Bevölkerungsdichte liegen. Viele Ärzte und Patienten sind auch skeptisch.

Prof. Kohlhäufel: Hierzulande stehen immer noch viele ambulant tätige Ärzte der Telemedizin ungeschlüssig gegen-





über. Sie befürchten, dass ihre Arbeit kontrolliert wird. Die Patienten wiederum haben Angst, dass sie nur noch von einem Gerät und nicht mehr von ihrem Arzt behandelt werden. Beiden können wir die Angst nehmen: Telemedizin ist ein zusätzliches Verfahren, es unterstützt die ambulante Betreuung, in unserem Fall durch den Lungenarzt. Es sind ja die niedergelassenen Ärzte, die ihre Patienten für unser Projekt anmelden. Und dank der Telemedizin wenden sich die Patienten, wenn nötig, früher an ihren behandelnden Arzt. Er bindet seine Patienten dadurch sogar stärker an sich als ohne Telemedizin.

TK: Chronisch Kranke sind häufig ältere Menschen. Ist für sie nicht der Umgang mit dem technischen Gerät oft problematisch?

Prof. Kohlhäufel: Richtig, viele Ältere kennen die Apparate nicht und haben Berührungängste. Doch die sind schnell ausgeräumt: Der Health Buddy hat nur vier Knöpfe. Er gibt klare Anweisungen, welcher wann gedrückt werden muss. Es ist so gut wie ausgeschlossen, dass die Patienten den Health Buddy falsch benutzen.

TK: Weiß man, ob es tatsächlich gesundheitlich und ökonomisch sinnvoll ist, Telemedizin bei COPD anzuwenden?

Prof. Kohlhäufel: Studien zeigen durchaus, dass Telemedizin medizinisch wie ökonomisch sinnvoll ist. Erst im vergangenen Jahr gab eine Veröffentlichung Hinweise darauf, dass die Telemedizin sich günstig auf die Lebensqualität der COPD-Patienten auswirkt und dafür sorgt, dass es weniger stationäre Einweisungen gibt. Die Daten stammen allerdings aus den USA. Wir brauchen noch mehr Belege für das deutsche Gesundheitssystem.

TK: Was ist für Sie das Wichtigste an dem aktuellen Projekt und der Telemedizin?

Prof. Kohlhäufel: Wir folgen mit dem Projekt einem europäischen Trend. Er ist angesichts des demografischen Wandels und der zunehmenden Zahl chronischer Erkrankungen sinnvoll. Klar ist aber dennoch: Der Patient wird immer im Mittelpunkt stehen. Die technologische Lösung soll nur die Zusammenarbeit zwischen ihm und dem Arzt verbessern, aber keinesfalls ersetzen.

COPD: dritthäufigste Todesursache bis 2030

Derzeit sind in Deutschland nach Schätzungen mehr als sechs Millionen Menschen an COPD erkrankt. Davon sind aber nur etwa 1,5 Millionen diagnostiziert. Nach Zahlen des Statistischen Bundesamtes sterben allein in Deutschland jeden Tag 80 Patienten an COPD. Die Weltgesundheitsorganisation WHO erwartet, dass COPD bis 2030 in Europa zur dritthäufigsten Todesursache nach Herzkrankheiten und Schlaganfällen wird. Bei der TK sind derzeit etwa 100.000 COPD-Patienten registriert.

Die Erfahrung zeigt, dass psychisch kranke Menschen häufig am besten in ihrem sozialen Umfeld betreut werden können. Ein neues Finanzierungsmodell macht das möglich: Statt getrennter Budgets für stationäre, teilstationäre und ambulante Leistungen gibt es ein gemeinsames. Das Klinikum Hanau hat gemeinsam mit der TK ein neues Entgeltsystem entwickelt und ist das erste Krankenhaus in Deutschland, das es anwendet.



Was der Psyche hilft



Privatdozent Dr. Thomas Schillen, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Hanau

TK: Herr Dr. Schillen, mit dem Finanzierungsmodell der „Optimierten Versorgung in der Psychiatrie“, auch OVP, können Sie in Ihrer Klinik Leistungen bei psychischen Erkrankungen flexibler abrechnen. Warum ist das aus Ihrer Sicht notwendig?

PD Dr. Schillen: Weil wir damit psychisch kranke Menschen so individuell begleiten können, wie sie es brauchen: Mal muss ein Patient in der akuten Krise stationär betreut werden. Geht es ihm etwas besser, können wir ihm ambulante Akutbehandlungen anbieten. Bei weiterer Gene-

sung reicht dem Patienten vielleicht ein monatlicher Termin in unserer Institutsambulanz oder bei seinem Hausarzt. Das bisherige Finanzierungssystem ermöglichte eine aufwendigere Behandlung nur innerhalb des Krankenhauses. Mit dem neuen Entgeltsystem sind intensive Behandlungen nicht mehr an die Aufnahme ins Krankenhaus gebunden.

TK: Was bedeutet das neue System für den Patienten?

PD Dr. Schillen: Bei der psychiatrisch-psychotherapeutischen Begleitung hängt das Behandlungsergebnis sehr von der Qualität der therapeutischen Beziehung ab. Im bisherigen System war die Therapie im Krankenhaus sehr intensiv – und brach oft durch den Wechsel in die ambulante Weiterversorgung ab. Gerade schwer und chronisch kranken Menschen ging es dadurch bereits nach wenigen Mona-

ten wieder so schlecht, dass der nächste Klinikaufenthalt unvermeidlich war. In unserem OVP-Modell stellen wir den Patienten langfristig einen festen Ansprechpartner zur Seite. Durch diese kontinuierliche Beziehung über die Grenzen ambulanter und stationärer Versorgung hinweg geht es einigen unserer langjährigen Patienten viel besser.

TK: Wie verändert sich die Finanzierung mit der OVP?

PD Dr. Schillen: Wir haben unsere bisherigen drei Budgets – für ambulante, teil- und vollstationäre Behandlung – zu einem integrierten OVP-Budget für alle drei Versorgungsbereiche zusammengefasst. Pro Tag und Fall wird jetzt eine Pauschale abgerechnet, die taggenau durch die Erkrankungsschwere des Patienten bestimmt wird.

TK: Wie sehen die Veränderungen praktisch aus?

PD Dr. Schillen: Wird ein Patient zu uns in die Klinik eingewiesen, prüfen wir zunächst, ob wir ihn ambulant behandeln können. Wenn wir ihn intensiv ambulant betreuen können, ist auch bei akuten Krisen eine stationäre Aufnahme nicht oder nur für kurze Zeit erforderlich. Einige chronisch kranke Patienten wiederum lehnen eine Einweisung in die Klinik ab, lassen aber einen Hausbesuch durch eine Bezugsperson zu. Je nach Störungsbild und sozialem Umfeld ist es in der häuslichen Umgebung oft einfacher, die persönlichen Fähigkeiten des Patienten wieder zu aktivieren.

TK: Wer profitiert davon besonders?

PD Dr. Schillen: Grundsätzlich alle Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen. Depressive Menschen können täglich intensiv behandelt werden und weiterhin arbeiten gehen. Wichtige Sozialkontakte und Tagesstruktur bleiben dadurch erhalten. Bei Suchterkrankungen können wir Entgiftung und Nachbetreuung individueller an die Bedürfnisse des Patienten anpassen. Chronisch kranke Patienten, beispielsweise mit einer Psychose, profitieren von der langfristigen professionellen Begleitung.

TK: Das klingt schlüssig. Gibt es Risiken, wenn Sie Patienten zunehmend ambulant betreuen?

