



Sicherheit



und Innovation

Neue Wege –
neue Chancen
2009/2010

Techniker Krankenkasse
Gesund in die Zukunft.



Inhalt

TK & Technologie

Dem Asthma auf der Spur Interview mit Dr. Dierk L. Ronneberger, Deutsche Stiftung für chronisch Kranke, Fürth	5
Wieder hören dank Hochtechnologie Interview mit Prof. Dr. Thomas Lenarz, Medizinische Hochschule Hannover	6
Der gute Draht zum Herz Interview mit Prof. Dr. Rüdiger Lange, Deutsches Herzzentrum München	8
Weltraumtechnik hilft Kindern auf die Beine Interview mit Prof. Dr. Eckhard Schönau, Universitätsklinikum Köln	10
Röntgenstrahlen statt Skalpell Interview mit Dr. Gerhard A. Horstmann, Gamma-Knife-Zentrum Krefeld	12

TK & Versorgung

Gut versorgt nach dem Schlaganfall Interview mit Prof. Dr. Karl-Heinz Grottemeyer, Klinikum Saarbrücken	15
Vernetzt den Kopfschmerz besiegen Interview mit Prof. Dr. Harmut Göbel, Schmerzlinik Kiel	16
Medizinische Versorgungszentren: Kurze Wege als Erfolgsmodell Interview mit Dr. Heide Stolpmann und Tillmann Halbuer, ATRIO-MED Hamburg	18
Eine verbrieftete Garantie auf Heilung? Interview mit Prof. Dr. Michael Jünger, Universitätsklinikum Greifswald	20
Nobelpreis für die Impfung gegen Krebs Interview mit Prof. Dr. Harald zur Hausen, Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg	22
Vorreiter in moderner Patientenversorgung Interview mit Prof. Dr. Stefan Felder, Universität Duisburg-Essen	24

TK & Patient

Patienten zum Partner des Arztes machen Interview mit Prof. Dr. Gerd Gigerenzer, Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, Berlin	27
Das Selbstheilungspotenzial des Körpers wecken Interview mit Dr. Peter Kupatz, Rehabilitationsklinik „Moorbad“ Bad Doberan	30
Mehr Qualität im Krankenhaus Interview mit Susanne Blinn, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf	32

TK & Gesundheit

Schule als gesunde Lebenswelt Interview mit Ulrike Janke und Andreas Giese, Erich-Kästner-Gesamtschule, Hamburg	35
Arbeiten bis zum Umfallen? Interview mit Helen Maja Heinemann, Institut für Burnout-Prävention, Hamburg	38
Mehr Entscheidungskompetenz für werdende Eltern Interview mit Dr. Bärbel Basters-Hoffmann, Evangelisches Diakoniekrankenhaus Freiburg	40
Ansprechpartner	42

Mit innovativen Angeboten in den Wettbewerb

Die Techniker Krankenkasse (TK) stellt sich auch 2009/10 dem stetigen Wandel im Gesundheitswesen. Zunächst verbesserte sie ihre Marktposition für die Einführung des Gesundheitsfonds, indem sie mit der IKK-Direkt fusionierte: Durch Zusammenschluss des Preis- und des Qualitätsführers startete die TK mit mehr als sieben Millionen Versicherten ins Jahr 2009. Nach Einführung des Gesundheitsfonds gewann und gewinnt sie dann schnell weitere Versicherte hinzu: Weil der Beitragssatz nun bei allen Krankenkassen gleich hoch ist, wechseln vor allem Versicherte zur TK, die bei bis dahin beitragsgünstigeren Konkurrenten unzufrieden mit dem Service sind.



Diese Entwicklung bestätigt die TK in ihrem Ziel, Qualität, Effizienz und Service in der Versorgung auf hohem Niveau zu gewährleisten. Mit der Broschüre „Sicherheit und Innovation“ zeigen wir, wie es uns gelingt, unseren Ansprüchen trotz vielfältiger Herausforderungen gerecht zu werden. Die vorgestellten Versorgungskonzepte belegen, dass sich die TK dem Wettbewerb um die bessere Lösung stellt. Wir kombinieren tatsächlich Sicherheit und Innovation für unsere Versicherten und garantieren ihnen, am medizinischen Fortschritt teilzuhaben. Ein Erkennungsmerkmal unserer innovativen Projekte ist das Signet „Leistung und Mehr“.

Unsere innovativen Projekte decken das breite Spektrum eines modernen Gesundheitsdienstleisters ab. Sie basieren auf einer engen, übergreifenden Vernetzung von Leistungserbringern und orientieren sich am individuellen Bedarf der Versicherten. Patienten profitieren, indem sie qualitätsgesichert und koordiniert nach dem aktuellen Stand des Wissens behandelt werden und Zugang zu hochinnovativen Methoden erhalten. Das verbessert nicht nur den Erfolg von Therapien, sondern auch die Lebensqualität von Erkrankten.

Die TK macht ihren Versicherten die vielfältigen Angebote auf unterschiedlichen Wegen bekannt: Durch kompetente TK-Ansprechpartner vor Ort, umfangreiches Informationsmaterial, unseren kundenorientierten Telefonservice und die neu gestaltete Internetseite, die neben einer übersichtlicheren Struktur auch über zukunftsweisende Angebote verfügt wie die Online-Filialen, den Vorlese-Service, den TK-Gesundheitscoach, die Arzneimittel-Datenbank und den TK-Klinikführer.

Auch in Zukunft wird die TK alles daran setzen, den stetigen Wandel mitzugestalten und ihren Versicherten weiterhin individuell zugeschnittene Leistungen auf hohem Niveau anzubieten.

Hamburg, im Juli 2009





TK & Technologie

Hochleistungsmedizin kann in vielen Bereichen die Versorgung verbessern. Die TK bereitet den Weg in ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem und unterstützt innovative Projekte, von denen die TK-Kunden profitieren.

Die TK unterstützt die Einführung neuer Technologien, um die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Patienten zu verbessern. Nach dem bundesweiten Versorgungsprogramm „Telemedizin fürs Herz“ erweitert sie ihr Engagement im E-Health-Bereich um das Programm „Telemedizin Asthma“. Es widmet sich einer Erkrankung, die sich in den Industrieländern stetig ausbreitet.

Dem Asthma auf der Spur

Dr. Dierk L. Ronneberger,
Ärztlicher Leiter der Deutschen Stiftung
für chronisch Kranke (DSCK), Fürth

TK: Warum nach „Telemedizin fürs Herz“ jetzt „Telemedizin Asthma“?

Dr. Ronneberger: In erster Linie aufgrund der überzeugenden Erfolge und der guten Erfahrungen mit der TK bei „Telemedizin fürs Herz“. Wir initiieren derartige Programme, weil bei chronischen Erkrankungen oft Versorgungs-, Betreuungs- und Wissensdefizite bestehen.

TK: „Telemedizin Asthma“ ist wohl vor allem dem technischen Fortschritt geschuldet. Welche Vorteile bringt es dem einzelnen Patienten?

Dr. Ronneberger: Häufigkeit und Schwere der Beschwerden gehen zurück und im Idealfall auch die Arbeitsfehlzeiten. Außerdem möchten wir Sorgen nehmen und Sicherheit sowie Lebensqualität verbessern.

TK: Welche „Ausrüstung“ erhalten die Patienten für zu Hause?

Dr. Ronneberger: Die Patienten bekommen unter anderem ein handliches, elektronisches Peak-Flow-Meter – ein Gerät, mit dem sie regelmäßig durch kräftiges Hineinpusten ihre Lungenfunktion messen. Damit merken sie bereits früh, wenn sich die Lungenfunktion verschlechtert und Gegenmaßnahmen nötig sind. Die Werte werden an das Telemedizin-Centrum (TMC) übermittelt. Hier sitzen Asthma-Trainer und Ärzte, die auf Verschlechterungen schnell reagieren. Patienten mit schwerem Asthma erhalten zudem ein Handy mit spezieller Software, mit dem sie Werte und Beschwerden jederzeit übermitteln können. Bei auffälligen Messwerten erscheint auf dem Handy ein Notfallplan. Die Mitarbeiter des TMC kontaktieren, beraten und schulen die Patienten darüber hinaus über die gesamte Programmdauer regelmäßig.

TK: Wie kommt das Projekt bei den Patienten an?

Dr. Ronneberger: In das Programm haben wir im ersten Jahr bereits mehr als 1.100 Patienten aufgenommen. Es wird sehr gut angenommen. Außerdem konnten wir die Impfquote, den Kontrollgrad des Asthmas, das Wissen über den Notfallplan und die Therapie optimieren.

TK: Ist Telemedizin demnach das Betreuungskonzept der Zukunft?

Dr. Ronneberger: Die DSCK plant weitere telemedizi-



nisch gestützte Programme für andere chronische Erkrankungen wie arteriellen Bluthochdruck, Diabetes und Übergewicht, weil diese fatale Folgen haben können. Wir würden uns natürlich freuen, auch dabei wieder mit der TK zu kooperieren.

Weitere Informationen unter www.tk-online.de mit dem Suchwort „Telemedizin“ oder unter www.dsck.de

Mit Cochlea-Implantaten haben HNO-Experten der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) bereits mehr als 4.000 vollständig oder nahezu gehörlosen Personen helfen können, das Hörvermögen wiederzuerlangen. Da Hörschäden durch das Neugeborenen-Hörscreening heute frühzeitig entdeckt werden, können auch betroffene Kinder immer früher behandelt werden.

Wieder hören dank Hochtechnologie

Prof. Dr. Thomas Lenarz,
Direktor der HNO-Klinik der
Medizinischen Hochschule Hannover

TK: Hörgeräte kennt jeder, aber was sind Cochlea-Implantate?

Prof. Lenarz: Ein Hörgerät ist ein Lautsprecher, der akustische Signale verstärkt, wenn die Hörsinnes- bzw. Haarzellen im Innenohr nicht mehr so gut funktionieren. Ist der Funktionsverlust dieser Haarzellen, die die elektrische Stimulation des Hörnervs vorbereiten, zu stark ausgeprägt, benötigen wir eine direkte Stimulation am Hörnerv. Dies leistet ein Cochlea-Implantat.

Die Methode ist für alle schwerhörigen oder gehörlosen Menschen geeignet, bei denen die Haarzellen nicht mehr funktionieren, deren Hörnerv und Hörbahn jedoch noch intakt sind. Nur bei Erwachsenen, die bereits von Geburt an gehörlos oder sehr schwerhörig sind, bietet sie sich nicht an, weil man für die Ausreifung des Hörnervs vor allem in den ersten sechs Lebensjahren so viel wie möglich hören muss und dieser Prozess später nicht nachgeholt werden kann. Bereits im Alter zwischen sechs und zehn Jahren sind wir sehr zurückhaltend, wenn keine Sprachentwicklung stattgefunden hat. Durch das Neugeborenen-Hörscreening sehen wir die Betroffenen heute allerdings meistens sehr frühzeitig. Wir implantieren möglichst zeitig, in der Regel ab dem sechsten Lebensmonat.

TK: Es ist immer von „Implantat“ die Rede. Streng genommen kann man die Hörhilfe aber sehen. Was bedeutet das für die Patienten?

Prof. Lenarz: Ja, es handelt sich um Teilimplantate. Die Elektroden, die den Hörnerv stimulieren, und der Empfänger werden implantiert. Der Sprachprozessor, der die akustischen Reize aufnimmt, befindet sich zusammen mit einer Batterie hinter dem Ohr. Er ist mit einer Sendespule etwas oberhalb des Ohrs verbunden, die die Signale erhält und drahtlos an den Empfänger überträgt. Prozessor und Sendespule müssen beim Duschen oder Baden abgenommen werden. Auch zum Schlafen legen die Patienten sie in der Regel ab.

TK: Die Hightech-Hörhilfen ermöglichen einen nahezu normalen Spracherwerb?

Prof. Lenarz: Erwachsene können nach ungefähr





sechs Tagen wieder telefonieren. Nach weiteren zwei bis vier Wochen sagen sie meistens, Sprache klinge fast wieder wie früher. Nur Musik wird bislang noch immer als unangenehm empfunden. Dies ist ein wichtiger Schwerpunkt der Forschung. Kinder, die rechtzeitig ein Implantat erhalten, bleiben meist ohne Zusatzbehinderung und ohne wesentliche Einschränkung ihrer Bildung: Eine Untersuchung der MHH hat gezeigt, dass 70 Prozent der Kinder, die vor dem zweiten Lebensjahr ein Implantat erhalten hatten, eine Regeleinrichtung – also Kindergarten bzw. Grundschule – besuchen konnten.