PD Dr. Schillen: Die Lebensqualität der Patienten hat für uns oberste Priorität. Wir wollen dazu beitragen, dass es ihnen trotz mitunter gravierender psychischer Erkrankungen und Verletzungen möglichst gut geht. Wir wissen seit Jahren, dass wesentliche Elemente der ambulanten Behandlung dazu beitragen können – das haben wir auch in einem sehr erfolgreichen Pilotprojekt bereits gezeigt – konnten sie aber im bisherigen System nur selten anwenden. Eine Behandlung ist natürlich nicht einfach deswegen besser, weil sie ambulant erfolgt. Wir untersuchen deshalb unsere Projektentwicklung mit einer Reihe von Qualitätsindikatoren.

TK: Werden andere Krankenhäuser Ihrem Beispiel folgen?

PD Dr. Schillen: Das hoffe ich sehr. Das Klinikum Rüdersdorf in Brandenburg hat das OVP-Modell für seine TK-Patienten bereits übernommen. Aus dem Kreis der Chefärzte psychiatrischer Kliniken habe ich eine ganze Reihe interessierter Nachfragen. Geschäftsführer und Chefärzte verschiedener Kliniken besuchen uns hier in Hanau.



Ich denke, dass die Vorzüge des OVP-Entgeltensystems für die Versorgung psychisch kranker Menschen für die meisten Kliniken sehr attraktiv sind. Ich bin deshalb zuversichtlich, dass weitere Krankenhäuser sich dem OVP-Projekt anschließen werden.

Weitere Informationen unter www.tk.de, Webcode 348096.

FINANCIAL TIMES DEUTSCHLAND

Zum siebten Mal hat die Financial Times Deutschland im April 2012 die fortschrittlichsten Projekte der Gesundheitswirtschaft gekürt. Einer von zehn Siegern ist das Finanzierungsmodell „Optimierte Versorgung in der Psychiatrie“ der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Hanau.

Etwa 15 Babys kommen jedes Jahr in Deutschland mit einem sogenannten angeborenen Hyperinsulinismus zur Welt, bei dem die Bauchspeicheldrüse im Verhältnis zum Blutzucker zu viel Insulin ausschüttet. An der Universitätsmedizin Greifswald operiert man Kinder mit dieser seltenen Erkrankung sehr schonend, um ihnen eine lebenslange Zuckerkrankheit zu ersparen.

Kalkuliertes Wagnis



Prof. Dr. Winfried Barthlen, Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie der Universitätsmedizin Greifswald

TK: Herr Professor Barthlen, was macht den angeborenen Hyperinsulinismus so gefährlich?

Prof. Barthlen: Die Unterzuckerungen, die entstehen, weil die Bauchspeicheldrüse kontinuierlich Insulin ausschüttet. Unser Gehirn ist jedoch auf Glukose, also Zucker, angewiesen. Fehlt er, erleiden die Kinder Krampfanfälle, ihre Hirnzellen sterben ab. Die Kinder können sich nicht mehr normal entwickeln, sind geistig und motorisch behindert.

TK: Wie schnell müssen sie behandelt werden, damit ihr Gehirn gesund bleibt?

Prof. Barthlen: Die Kinder brauchen schnell und in großer Menge Glukose. Dadurch nehmen sie jedoch stark zu. Bald sind also Medikamente notwendig, die die permanente Insulinausschüttung bremsen und den hohen Glukoseverbrauch senken. Diese Medikamente haben aber Nebenwirkungen: Sie lösen Bauchweh und Haarwachstum am ganzen Körper aus und hemmen das körperliche Wachstum. Dazu kommt, dass zwei der drei gängigen Medikamente gespritzt werden müssen. Wenn die Familie stark unter der ständigen Angst vor Unterzuckerungen leidet oder die Nebenwirkungen der Medikamente zu groß sind, sollte man über eine Operation nachdenken. Sie ist aber nur gerechtfertigt ist, wenn die Chancen auf Besserung sehr hoch sind.

TK: Wie operieren Sie genau?

Prof. Barthlen: Wir entfernen das veränderte Gewebe in der Bauchspeicheldrüse. Dabei dürfen wir keine

kranken Zellen zurücklassen, wollen aber auch kein gesundes Gewebe entfernen. Wir müssen deshalb äußerst präzise arbeiten, denn die Bauchspeicheldrüse ist im Säuglingsalter nur so groß wie der kleine Finger eines Erwachsenen. Der Eingriff selbst erfolgt meist per Schlüsselochchirurgie, also über drei kleine Schnitte am Nabel und am Bauch.

TK: Und danach brauchen die Kinder keine Medikamente mehr?

Prof. Barthlen: Kinder mit einem fokalen Hyperinsulinismus, bei dem ein abgegrenzter, wenige Millimeter großer Bereich der Bauchspeicheldrüse verändert ist, gelten nach dem Eingriff als geheilt: Sie benötigen weder insulinenkende Tabletten noch Zucker-Infusionen. Ihr Blutzucker muss nicht mehr kontrolliert werden. Der verbleibende Rest der Bauchspeicheldrüse übernimmt die komplette Funktion.

TK: Was ist das Besondere bei Ihrer Behandlung?

Prof. Barthlen: Einerseits haben wir die OP-Methode perfektioniert. Vor allem aber gehören wir zu den wenigen Teams weltweit, die Kinder mit der sogenannten diffusen Form des Hyperinsulinismus äußerst zurückhaltend operieren. Im Gegensatz zur fokalen Variante verteilen sich hier die krankhaften Zellen über das ganze Organ. Noch immer glauben zahlreiche Experten, man müsse bei diesen Kindern gleich die ganze Drüse entfernen. Doch die meisten der so behandelten Patienten entwickeln bis zur Pubertät einen Diabetes, müssen also für den Rest ihres Lebens Insulin spritzen. Das möchten wir verhindern, entfernen deshalb nur die am meisten betroffenen Areale und warten dann ab.

TK: Und das funktioniert?

Prof. Barthlen: Seit März 2011 hat unser Team acht Patienten mit einer diffusen Form operiert. Nur einer von ihnen braucht noch ein Medikament, das den Insulinspiegel senkt. Vorher ließ sich sein Blutzucker selbst mit drei Wirkstoffen und Glukose nicht bändigen. Wir sind von unseren Erfolgen selbst überrascht. Aber natürlich

untersuchen wir diese kleinen Patienten immer wieder nach. Der Hyperinsulinismus ist eben ein sehr komplexes und im Einzelfall schwer vorhersehbares Krankheitsbild, das wir erst langsam anfangen zu verstehen.

TK: Sind alle Kinder mit Hyperinsulinismus für Ihre Operation geeignet?

Prof. Barthlen: Bei der fokalen Form sind es alle Kinder. Bei der diffusen Form kommen die infrage, die auf eine medikamentöse Therapie nicht oder nur unzureichend ansprechen. Allerdings entscheiden wir für jedes Kind im Team, ob es operiert wird oder nicht. Denn eine Operation greift in die körperliche Unversehrtheit dieses kleinen Wesens ein und muss streng abgewogen werden, auch wenn die Komplikationsraten heute sehr niedrig sind.

TK: Sie arbeiten eng mit der Universität Magdeburg und einer Berliner Schwerpunktpraxis zusammen. Warum diese Kooperationen?