TK: Macht so viel Hochtechnologie nicht eine lebenslange Betreuung durch die Klinik notwendig?

Prof. Lenarz: Erwachsene kommen nach einem fünf-tägigen stationären Aufenthalt zunächst sechs bis zwölf Monate regelmäßig zu uns, weil wir die Feineinstellung des Prozessors vornehmen müssen. Danach bestehen wir auf einer jährlichen qualitätsgesicherten fachlichen Überprüfung, die in der Regel bei uns erfolgt. Bei Kindern ist die Betreuung intensiver, weil die Sprachentwicklung bis in die Einschulungsphase hinein dauert. Wenn sie das Implantat früh, also innerhalb des ersten Lebensjahres, erhalten, dauert die intensive Erstanpassung mindestens bis zum vierten Lebensjahr. Oft kommen sie hierfür regelmäßig jeweils zwei bis drei Tage in eine spezielle Kindereinrichtung der Kinderheilstiftung oder in das Hörzentrum Hannover der HNO-Klinik der MHH. Zusätzlich erhal-

ten sie einmal pro Woche zu Hause eine auditive Frühförderung durch Hörgeschädigtenpädagogen, mit denen wir eng kooperieren. Da es keine Unterschiede zwischen Erwachsenen- und Kinderimplantaten gibt, können die Implantate ein Leben lang getragen werden.

TK: Um die Nachsorge für die Patienten, die nicht in der Nähe von Hannover wohnen, zu vereinfachen, erproben Sie den Nutzen der Telemedizin.

Prof. Lenarz: Ja, mit unserem Remote-Care-System versuchen wir, speziell die Jahresuntersuchungen bei Erwachsenen zu vereinfachen und zunehmend bundesweit anzubieten, ohne von unserem hohen Qualitätsanspruch abzuweichen. Wir kooperieren mit spezialisierten HNO-Ärzten oder Hörgeräte-Akustikern. Bei den Nachuntersuchungen können sich der Spezialist und der Patient vor Ort über Computer, Web-Kamera und Mikrofon mit einem Ingenieur sowie gegebenenfalls einem Arzt der MHH in Verbindung setzen. Zudem besteht eine Online-Verbindung zum Sprachprozessor des Patienten, so dass der Ingenieur hieran direkt Einstellungen vornehmen kann. Bei Kindern sind wir noch zögerlicher, weil bei ihnen in den ersten Jahren ja eine enge Kontrolle wichtig ist. Der Vertrag zur Integrierten Versorgung mit der TK schafft für uns die Voraussetzung, diese Leistung anzubieten.

Weitere Informationen unter www.hno-mhh.de/klinik/cochlea.htm



Das Einsetzen einer künstlichen Herzklappe gehört zu den häufigsten herzchirurgischen Eingriffen. Am Herzklappenzentrum des Deutschen Herzzentrums München kann neuerdings jedoch in bestimmten Fällen auf die Operation verzichtet werden: Die künstliche Klappe gelangt per Katheter ins Herz.

Der gute Draht zum Herz

Prof. Dr. Rüdiger Lange,
Direktor der Klinik für Herz- und Gefäßchirurgie
am Deutschen Herzzentrum München

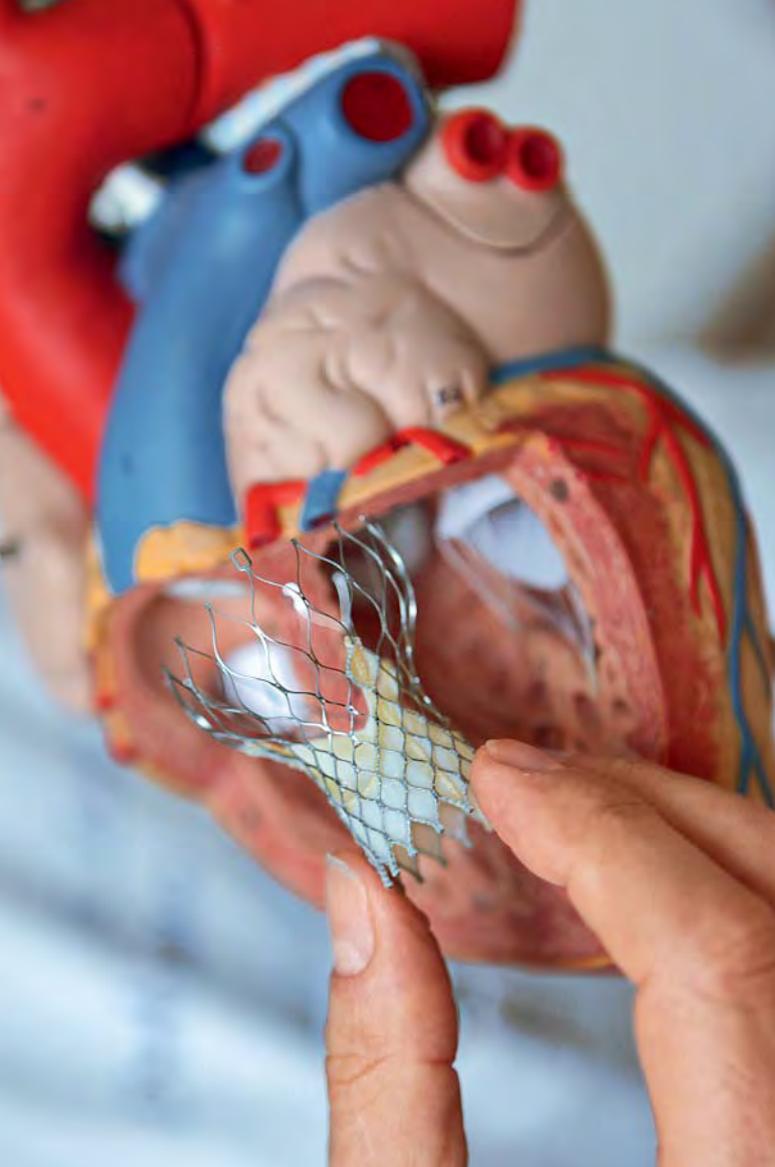
TK: Herr Prof. Lange, Sie setzen Patienten neue Herzklappen ein, ohne am Brustkorb zu operieren. Wie machen Sie das?

Prof. Lange: Das Verfahren beruht auf der Herzkatheter-Technik: Über einen Draht werden verschiedene Instrumente und am Ende die neue Herzklappe durch das Innere von Blutgefäßen zum Herzen vorgeschoben. Was die Zugangswege angeht, benutzen wir meist die Blutgefäße in der Leiste, aber der Eingriff ist auch über die Schlüsselbeinarterie oder die Herzspitze möglich. Im letzteren Fall ist ein kleiner Schnitt von vier, fünf Zentimetern erforderlich – aber keine Herz-Lungen-Maschine.

Die künstlichen Klappen, die wir einsetzen, basieren auf einem Stützgerüst, wie es verwendet wird, um Verengungen in den Herzkranzgefäßen offen zu halten: einem Stent. In die Gefäßstütze werden Klappen aus biologischem Material von Schweinen oder Rindern eingenäht. Diese Konstruktion wird auf etwa Bleistiftstärke, sechs bis sieben Millimeter, zusammengepresst und unter Röntgenkontrolle mit einem Katheter zum Herzen vorgeschoben. An der Position der erkrankten Klappe wird sie freigegeben. Die neue Klappe entfaltet sich, presst sich in den Ring der alten Klappe und verankert sich so an der Gefäßwand. Um ausreichend Platz zu bieten, muss die erkrankte Klappe zuvor mit einem Ballon aufgeweitet werden.

Die Prozedur ist für die Patienten nicht besonders unangenehm. Bei uns wird der Eingriff allerdings in Vollnarkose vorgenommen, weil wir das Herz mit einem





Prof. Lange: Zunächst muss gesagt werden, dass das Katheter-Verfahren bisher nur für die Klappe zur Hauptschlagader, die Aortenklappe, angewendet wird. Für die Lungenschlagader-Klappe, die Pulmonalis-Klappe, liegen ebenfalls Verfahren und einige klinische Erfahrungen vor, insbesondere bei Kindern. Insgesamt besteht auch eine Tendenz, Herzklappen zunehmend mit dem Katheter zu reparieren. Das ist aber noch ein bisschen Zukunftsmusik.

Zum Ersatz der Aortenklappe gibt es Daten von größeren Zentren – zu denen auch wir gehören –, die maximal einen 1-Jahres-Zeitraum erfassen. Die Überlebensrate liegt für diese Zeitspanne bei etwas unter 80 Prozent – wie gesagt: bei Patienten, die mit konventionellen Verfahren überhaupt nicht mehr hätten therapiert werden können.

TK: Wird in Zukunft jeder Arzt, der Herzkatheter-Untersuchungen durchführt, auch Herzklappen mit dem Katheter behandeln?

Prof. Lange: Eigentlich darf das nicht so kommen – und andere europäische Länder sind uns in dieser Richtung schon vorangegangen. Der Klappenersatz mit dem Katheter kann schließlich bis zum 20-Fachen einer herkömmlichen Operation kosten. In Frankreich zum Beispiel wird konkret darüber nachgedacht, nur wenige ausgewählte Zentren zuzulassen, weil sonst eine unvorhersehbare Kostenexplosion droht. Ein weiterer entscheidender Faktor ist die Qualitätssicherung, die nur gewährleistet werden kann, wenn der Eingriff auf größere Zentren beschränkt bleibt.

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

Ultraschallgerät in der Speiseröhre überwachen – das kann Beklemmungen auslösen. Der Klappenersatz selbst ist mit einer leichten Betäubung auch ohne Vollnarkose möglich.

TK: Die TK ermöglicht ihren Versicherten, nach der neuen Methode behandelt zu werden. Welche Vorteile hat das Katheter-Verfahren?

Prof. Lange: Der Eingriff ist erheblich weniger umfangreich als die konventionelle Operation. Gegenwärtig ist das Verfahren, weil es sehr neu ist, den 30 Prozent der Patienten vorbehalten, die nicht konventionell operiert werden können, weil der Eingriff ein zu hohes Risiko mit sich bringen würde. Wir behandeln überwiegend solche schwer kranken und in der Regel sehr alten Patienten. Insofern ist der Vorteil des neuen Verfahrens im Moment, dass wir Menschen helfen können, die sonst überhaupt keine Therapie mehr bekommen hätten.

In der Zukunft, davon bin ich überzeugt, werden auch jüngeren Patienten die Katheterverfahren angeboten werden. Der konventionelle herzchirurgische Klappenersatz wird dann mehr und mehr in den Hintergrund treten. Wenn es nicht zu der gleichen Fehlentwicklung wie bei Stents kommen soll, die oft sehr kritiklos und entgegen den Leitlinien implantiert werden, braucht es allerdings strenge Regularien. Die können eigentlich nur von den Kostenträgern kommen.

TK: Gibt es bereits Erfahrungen, wie erfolgreich die Herzklappenbehandlung mit dem Katheter auf lange Sicht ist?



Ursprünglich wurde der Vibrationstrainer „Galileo“ für Astronauten erfunden, um damit dem Abbau von Muskeln und Knochenmasse in der Schwerelosigkeit vorzubeugen. In Köln nutzen inzwischen vor allem junge Patienten mit Bewegungsstörungen das Gerät, da es die Koordination enorm verbessern kann.

Weltraumtechnik hilft Kindern auf die Beine



Prof. Dr. Eckhard Schönau,
**Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Allgemeine
Kinderheilkunde des Universitätsklinikums
Köln und Ärztlicher Leiter der Medifitreha GmbH
für Kinder und Jugendliche**

TK: Herr Prof. Schönau, der Kölner Steh- und Gehtrainer „Galileo“ stammt aus der Weltraumtechnik. Was hat der Weltraum mit irdischen Muskel-, Skelett- und Nervenerkrankungen zu tun?

Prof. Schönau: In der Schwerelosigkeit wirken nur geringe Kräfte auf Muskulatur und Knochen ein. Nicht beanspruchte Muskeln werden unter solchen Bedingungen abgebaut, Funktionen gehen verloren. Das Gleiche geschieht bei Kindern und Jugendlichen, die an Bewegungsstörungen leiden und nicht altersgemäß aktiv sind; die nicht schnell laufen und keine Treppen steigen. Bei diesen Kindern baut sich kein ausreichend festes Skelettsystem auf, sie können ihre Bewegungen nicht hinreichend koordinieren, ihr Gang ist unsicher.