Prof. Barthlen: Eine erfolgreiche Operation muss sehr gut vorbereitet sein. Es gilt vorher viele Fragen zu klären: Liegt tatsächlich ein angeborener kongenitaler Hyperinsulinismus vor? Wo genau sind die krankhaften

Zellen in der Bauchspeicheldrüse? Sollte bei diesem Kind erst eine medikamentöse Therapie versucht oder muss es gleich operiert werden? Dafür braucht man gute Experten. Prof. Klaus Mohnike aus Magdeburg stellt die Diagnose und kennt sich sehr gut mit der medikamentösen Therapie des Hyperinsulinismus aus. Sein Bruder Prof. Wolfgang Mohnike in Berlin ist ein hervorragender Nuklearmediziner; er fertigt für uns spezielle Aufnahmen der Bauchspeicheldrüse an, auf denen man die Verteilung der krankhaften Zellen erkennt. Und ich operiere. Zusammen versuchen wir, die Kinder optimal zu behandeln.

TK: Ist Ihre Arbeit mit dem Eingriff beendet?

Prof. Barthlen: Alle Eltern der Kinder, die ich operiert habe, haben meine Handynummer. Sie können mich bei Fragen oder Problemen immer erreichen. Davon abgesehen übergeben wir die kleinen Patienten nach der Entlassung geheilt in die Obhut ihres behandelnden Kinderarztes zurück.

Weitere Informationen unter www.tk.de, Webcode 463442.





TK & Patient

„Keine Entscheidung über mich ohne mich.“ Die TK stärkt ihre Versicherten in diesem Anliegen. Gemeinsam mit dem Arzt über Diagnostik und Therapie entscheiden, das verbessert auch die Therapietreue der Patienten und hilft so heilen.

Wer bisher einen Arzt suchte, musste auf das Urteil von Freunden, Verwandten oder Kollegen vertrauen. Auf den guten Rat anderer baut auch der TK-Ärzteführer, der seit Februar 2012 als Teil der Weissen Liste online ist. Hier beurteilen Patienten ihre Ärzte und helfen so anderen, den richtigen Arzt für sich zu finden.

Sicher durch den Arztdschungel



Dr. Ilona Köster-Steinebach,
Referentin für
Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen, Verbraucherzentrale Bundesverband, Berlin

TK: Frau Dr. Köster-Steinebach, was macht den neuen Ärzteführer besser als andere Internet-Bewertungsportale?

Dr. Köster-Steinebach: Wir haben keine kommerziellen Interessen und sind damit unabhängig. Kein Arzt kann sich, wie auf anderen Portalen durchaus üblich, einen besseren Rang erkaufen. Auch Werbung werden Sie vergeblich suchen. Das Wichtigste aber ist: Für ihre Bewertung füllen die Patienten einen Fragebogen aus, der nach wissenschaftlichen Kriterien erstellt und ausführlich getestet wurde. Er ist so konzipiert, dass Ärzte eine faire Rückmeldung erhalten.

TK: Was war für die Weisse Liste ausschlaggebend, diese aufwendige Art der Online-Arztuche zu entwickeln?

Dr. Köster-Steinebach: Uns war es wichtig, dass die Bewertungen, die die Versicherten vornehmen, für jeden transparent sind. Das ist uns gelungen: Jeder Nutzer kann bis ins Detail nachvollziehen, warum Versicherte einen Arzt empfehlen oder eben nicht.

TK: Die Fragebögen, mit denen die Versicherten die Ärzte bewerten, wurden ausführlich getestet. Wie muss man sich solch einen Fragebogen-Test vorstellen?



Dr. Köster-Steinebach: Zunächst hat das Berliner IGES Institut, das seit 30 Jahren Unternehmen und Verbände im Gesundheitswesen berät, Patienten befragt, was ihnen bei einem Arztbesuch wichtig ist. Daraus haben die IGES-Mitarbeiter einen Fragenkatalog entwickelt, den ein wissenschaftliches Gremium diskutiert und angepasst hat. Dann hat man die Fragebögen durch Praxistests mit insgesamt 2.500 Versicherten überprüft. Für Kinderärzte und Zahnärzte gibt es

separate Bögen, weil bei diesen Arztgruppen besondere Aspekte abgefragt werden.

TK: Was wird denn abgefragt?

Dr. Köster-Steinebach: Jeder Bogen umfasst 30 bis 40 Fragen. Der Patient gibt an, ob er mit der Terminvergabe und den Wartezeiten zufrieden war oder wie er den Datenschutz und die Praxisatmosphäre einschätzt. Am



wichtigsten ist uns jedoch zu erfahren, wie sich der Versicherte bei seinem Arzt aufgehoben fühlt: Wird er in die Entscheidung eingebunden? Hat er die Möglichkeit, Fragen zu stellen? Hat er das Gefühl, dass ihm zusätzliche Leistungen, die die Kassen nicht bezahlen, aufgeschwatzt werden?

Was ist die Weisse Liste?

Die Weisse Liste ist ein gemeinsames Projekt der Bertelsmann-Stiftung und der Dachverbände der größten Patienten- und Verbraucherorganisationen, darunter der Verbraucherzentrale Bundesverband. Die Initiatoren wollen eine individuelle Entscheidungshilfe für Patienten und Angehörige schaffen und für mehr Transparenz im Gesundheitswesen sorgen. Die Daten der Weisse-Liste-Ärzte sind für alle Menschen bundesweit einsehbar, unter anderem im TK-Ärzteführer. An der Patientenbefragung können bislang nur Versicherte der TK und zweier weiterer Krankenkassen teilnehmen.

TK: Wovon hängt die Empfehlung eines Arztes durch den Patienten letzten Endes ab?

Dr. Köster-Steinebach: Statistisch gesehen gibt es einen direkten Zusammenhang zwischen der Arzt-Patienten-Kommunikation und der Empfehlung. Wer also mit seinen Patienten empathisch und authentisch umgeht, wird gut bewertet. Da sehen die Patienten auch mal über längere Wartezeiten hinweg.

TK: Andere Onlinesuchen setzen auf die fachliche Beurteilung durch Kollegen. Welche Vorteile erwarten Sie durch das Urteil aus Sicht des Patienten?

Dr. Köster-Steinebach: Untersuchungen zeigen, dass es für den Patienten zweitrangig ist, wie viele Studien jemand veröffentlicht hat und ob er von Berufskollegen als Koryphäe eingeschätzt wird. Wichtiger ist ihm, dass er mit seinem Arzt gut klarkommt, dass er ihm vertraut. Und das kann ein Mitpatient am besten einschätzen.

TK: Wie verhindern Sie Manipulationen bei der Bewertung?

Dr. Köster-Steinebach: Jeder Versicherte kann pro Arzt nur eine Bewertung abgeben. Identifizieren muss er

sich dafür mit seiner Versichertennummer. Ändert er seine Meinung über den Arzt, wird die alte mit der neuen Bewertung überschrieben. Außerdem müssen mindestens zehn Bewertungen des Arztes vorliegen, damit sie auf dem Portal einsehbar sind. Ausreißer nach oben und unten verlieren dadurch an Gewicht. Und bei uns gibt es keine Freitextfelder. Diffamierungen und unsachliche Kommentare, mit denen sich Patienten nach einem enttäuschenden Arztbesuch mal Luft machen, sind also nicht möglich.

TK: Einige Mediziner sträuben sich noch gegen den TK-Ärzteführer. Er würde ihre Zunft anprangern, so die Befürchtung. Wie können Sie den Ärzten diese Sorge nehmen?

Dr. Köster-Steinebach: Ich kann allen Kritikern nur sagen, dass ihre Ängste unbegründet sind. Denn die meisten Ärzte werden von ihren Patienten gut oder sehr gut bewertet. Und wer mit den Bewertungen nicht zufrieden ist, sollte das als Chance sehen, die Praxisabläufe und den Umgang mit den Patienten zu überprüfen. Übrigens waren Ärztevertreter von Anfang an in die Entwicklung eingebunden.

TK: Ist es für die Ärzte möglich, aktiv zu werden und sich auf dem Portal in ein gutes Licht zu rücken? Und können sie eine Bewertung verhindern?