In der Raumfahrt hat man umfangreiche Erfahrungen gesammelt mit der sogenannten „seitenalternierenden Ganzkörpervibration“ – die man bei uns im Trainingsgerät „Galileo“ wiederfindet. Verluste, die durch Bewegungsmangel auftreten, können mit diesem System verhindert werden. Diese Erkenntnisse machen wir uns für ein innovatives Bewegungstraining bei ganz unterschiedlichen Grunderkrankungen zunutze, etwa bei Nervenstörungen wie Zerebralpareesen oder Spastik, Skeletterkrankungen wie der Glasknochenkrankheit oder auch bei muskulären Erkrankungen.

TK: Wie funktioniert das Galileo-Gerät und was bewirkt es im Körper?

Prof. Schönau: Das Gerät ist aufgebaut wie eine kleine Wippe, die abwechselnd das linke und das rechte Bein anhebt. Dadurch werden Bewegungsmuster ausgelöst, die dem Gehen oder Laufen entsprechen. Die schnellen, kleinen Bewegungen führen dazu, dass die Muskeln und die Nerven rasch reagieren müssen. Ihr Zusammenspiel wird trainiert, was Voraussetzung für sichere Bewegungsabläufe ist. Die auftretenden Kräfte sind dabei gering, führen aber dennoch zur Aktivierung der Muskeln. Verbessert werden Standsicherheit, Gehsicherheit und Körperkoordination. Dadurch werden die Kinder mobiler und trainieren durch die höhere Belastung wiederum das Skelettsystem.

TK: Das Training mit dem Steh- und Gehtrainer ist nur ein Element bei der Versorgung Ihrer Patienten. Welche Komponenten spielen darüber hinaus eine Rolle?

Prof. Schönau: Zunächst: Der Galileo-Trainer selbst macht nicht gesund. Es sind die auf dem Gerät durchgeführten Übungen, die in Kombination mit der Vibration muskelkräftigende Wirkung zeigen. Darauf baut dann die klassische Physiotherapie auf.

Das Trainingsprogramm läuft so ab, dass die Kinder anfangs für zwei Wochen in unsere Klinik kommen. Das ist wie eine Schatzsuche: Welche Ressourcen sind bei den Kindern vorhanden, und wie kann man sie wecken?

In dieser Zeit bieten wir zahlreiche Bewegungsmöglichkeiten an. Die Kinder lernen, zusammen mit ihren Eltern eine Physiotherapie mit Hilfe des Galileo-Trainers durchzuführen. Falls erforderlich, wird ein Kippstisch zur Gewichtsentlastung eingesetzt. Zusätzlich können eine Laufbandtherapie, das Training in einem



speziell für Kinder angepassten Fitnessstudio oder, ganz klassisch, Übungen im Bewegungsbad eingesetzt werden.

Die Übungen setzen Kinder und Eltern zu Hause sechs Monate lang fort. Nach drei Monaten kommen die kleinen Patienten zu einem weiteren einwöchigen Aufenthalt in die Klinik. Hier kann das Gelernte noch einmal aufgefrischt und die Therapie erneut individuell angepasst werden. 6 und 12 Monate nach Beginn erfolgen ambulante Kontrollen, um die langfristigen Veränderungen bei den Kindern zu beurteilen. Wenn nach einem Jahr noch Behandlungsbedarf besteht und das Kind davon profitieren kann, wird die einjährige Therapie leicht verkürzt wiederholt.

TK: Welche Erfolge können Sie so erreichen?

Prof. Schönau: Mobilitätsmessungen haben gezeigt, dass die Kinder auf ein höheres motorisches Niveau gebracht werden. Damit ist dafür gesorgt, dass sie sich besser weiterentwickeln können, und im Alltag ist ihnen eine größere Unabhängigkeit möglich. Die Lebensqualität wird dadurch auch gesteigert.

TK: Was sagen die Kinder selbst zu der Behandlung?

Prof. Schönau: Die Kinder empfinden die Therapie als angenehm. Die Freude und die Mitarbeit sind selbst bei den Kleinsten und bei Kindern mit geistigen Behinderungen sehr ausgeprägt. Nach den ersten sechs Behandlungsmonaten fragen die Kinder selbst, wann sie weitermachen können. Und den Eltern geht es nicht anders.

Weitere Informationen unter www.tk-online.de/lv-nordrhein-westfalen in der Rubrik „Vorsorge und Behandlung“ und unter www.medifitreha.de

Mit dem Gamma-Knife, dem weltweit modernsten Hochpräzisions-Bestrahlungsgerät, können Hirntumoren auf Zehntelmillimeter genau behandelt werden. Gesundes Gewebe wird geschont. Außerdem bleibt Patienten mit dieser Strahlentherapie ein chirurgischer Eingriff erspart.

Röntgenstrahlen statt Skalpell



Dr. Gerhard A. Horstmann,
Neurochirurg und Mitinhaber des
Gamma-Knife-Zentrums Krefeld

TK: Herr Dr. Horstmann, am Gamma-Knife-Zentrum arbeiten Sie weder mit dem Skalpell, noch benötigen Sie einen hoch sterilen Operationsaal. Zur Behandlung setzen Sie auf eine futuristisch aussehende Haube. Was verbirgt sich in der Apparatur?

Dr. Horstmann: Durch diese „Haube“, eine Strahlenblende, wird eine sehr harte Röntgenstrahlung – auch Gamma-Strahlung genannt –, auf den Tumor gelenkt. Was früher aufwendig und sehr zeitraubend von Hand eingestellt wurde, geschieht in unserem Zentrum heute automatisch und mit höchster Präzision. Den Brennpunkt der Strahlung steuern wir in drei Dimensionen auf Zehntelmillimeter genau. Die konzentrierte Strahlung nimmt den Zellen die Fähigkeit, sich zu teilen. Außerhalb des Strahlenfokus ist die Belastung durch die Strahlung hingegen nur sehr gering.

Die Behandlung mit dem Gamma-Knife hat langfristig den gleichen Effekt wie eine herkömmliche Operation. Zellen, die nicht mehr teilungsfähig sind, werden vom Körper abgebaut. Das bestrahlte Gewebe schrumpft.

TK: Bei welchen Erkrankungen kann das Gamma-Knife eingesetzt werden?