Dr. Köster-Steinebach: Ärzte können die Funktion Patientenbefragung sperren lassen. Dies ist im persönlichen Arztbereich nach Authentifizierung möglich. Der Portalnutzer findet dann die Information, dass er diesen Arzt nicht beurteilen kann. Mit der Sperrung sind die Abgabe von Beurteilungen und das Ermitteln einer Bewertung dann nicht mehr möglich. Unabhängig davon können Ärzte Bilder ihrer Praxis hochladen. Und der Arzt kann seine Bewertungen kommentieren und so auf die Anregungen und die Kritik seiner Patienten reagieren.

TK: Wie wird sich der Ärzteführer aus Ihrer Sicht in den kommenden Jahren entwickeln?

Dr. Köster-Steinebach: Wir hoffen jetzt, dass wir möglichst schnell viele Bewertungen sammeln, um so die Patienten bei ihrer Arztsuche zu unterstützen. In die weite Zukunft schauend wünsche ich mir, dass wir in den Ärzteführer objektive Qualitätsindikatoren integrieren können.

Der TK-Ärzteführer ist im Internet unter www.tk.de/aerztuefuehrer abrufbar.



Untersuchungen zeigen: Viele Patienten nehmen ihre verschriebenen Medikamente nicht wie vereinbart ein, so dass der erwünschte Therapieerfolg oft ausbleibt. Mit Hilfe eines bundesweit einmaligen Modellprojekts wollen die TK und das Gesundheitsnetz „Qualität und Effizienz“ (QuE) Nürnberg die Arzneimittelversorgung nun verbessern.

Gemeinsame Suche nach der besten Therapie



Dr. Veit Wambach, Facharzt für Allgemeinmedizin und Vorsitzender des Vorstands des Gesundheitsnetzes „Qualität und Effizienz“, Nürnberg

TK: Herr Dr. Wambach, wenn die Rede davon ist, dass Patienten ihre Medikamente nicht einnehmen, fällt oft der Begriff Adhärenz. Was steckt dahinter?

Dr. Wambach: Damit beschreibt man in der Medizin, inwieweit das Verhalten eines Patienten mit den Behandlungszielen und -wegen übereinstimmt, die er zuvor mit seinem Arzt besprochen hat.

TK: Wie kommt es denn überhaupt dazu, dass Tabletten nicht wie verabredet genommen werden?

Dr. Wambach: Nehmen wir einen Patienten mit Bluthochdruck. Sein Arzt verschreibt ihm eine Tablette und erklärt, wie sie wirkt und welche

Nebenwirkungen das Medikament haben kann. Nach ein paar Tagen stellt der Patient jedoch fest, dass er viel müder und leistungsschwächer ist, als er persönlich erwartet hat. Also entscheidet er eigenmächtig, künftig nur noch eine halbe Tablette zu nehmen. Beim nächsten Arztbesuch verschweigt er das jedoch. Vielleicht ist es ihm peinlich, er will den Arzt nicht verärgern oder gar enttäuschen. Der Arzt stellt nur fest, dass die Blutdruckwerte nicht sinken, und erhöht die Dosis.

TK: Wie steht es um die Adhärenz hierzulande?

Dr. Wambach: Eine Untersuchung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahr 2003 zeigt, dass etwa jeder zweite Patient seine Tabletten nicht so nimmt, wie er es mit dem Arzt vereinbart hat. Andere Analysen nennen Anteile von bis zu 80 Prozent.

Beispiel Diabetes: Seit Jahrzehnten bemühen wir uns, diese Volkskrankheit in den Griff zu bekommen. Bisher mit mäßigem Erfolg. Ein Grund: die fehlende Adhärenz.

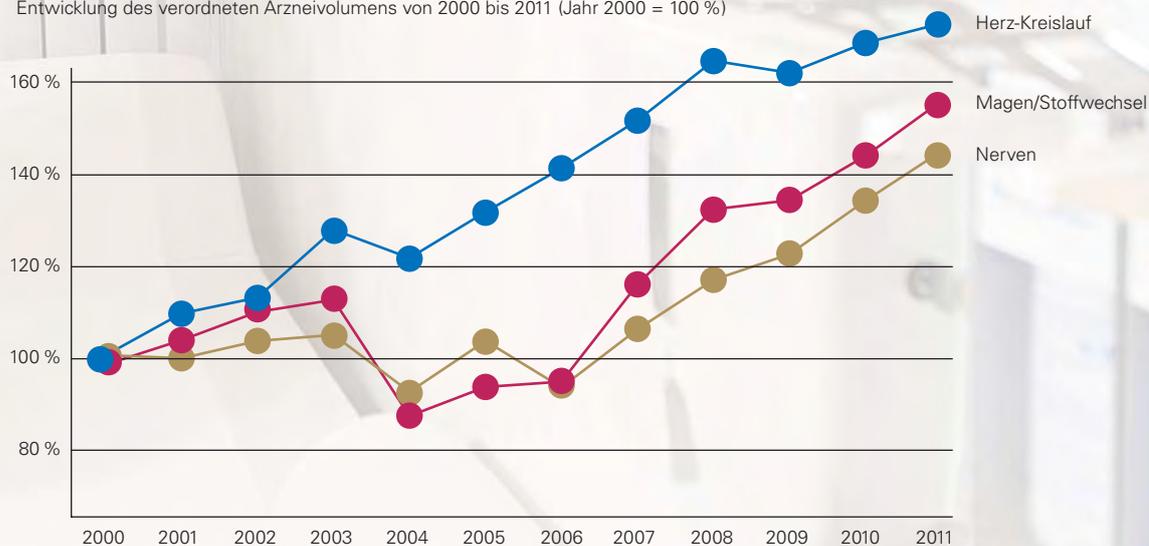
TK: Sie erhalten künftig Informationen von der TK, die Ihnen helfen, mehr über die Adhärenz Ihrer Patienten zu erfahren. Wie kam es dazu?

Dr. Wambach: Die TK hat pseudonymisierte Daten von 200.000 Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 2 aus den Jahren 2006 bis 2008 analysiert. Diese Daten lassen Rückschlüsse darüber zu, ob die für einen bestimmten Zeitraum verordneten Arzneimittel auch in diesem Zeitraum eingenommen werden konnten. Die Analyse zeigt eindeutig, dass das nicht immer der Fall war. Vielmehr hatten den TK-Angaben zufolge 7.000 Versicherte ihre Rezepte so eingelöst, dass die Medikamente nur für jeden zweiten Tag



Immer mehr Medikamente gegen Zivilisationskrankheiten

Entwicklung des verordneten Arzneivolumens von 2000 bis 2011 (Jahr 2000 = 100 %)



Grafik/Quelle: Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse 2012

ausreichen, obwohl ihr Arzt sie zur täglichen Einnahme verschrieben hatte.

TK: Mit dem Modellprojekt soll die Adhärenz verbessert werden. Wie funktioniert das?

Dr. Wambach: Die Kollegen unseres regionalen Netzwerks erhalten zusammengefasste, anonymisierte Routinedaten der TK, beispielsweise zu einer Versorgungslücke wie der oben beschriebenen. Anhand der Daten können sie also nachvollziehen, welche Arzneimittel besonders kritisch im Hinblick auf eine regelmäßige Einnahme durch die Patienten sind. Dies ist ein wichtiger Anhaltspunkt dafür, dass es Gesprächsbedarf über die gewählte Therapie zwischen Patient und Arzt gibt. Hat der Patient wirklich akzeptiert, dass dies für ihn die richtige Therapie ist? Mit Medikamenten ist es wie mit dem Hinweis, dass mehr Bewegung wichtig ist.