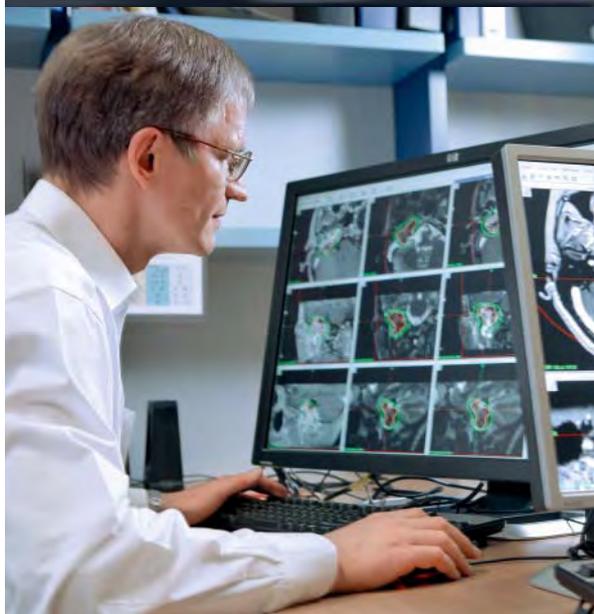
Dr. Horstmann: Es gibt zwei große Gruppen: gutartige und bösartige Prozesse. Bei den gutartigen handelt es sich etwa um Tumoren, die ohne größere Schäden an gesundem Hirngewebe nicht zu operieren wären. Außerdem behandeln wir Gefäßfehlbildungen im Gehirn und die Trigeminalneuralgie, eine Form des Gesichtsschmerzes.

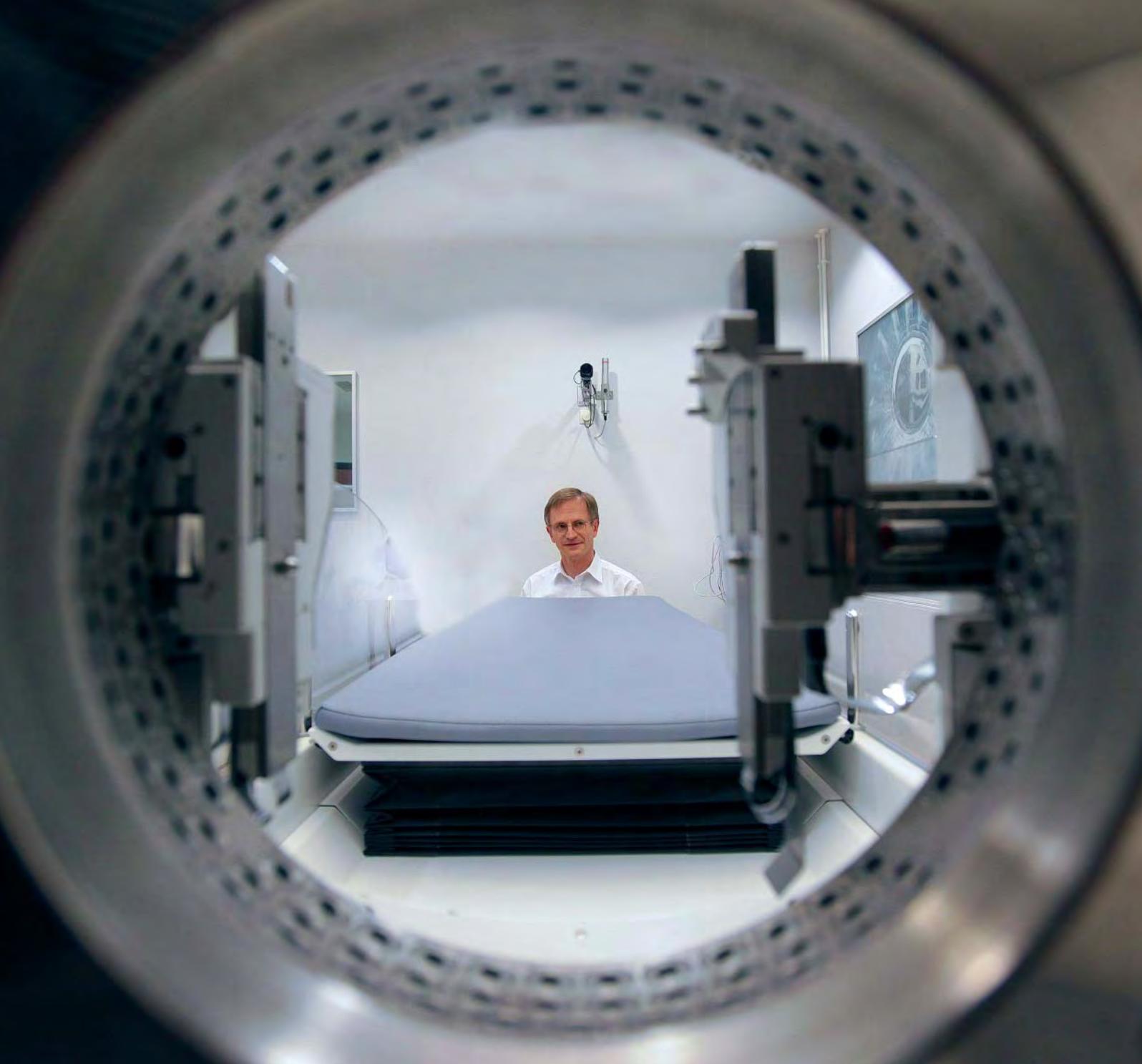
Bösartige Erkrankungen, die wir mit dem Gamma-Knife therapieren, sind überwiegend Absiedelungen von Krebsgeschwülsten im Gehirn, zum Beispiel von Brustkrebs, Lungenkrebs oder schwarzem Hautkrebs. Viele Tumoren, die wir behandeln, hätten nach alleiniger Operation eine sehr hohe Rückfallrate, während sie mit dem Gamma-Knife mit hoher Wahrscheinlichkeit geheilt werden.

TK: Die TK schickt Patienten aus dem gesamten Bundesgebiet zu Ihnen nach Krefeld. Wie läuft die Behandlung ab?

Dr. Horstmann: Die Patienten kommen meist über Fachärzte zu uns oder weil sie nach Alternativen zu einer Operation suchen, aus Eigeninitiative.

Der Tumor wird durch bildgebende Verfahren wie zum





Beispiel Magnetresonanzen- oder Computertomografie exakt lokalisiert und die Behandlung am Computer in drei Dimensionen auf den Zehntelmillimeter genau geplant. Das Gamma-Knife führt die Behandlung anhand der Bestrahlungskoordinaten dann vollautomatisch durch.

Die eigentliche Bestrahlung dauert rund eine Stunde, und der Patient kann im Prinzip sofort nach Hause gehen. Nur in Ausnahmefällen müssen Patienten stationär aufgenommen werden.

Nachkontrollen erfolgen lebenslang. Die Häufigkeit richtet sich dabei nach dem zeitlichen Abstand zur ursprünglichen Erkrankung und dem weiteren Verlauf.

TK: Ist die Strahlung selbst nicht auch gefährlich?

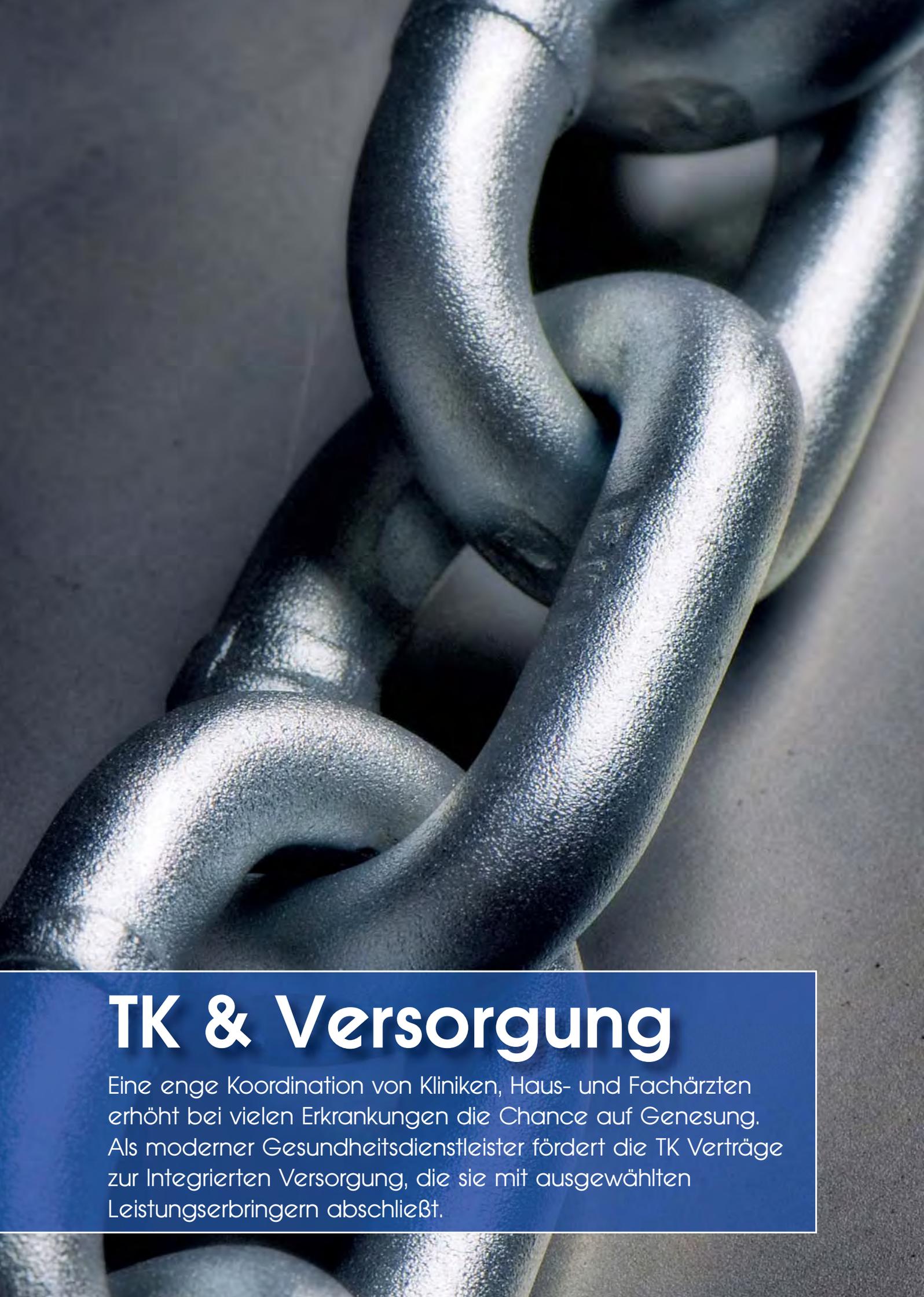
Dr. Horstmann: Das Gamma-Knife ist von allen Bestrahlungsverfahren dasjenige mit der geringsten Belastung. Außerdem verfügen wir über umfangreiche

Erfahrung mit der Therapie. Tumoren der Hörnerven etwa werden seit 40 Jahren mit dem Gamma-Knife behandelt. Ein erhöhtes Krebsrisiko allerdings wurde bei den Patienten bisher nie festgestellt.

TK: Wie schneidet die Behandlung mit dem Gamma-Knife im Vergleich zur herkömmlichen Neurochirurgie ab?

Dr. Horstmann: Grundsätzlich konkurrieren wir ja nicht mit der konventionellen Neurochirurgie. Beide Behandlungsansätze ergänzen sich. Wir bieten bei bestimmten Erkrankungen eine Dienstleistung an, die dem Patienten in vielen Fällen großen Nutzen bringt, ihre Grenzen aber zum Beispiel bei einer Tumorgroße über 3 Zentimetern oder bei einer großen Anzahl von Metastasen findet. Bei richtiger Indikationsstellung ist die Therapie mit dem Gamma-Knife der klassischen Behandlung hinsichtlich Therapieerfolgschancen und Rückfallsicherheit oft weit überlegen.

Weitere Informationen unter www.gamma-knife.de



TK & Versorgung

Eine enge Koordination von Kliniken, Haus- und Fachärzten erhöht bei vielen Erkrankungen die Chance auf Genesung. Als moderner Gesundheitsdienstleister fördert die TK Verträge zur Integrierten Versorgung, die sie mit ausgewählten Leistungserbringern abschließt.

Pro Jahr erleiden in Deutschland 150.000 Menschen einen ersten Schlaganfall. Innerhalb von einem Jahr treten bei bis zu 16 Prozent erneut Schlaganfälle auf. Ein Versorgungsnetzwerk soll helfen, die Zahl solcher Zweit-Schlaganfälle zu vermindern.