Kein Patient wird seinem Arzt da widersprechen. Aber wird er sich alleine deshalb mehr bewegen? Auch für eine Arzneimitteltherapie muss der Patient motiviert werden.

TK: Was erhoffen Sie sich von dem Modellprojekt?

Dr. Wambach: Dass die Patienten sich aktiver an der Therapie beteiligen. Dass Probleme ans Licht kommen, die vorher vielleicht unbekannt waren. Dass wir unsere Patienten noch passgenauer behandeln können. Denn wenn wir Erkenntnisse darüber erhalten, ob und wie oft sie die von uns verschriebenen Arzneien korrekt nehmen, können wir direkt reagieren. Stellt sich beispielsweise heraus, dass Rezepte für Bluthochdruck-Medikamente viel zu selten in der Apotheke eingelöst werden, geht der Arzt auf die Suche nach dem Grund: Er spricht mit seinen Kollegen und mit den Patienten, die

das Medikament bekommen. Am Ende könnte dann die gemeinsame Entscheidung für einen alternativen Therapieweg stehen, der besser zu dem Patienten passt.

Gesundheitsnetz „Qualität und Effizienz“ in Nürnberg

In dem 2005 gegründeten Gesundheitsnetz QuE arbeiten insgesamt 112 niedergelassene Ärzte aus 67 Praxen im Norden/Nordosten Nürnbergs. Die Haus- und Fachärzte sind sowohl untereinander als auch mit den Kliniken der Region, dem pflegerischen Bereich und weiteren Gesundheitsanbietern in einem professionellen Netzwerk vereint. Ziel der Genossenschaft ist es, die Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern und effizienter zu arbeiten.

Gefäßstütze, Tabletten oder Operation? Menschen mit Herzerkrankungen verlassen sich meist auf das Urteil ihres behandelnden Arztes, wenn sie sich für eine Therapie entscheiden. Mitunter kann es aber sinnvoll sein, die Meinung eines zweiten Mediziners einzuholen.

Vier Augen sehen mehr als zwei



Dr. Hubertus Günther,
Facharzt für Innere
Medizin/Kardiologie
in der Gemein-
schaftspraxis
Kardiologie
Am Neumarkt, Köln

TK: Wie oft weicht Ihre Meinung von der Ihres Vorgängers ab?

Dr. Günther: Relativ selten. Die Kollegen orientieren sich bei der Therapieentscheidung an den Leitlinien der

sen? Kann er nach einer Bypass-Operation sechs Wochen Genesungszeit tolerieren? Wir versuchen, das Behandlungskonzept an den Patienten und seine Wünsche anzupassen.

TK: Welchen Zweck erfüllen die Zweitmeinungen dann überhaupt?

TK: Herr Dr. Günther, Zweitmeinungen sind in der Ärzteschaft nicht unumstritten. Sie erstellen Diagnosen ebenso wie Zweitmeinungen. Wie sehen Sie das?

Dr. Günther: Die Motivationen der Patienten, sich eine zweite Meinung einzuholen, sind ganz unterschiedlich. So erlebe ich Patienten mit diesem Anliegen gelegentlich als verunsichert. Vielleicht hat der behandelnde Arzt bei ihnen nicht den richtigen Ton getroffen oder hatte nicht genug Zeit, alle Fragen bis ins letzte Detail zu klären. Andere Patienten können nicht damit umgehen, dass sie wirklich krank sind, und laufen so lange von Arzt zu Arzt, bis ihnen jemand sagt, dass sie nichts haben – oder umgekehrt. Ich persönlich finde die Idee der Zweitmeinung entlastend: Im besten Fall bestätigt sie, dass ich als Arzt die richtige Diagnose gestellt und den richtigen Therapieweg eingeschlagen habe – die Meinung des Kollegen stimmt mit meiner überein. Und selbst wenn er noch eine andere Sicht auf die Dinge einbringt, finde ich das bereichernd.



deutschen Gesellschaft für Kardiologie – genau wie ich. Allerdings müssen wir immer auch die Besonderheiten des einzelnen Patienten berücksichtigen: Ängstigt er sich sehr vor einer Operation? Würde er sich bei einer erneuten Gefäßverengung nochmals mit dem Herzkatheter behandeln las-

Dr. Günther: Sie geben Sicherheit – und zwar für Arzt und Patient. Die Zweitmeinung hilft, sich für die bestmögliche Therapie des Patienten zu entscheiden. Überflüssige Eingriffe und Behandlungen können ihm dadurch erspart werden. Der Patient hat ein Anrecht auf umfassende Information. Dadurch wird er im souveränen Umgang mit der eigenen Gesundheit gestärkt – und kann so ärztliche Entscheidungen viel besser mittragen. Das wiederum spielt eine wichtige Rolle im Genesungsprozess.

TK: Ist Zweitmeinung denn immer gleich Zweitmeinung?

Dr. Günther: Das Westdeutsche Herznetz (WDHN) bietet in Kooperation mit der TK zwei Formen der Zweitmeinung an: Zum einen können die Patienten zum Facharzt gehen, zum Kardiologen also, wenn der Hausarzt sie wegen ihres Herzleidens eigentlich direkt ins Krankenhaus einweisen will. Oder sie vereinbaren nach einem Facharztbesuch noch einen Termin bei einem zweiten Kardiologen. Das WDHN organisiert hierbei erfolgreich

die Zusammenarbeit ausgewählter Hausärzte, niedergelassener Internisten und Kardiologen sowie von Kollegen aus den Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen.

TK: Bei welchen Herzerkrankungen sind Zweitmeinungen besonders wichtig?

Dr. Günther: Ein zweiter Blick ist immer dann sinnvoll, wenn es mehrere Therapiemöglichkeiten gibt. Bei einer Verengung der Herzkrankegefäße verschreibt der eine Kollege Tabletten, der andere legt minimalinvasiv über die Leiste eine Gefäßstütze ein oder empfiehlt einen Bypass. Die Bypass-Operation ist ein mehrstündiger Eingriff, bei dem normalerweise die Herz-Lungen-Maschine zum Einsatz kommt.

TK: Wie gehen Sie vor, wenn Sie eine Zweitmeinung erstellen? Müssen alle Untersuchungen wiederholt werden?

Dr. Günther: Nein, auf gar keinen Fall. Ich lasse mir von dem Patienten die Unterlagen zeigen und treffe in Rücksprache mit ihm meine Entscheidung. Bei komplexen Fällen kann es schon mal sein, dass ich einen zweiten Termin vereinbare, um genug Zeit für das Aktenstudium zu haben. Bei den Patienten, die vom Hausarzt kommen, stehen mitunter noch Spezialuntersuchungen aus, die wir in unserer Praxis durchführen können.

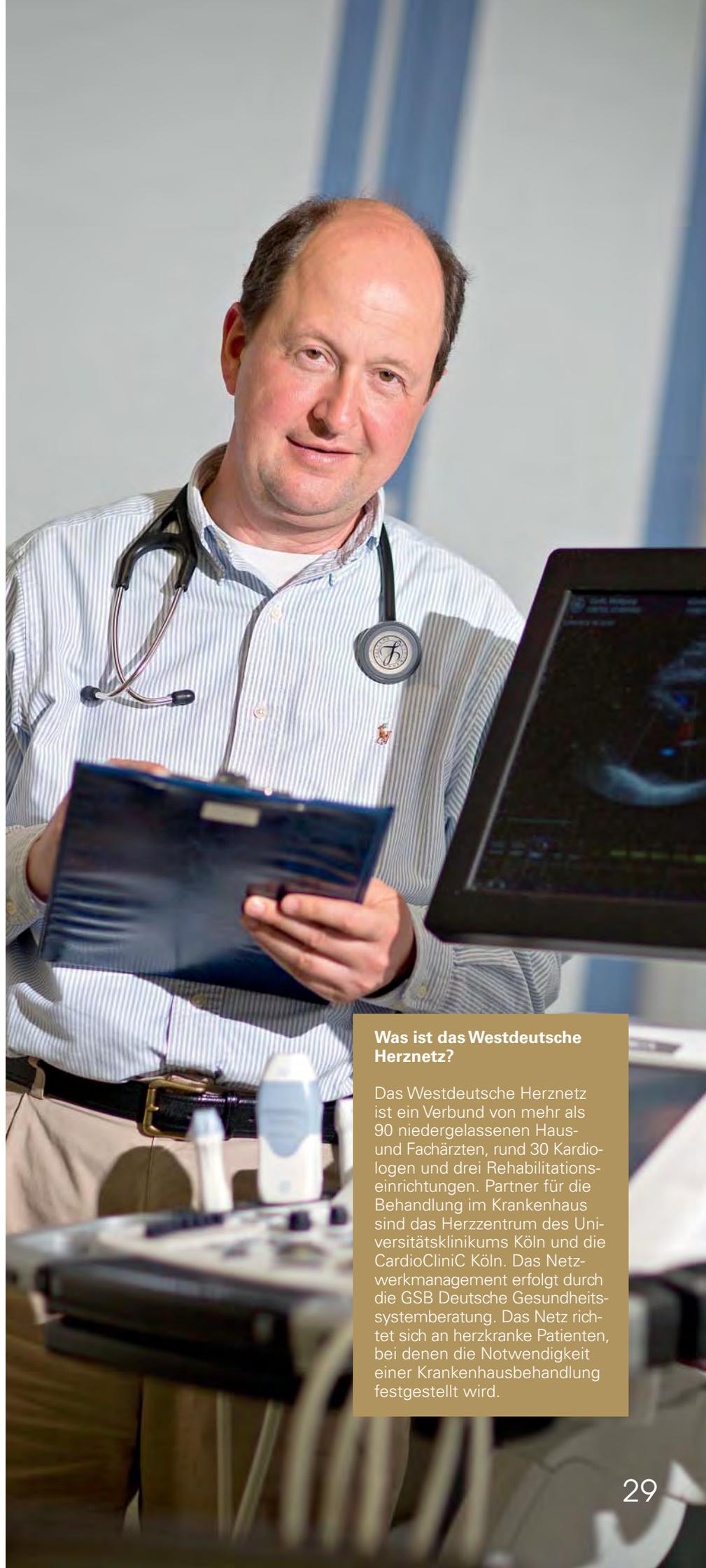
TK: Muss sich der Patient bei Ihnen in der Praxis behandeln lassen, wenn Sie die Zweitmeinung erstellt haben?

Dr. Günther: Solange der Patient seinem Arzt vertraut, sollte er auch wieder zu ihm zurückgehen. Einige Patienten wollen jedoch bei uns in der Praxis weiterbehandelt werden.

TK: Wie sehen Sie die Perspektive für Zweitmeinungen?

Dr. Günther: Bislang werden Zweitmeinungen noch nicht häufig nachgefragt. Ich schätze, ein Patient pro Woche tritt mit diesem Anliegen an mich heran. Allerdings glaube ich, dass der Bedarf steigen wird. Die Patienten haben zunehmend bessere Möglichkeiten, sich zu ihrem Krankheitsbild zu informieren und die ärztliche Meinung zu hinterfragen. Das ist aus meiner Sicht eine gute Entwicklung hin zu einem selbstbestimmten Patienten.

Weitere Informationen unter www.tk.de, Webcode 385804.



Was ist das Westdeutsche Herzznetz?

Das Westdeutsche Herzznetz ist ein Verbund von mehr als 90 niedergelassenen Haus- und Fachärzten, rund 30 Kardiologen und drei Rehabilitationseinrichtungen. Partner für die Behandlung im Krankenhaus sind das Herzzentrum des Universitätsklinikums Köln und die CardioCliniC Köln. Das Netzwerkmanagement erfolgt durch die GSB Deutsche Gesundheitssystemberatung. Das Netz richtet sich an herzkranken Patienten, bei denen die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung festgestellt wird.



TK & Gesundheit

Gesundheit ist ein hohes Gut. Sie zu erhalten oder ihren Versicherten nach einer Krankheit wiederzugeben ist eine der wichtigsten Aufgaben der TK. Manchmal geht sie dafür auch neue, ungewöhnliche Wege – wie bei der Kombination einer schul- und naturheilkundlichen Therapie für Patienten mit rheumatoider Arthritis.

Das Immanuel Krankenhaus in Berlin macht Patienten mit rheumatoider Arthritis ein bundesweit einmaliges Angebot: Sie werden gleichzeitig mit schulmedizinischen Arzneien und mit heilkundlichen Verfahren behandelt. Dieser Ansatz kombiniert zwei Ansichten, die lange unvereinbar erschienen. Die Patienten bekommen so eine wirksame und wissenschaftlich abgesicherte Therapie.

Das Beste aus zwei Welten



Prof. Dr. Andreas Michalsen, Chefarzt der Abteilung Naturheilkunde am Immanuel Krankenhaus Berlin

TK: Herr Professor Michalsen, Sie behandeln die rheumatoide Arthritis, kurz RA, parallel mit Methoden aus der Naturheilkunde und der Schulmedizin. Wie kam es dazu?

Prof. Michalsen: Zwei Tatsachen waren ausschlaggebend: Erstens haben wir über Jahre gute Erfahrungen mit verschiedenen Verfahren aus der Naturheilkunde gemacht, die durch wissenschaftliche Untersuchun-

gen gestützt werden. Dazu zählen das Heilfasten, die Kältetherapie oder die Behandlung mit Blutegeln. Außerdem haben wir nach neuen Therapieansätzen gesucht. Denn die rheumatoide Arthritis ist eine Erkrankung, die oft noch immer nicht zufriedenstellend behandelt wird und dadurch zu schwere Folgeschäden führt.

TK: Was sind die Ziele des Projekts?

Prof. Michalsen: Wir wollen zeigen, dass die ganzheitliche Behandlung wirksam ist und der Patient eine bessere Lebensqualität hat. Im besten Fall können wir zeigen, dass die Kombinationstherapie die Behandlungskosten senken kann, indem die Patienten weniger Medikamente brauchen, insgesamt gesünder sind und seltener Folgeschäden haben. Ob das

tatsächlich der Fall ist, wird sich zeigen, wenn wir die Daten auswerten.

TK: Der Volksmund spricht von Rheuma, wenn die Finger- oder Fußgelenke anschwellen, morgens steif sind und stark schmerzen. Was genau ist die rheumatoide Arthritis?

Prof. Michalsen: Die RA ist die häufigste Form des entzündlichen Rheumas. Sie betrifft bis zu 1,5 Prozent der Menschen in den Industrieländern. Hierzulande leiden allein 800.000 Menschen am entzündlichen Rheuma, Frauen zwei- bis dreimal so oft wie Männer. Ausgelöst wird die RA durch einen immunologischen Prozess. Körpereigene Abwehrzellen rufen daraufhin eine chronische Entzündung hervor, die Gelenkknorpel und Knochen schädigt.





FINANCIAL TIMES
DEUTSCHLAND

Dieses Projekt wurde 2012 von der Financial Times Deutschland beim Wettbewerb „Ideenpark Gesundheitswirtschaft“ ausgezeichnet. Die Jury lobte: „Der unkonventionelle Ansatz zu neuen Therapiemöglichkeiten überzeugt.“

TK: Wie relevant ist denn die Naturheilkunde überhaupt für Patienten mit rheumatoider Arthritis?

Prof. Michalsen: Viele Betroffene haben schon eine Odyssee an Arzt- und Klinikbesuchen hinter sich, mussten jahrelang Schmerzmittel oder Kortison nehmen – sie fragen jetzt verstärkt nach anderen Methoden wie der Naturheilkunde. Zudem gibt es gerade für die rheumatoide Arthritis viele Belege dafür, dass die Naturheilkunde wirkt.

TK: Ist die Naturmedizin bei einer schweren Erkrankung wie der RA wirklich wirksam? Kann sie über den Behandlungserfolg entscheiden?

Prof. Michalsen: Die Kombination von Schulmedizin und Naturheilkunde ist entscheidend. Viele Patienten haben jahrelang nur schulmedizinische Arzneien genommen – häufig, ohne dass dies ihre Lebensqualität entscheidend gebessert hätte. Zahlreiche Patienten mit rheumatoider Arthritis suchen daher nach zusätzlichen Angeboten, um die schulmedizinische Therapie zu ergänzen.

TK: Wie genau funktioniert die Kombinationstherapie bei Ihnen?

Prof. Michalsen: Die Ärzte behandeln den Patienten im Team. Vom ersten Patientengespräch über die gesamte Therapie sind je ein Kollege aus der Schulmedizin und ein naturheilkundlicher Arzt beteiligt. Der Patient erhält also „das Beste aus zwei Welten“ – und muss dafür nichts zusätzlich bezahlen. Die TK übernimmt die Kosten dieser Kombi-Therapie.

TK: Von der Blutegel-Behandlung über die Kältekammer bis hin zur Mind-Body-Therapie stehen den Patienten bei Ihnen alle Angebote aus der Naturheilkunde zur Verfügung. Welche Methode hilft Ihrer Erfahrung nach am besten?

Prof. Michalsen: Die Mind-Body-Therapie besteht aus verschiedenen Entspannungsmethoden. Sie unterbricht den Teufelskreis von negativem Stress und den dadurch ausgelösten Störungen des körperlichen und seelischen Gleichgewichts – und stärkt so das Immunsystem. Die Kältekammer ist schmerzdämpfend und entzündungshemmend. Die Kälte reizt die Haut intensiv und setzt dadurch im Körper zahlreiche schmerz- und entzündungshemmende Mechanismen in Gang. Die jahrtausendalte Blutegel-Behandlung setzen wir vor allem bei chronischen Verläufen ein. Das Sekret der Ringel-

würmer lindert die Entzündung. Außerdem können Patienten ihre Krankheit mit der richtigen Ernährung positiv beeinflussen.

TK: Warum ist gerade Ihr Haus von der TK ausgewählt worden?

Prof. Michalsen: Wir bieten unseren Patienten seit vielen Jahren Therapien aus der Naturheilkunde und gilt dadurch als eine der qualifiziertesten Kliniken für alternative Medizin in Deutschland. Unsere Klinik hat



außerdem den Vorteil, dass wir unsere Patienten nicht ausschließlich naturheilkundlich, sondern auch schulmedizinisch behandeln, also alles unter einem Dach anbieten.

TK: Was müssen die Patienten tun, um bei Ihnen behandelt zu werden?

Prof. Michalsen: Sie sollten bei der TK versichert sein, die medizinischen Voraussetzungen – beispielsweise eine bestimmte Krankheitsaktivität –

erfüllen und außerdem eine gewisse Offenheit für alternative Methoden mitbringen. Nur wenn sie den Wunsch haben, zu ihrer Genesung beizutragen, wird die ganzheitliche Therapie erfolgreich sein.

Weitere Informationen unter www.tk.de, Webcode 408582.



Tyrannisiert, ausgegrenzt, beleidigt: Etwa jedes zehnte Kind wird in der Schule gemobbt. Die TK-Initiative „Mobbingfreie Schule – gemeinsam Klasse sein!“ zeigt Schülern, dass man Respekt lernen kann.

Bewusst gegen Ausgrenzung



Dr. Christian Böhm, Leiter der Abteilung Prävention, Intervention und Beratung am Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung der Freien und Hansestadt Hamburg

TK: Herr Dr. Böhm, Sie haben das Konzept „Mobbingfreie Schule – gemeinsam Klasse sein!“ entwickelt. Ist Mobbing wirklich ein gesellschaftliches Dauerthema geworden?

Dr. Böhm: Aus Umfragen der TK und aus Studien wissen wir, dass Mobbing und Cybermobbing heute eine große Rolle im Schulalltag spielen. Fast jeder zehnte Neuntklässler ist Hänseleien sogar regelmäßig ausgesetzt. Mit Cybermobbing ist es ähnlich; am Mobbing im Netz beteiligen sich allerdings deutlich mehr Mädchen. Im Vergleich zum Streit unter Freunden geht es beim Mobbing aber um mehr.

TK: Was meinen Sie konkret?

Dr. Böhm: Mobbing bedeutet, dass Kinder ein anderes Kind isolieren, es ausgrenzen, bis in den Suizid treiben können. Bei jedem betroffenen Schüler muss ich diese Möglichkeiten durchspielen und mit dem Schlimmsten rechnen. Wir müssen Mobbing verhindern, bevor es entsteht.

TK: Mit Ihrem Konzept versuchen Sie genau das. Erstmals wurde es 2007 erfolgreich in zwölf Hamburger Schulen erprobt. Was ist seitdem passiert?

Dr. Böhm: Hier an der Elbe bieten es nun mehr als 70 Schulen an. Bundesweit findet unser Konzept auch großen Anklang: Mit zwei Ausnahmen ist es ab Ende 2012 in allen Bundesländern im Einsatz. Entwickelt wurde es übrigens gemeinsam mit der Schulbehörde, dem Universitätsklinikum Hamburg (UKE) und der TK.

TK: Was ist das Erfolgsrezept?

Dr. Böhm: Wir beziehen alle ein, die in einen Mobbingfall verwickelt sein könnten: Schüler, Eltern und Lehrer. Während einer eigens anberaumten Projektwoche sehen die Schüler Filme, die drastisch auf die Folgen von

Mobbing aufmerksam machen. Außerdem erleben sie in Rollenspielen typische Täter- und Opferrollen. Die Lehrer werden bei einer Fortbildung von Experten für das Thema sensibilisiert, die Eltern zu einer Informationsveranstaltung eingeladen.

TK: Was verändert sich nachhaltig in der Klasse und den Schulen?

Dr. Böhm: Wir schaffen ein Bewusstsein für das Thema Mobbing, versuchen, allen Beteiligten die Augen zu öffnen. Nach der Projektwoche geben sich die Schüler beispielsweise häufiger Rückmeldungen darüber, welche Verhaltensweisen sie aneinander schätzen und sich voneinander wünschen.

TK: Wie geht es weiter?

Dr. Böhm: Das Projekt wird um das Thema Cybermobbing ergänzt. Zudem wollen wir testen, ob bereits Grundschulkinder von dem Programm profitieren.

Weitere Informationen unter www.tk.de, Webcode 108934.



Mit Kunst gegen Mobbing

Sie griffen zur Spraydose und ließen ihren Gefühlen freien Lauf – Schülerinnen und Schüler des Rhein-Wied-Gymnasiums in Neuwied setzten ihre persönlichen Erfahrungen mit Mobbing und Ausgrenzung kreativ um. Unter Anleitung des Künstlers Dennis Nussbaum schufen sie ein großes Anti-Mobbing-Graffito. Dieses Engagement im Kampf gegen Mobbing wurde von der Initiative „Deutschland – Land der Ideen“ der Bundesregierung und der Deutschen Bank prämiert. Seit der Preisverleihung im April 2012 ist das Bild im Hof der Kulturfabrik Koblenz zu bewundern.

Vom Auftritt im Bundesrat bis zum Klinikbesuch – der Musiker und Rapper Flo Bauer reiste im Sommer 2012 für die TK-Organ spende-Initiative „Von Mensch zu Mensch“ quer durch Deutschland. Dabei traf er viele, die sich mit dem Thema Organ spende auskennen. Über seine Tour-Erlebnisse berichtet er in einem Weblog auf www.vonmenschzumensch.org und auf einer Facebook-Seite.

„Wir geben den Menschen hinter der Statistik ein Gesicht“



Flo Bauer, Rapper und Musik-Produzent, Hamburg

TK: Flo, Organ spende – nicht gerade ein Thema für junge Menschen. Warum engagierst du dich dafür?

Flo Bauer: Alles fing damit an, dass ich von meinem Musikverlag EMI Music Publishing und der TK gefragt wurde, ob ich mir vorstellen könnte, einen Song über das Thema Organ spende zu schreiben. Ich hatte zunächst keine Ahnung davon. Doch je mehr ich mich damit beschäftigt habe, desto mehr hat es mich bewegt. Es warten so viele Menschen auf ein neues Organ, und nur wenige sind bereit, selbst Spender zu sein. Ich tue gern etwas, damit sich das ändert.

TK: Außer dem Song „Von Mensch zu Mensch“ und der aktuellen Reise gibt es auch einen Film: „Organ spende macht Schule“, der in Schulen gezeigt wird. Wie erlebst du die Jugendlichen, wenn du mit ihnen über Organ spende sprichst?

Flo Bauer: Total offen. Sie sind interessiert, wollen sich damit auseinandersetzen. Und sie stellen viele Fragen – um sich eine eigene Meinung zu bilden.

TK: Wie viel bringst du als Künstler in die Reise „Von Mensch zu Mensch“ ein?

Flo Bauer: Das Thema ist ernst und wichtig, keine Frage. Für mich als Künstler war allerdings klar, dass wir es auch interessant und verständlich präsentieren müssen, damit uns die jungen Leute zuhören. Daher war es meine Idee,

damit auf Reisen zu gehen, Filme über die Begegnungen im Internet zu zeigen und eine Art Online-Tagebuch zu schreiben. Wir geben den Menschen hinter den Statistiken ein Gesicht.

TK: Welche Begegnung hat dich bei deiner Reise besonders berührt?

Flo Bauer: Das Treffen mit einem Vater, dessen zwei Kinder mit einer schweren Nierenkrankheit auf die Welt gekommen sind. Die Tochter starb wenige Stunden nach der Geburt in den Armen des Vaters. Und auch sein Sohn starb mit 15 Monaten, weil er nicht rechtzeitig ein Spenderorgan erhielt. Um auf das Thema Organ spende aufmerksam zu machen, fuhr der Vater mit dem Rad von Hannover nach Berlin, wo wir ihn während unserer Reise trafen.

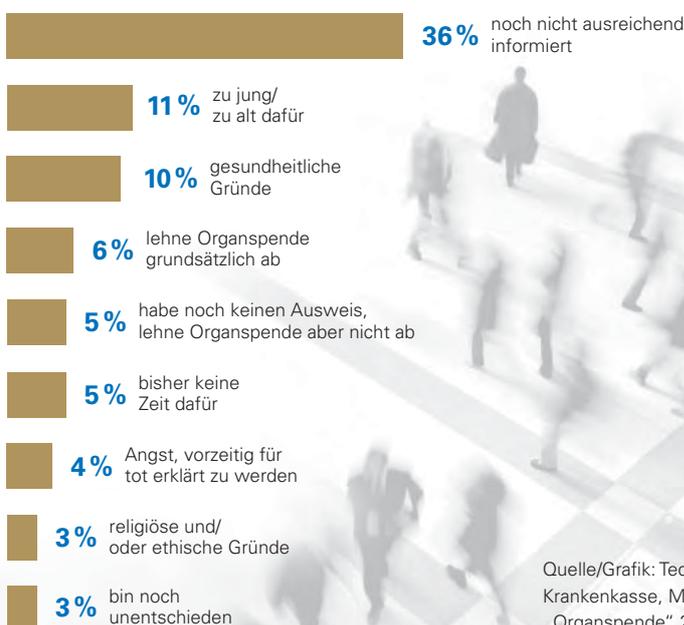
TK: Kannst du in solchen Momenten verstehen, dass sich Menschen bewusst gegen eine Organ spende entscheiden?

Flo Bauer: Jede bewusste Entscheidung ist eine Entscheidung, die ich respektiere. Aber ich setze mich dafür ein, dass sich die Menschen mit dem Thema beschäftigen und darüber informieren.

TK: Hast du einen Organ spende-ausweis?

Flo Bauer: Ja, klar. Es ist eine Frage der Verantwortung, dass man sich eine Meinung bildet und mit Familie und Freunden seine Einstellung zur Organ spende bespricht. So wissen im Ernstfall alle Bescheid und müssen nicht für mich entscheiden.

82 % der Deutschen haben keinen Organ spendeausweis, weil ...



Quelle/Grafik: Techniker Krankenkasse, Meinungspuls „Organ spende“ 2011



2
Bundestag parteiübergreifend ein neues Transplantationsgesetz verabschiedet. Die neue Entscheidungsregelung sieht vor, dass jeder Bürger ab 16 Jahren von seiner Krankenkasse aufgefordert wird, seine Entscheidung für oder gegen die Organspende auf einem Organspendeausweis zu dokumentieren.

Da nach Zahlen der TK von den Bürgern, die keinen Organspendeausweis haben, mehr als ein Drittel angibt, sich nicht ausreichend informiert zu fühlen, engagiert sich die TK vielfältig für mehr Wissen zum Thema Organspende. Neben der Informationskampagne „Von Mensch zu Mensch – Flo Bauers Reise zur Organspende“ setzt sich die TK mit dem Unterrichtsfilm „Organspende macht Schule“ dafür ein, das Thema in die Schulen zu bringen. Durch die Fußgängerzonen zahlreicher Städte tourt die TK mit dem „Städtewettbewerb Organspende“. Dabei sind die Einwohner der teilnehmenden Orte dazu aufgefordert, für ihre Stadt zu punkten, indem sie Organspendeausweise vorzeigen oder ausfüllen.

Weitere Informationen zur Organspende und zum TK-Engagement gibt es unter www.tk.de, Webcode 018570.

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.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.de

Landesvertretung Bayern

Kathrin Heydebreck
Rosenheimer Straße 141, 81671 München
Tel. 089 - 490 69-600, Fax 089 - 490 69-624
E-Mail: lv-bayern@tk.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.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.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.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.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.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.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.de

Landesvertretung Rheinland-Pfalz

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

Landesvertretung Thüringen

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

Herausgeber:

Techniker Krankenkasse, Leitung Landesvertretungen, Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg, E-Mail: tk-innovativ@tk.de; Verantwortlich: Dr. Andreas Meusch; Redaktion: Thomas Galinsky und MEDIZINTEXTE: Constanze Löffler, Beate Wagner; Produktion: Yvette Lankau; Gestaltung: Christina Bartheidel; Fotos: Andreas Friese, Gettyimages; Litho: Hirte GmbH & Co. KG, Hamburg; Druck: Industrie + Werbedruck Hermann Beyer, Herford.

© Techniker Krankenkasse. Alle Rechte vorbehalten.



TK
Techniker
Krankenkasse
Gesund in die Zukunft.

10.1/018 09/2012