Gut versorgt nach dem Schlaganfall

Prof. Dr. Karl-Heinz Grottemeyer,
Chefarzt der Neurologie, Klinikum Saarbrücken

TK: Herr Prof. Grottemeyer, warum sollten Patienten nach einem Schlaganfall durch ein neurologisches Versorgungsnetzwerk betreut werden?

Prof. Grottemeyer: Wir wissen, dass das, was für den ersten Schlaganfall ursächlich ist, auch Grund für den zweiten Schlaganfall sein kann. Oft gelingt es uns in der kurzen Zeit auf der Schlaganfall-Abteilung aber nicht, dem Patienten das so zu vermitteln, dass er es später auch umsetzt. Sobald der Patient wieder gesund ist, verdrängt er die Krankheit und die Konsequenzen. Deshalb unterstützen wir ihn mit dem Versorgungsnetzwerk.

Im Zentrum steht der Hausarzt, der – wie der Patient – der Versorgung zustimmen muss. Die Betreuung wird von einer Schlaganfall-Schwester übernommen. Diese Schwester kommt aus der neurologischen Klinik und arbeitet regelmäßig auf einer Station mit, kennt die Probleme also genau. Die Schwester kommt zum Patienten nach Hause, bespricht die Verhaltensänderungen, die in der Klinik vereinbart wurden: zum Beispiel, dass der Patient nicht mehr rauchen, sein Gewicht reduzieren, seine Medikamente zuverlässig einnehmen wollte.

Wichtig: Die Schwester achtet auch auf eine ausreichende Trinkmenge. Sie kontrolliert zudem die Einstellung der vorbeugenden Medikamente sowie die Fließfähigkeit des Blutes und bespricht diese mit Patient und Hausarzt.

TK: Wie nehmen Ihre Patienten das Versorgungsnetzwerk wahr?

Prof. Grottemeyer: In der Mehrzahl sehr positiv. Wesentliche Teile der Vorbeugung beruhen darauf, Risikofaktoren herunterzufahren. Man muss also sein Verhalten ändern. Das ist nicht einfach. Einzelne Patienten sagen auch offen, sie möchten sich nicht kontrollieren lassen, und nutzen die Möglichkeit, jederzeit wieder „auszusteigen“.

TK: Welche Erfahrungen haben Sie bisher gesammelt?

Prof. Grottemeyer: Bisher liegt eine Auswertung nach einem Jahr vor. Danach mussten rund 4 Prozent der betreuten Patienten erneut wegen eines Schlaganfalls in die Klinik, in einer Vergleichsklinik waren es 16 Prozent.

Weitere Informationen unter www.tk-online.de/iv-saarland in der Rubrik „Vorsorge und Behandlung“.



Rund vier Millionen Menschen in Deutschland leiden an chronischem Kopfschmerz. Ihre Behandlung stellt hohe Anforderungen selbst an spezialisierte Schmerztherapeuten. 2007 haben die Schmerzklinik Kiel und die TK den ersten bundesweiten Vertrag über eine Integrierte Versorgung in Praxen in ganz Deutschland geschlossen.

Vernetzt den Kopfschmerz besiegen

Prof. Dr. Hartmut Göbel,
Chefarzt der Schmerzklinik Kiel

TK: Herr Prof. Göbel, was ist das Besondere an dem neuen Behandlungskonzept?

Prof. Göbel: Das koordinierte Versorgungskonzept bedeutet einen Meilenstein für die Behandlung der Volkskrankheit Kopfschmerz. Es wurde von der Schmerzklinik Kiel und der TK gemeinsam entwickelt. Ein Verbund von Hausärzten sowie ambulant und stationär tätigen Schmerztherapeuten wirkt zusammen, um Schmerzen fach- und sektorenübergreifend optimal zu lindern.

Basis der Behandlung sind ein innovativer Informationsaustausch zwischen allen Beteiligten und die Arbeit mittels präzise definierter Behandlungspfade. Die beteiligten Berufsgruppen behandeln dabei nach aktuellen Leitlinien und auf modernstem wissenschaftlichen Stand. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse kommen den Betroffenen unmittelbar zugute.

Die Qualität der Behandlung ist durch kontinuierliche Begleitforschung belegt, die nachhaltige Kosteneffizienz in allen Sektoren des Gesundheitssystems ist durch Analyse der direkten und indirekten Kosten bestätigt. Das Konzept hat bundesweit die Versorgung der Volkskrankheit Kopfschmerz völlig neu strukturiert und ist auch international vorbildhaft.

TK: Welche Maßnahmen umfasst die Behandlung?

Prof. Göbel: Grundsätzlich wenden wir uns allen am Kopfschmerz beteiligten Komponenten gleichzeitig zu. Um ein Bild zu gebrauchen: Wenn ein Fahrradschlauch fünf Löcher hat, dann flicken wir simultan alle fünf Löcher, denn sonst hält er keine Luft, und wir sind nicht weiter.

Zunächst wird eine exakte Kopfschmerzdiagnose gestellt. Heute werden über 250 Hauptformen unterschieden, die gezielt behandelt werden können. Nehmen wir die Migräne: Wichtige Therapiebausteine liegen darin, die Kopfschmerzauslöser zu identifizieren; Stress, unregelmäßige Lebensführung, übermäßigen Energieverbrauch, Stimmungsprobleme, Schlafstörungen abzubauen; die Ernährung – etwa im Hinblick auf ein ausreichendes Energieangebot an die Nervenzellen – zu optimieren und Selbstwertgefühl aufbauen.

Auf der körperlichen Seite werden unter anderem Hormonstörungen, muskuläre Hyperaktivität, außerhalb des Kopfes gelegene Chronifizierungsfaktoren und begleitende Erkrankungen angegangen. Außerdem wird den Betroffenen ein verträgliches Medikamentenregime an die Hand gegeben, mit dem sie im Falle



einer Attacke den Schmerz zuverlässig in den Griff bekommen können sollen.

TK: Warum benötigen Ihre Patienten die Hilfe einer Spezialklinik und eines bundesweiten Netzwerks von Schmerztherapeuten?

Prof. Göbel: Kopfschmerz betrifft Menschen sehr unterschiedlich stark. An einem Pol steht Kopfschmerz als leichte Befindlichkeitsstörung, am anderen eine lebensbestimmende Erkrankung: Schwerste, anhaltende Schmerzattacken führen zu Arbeitsunfähigkeit, Kinder fehlen halbe Jahre in der Schule und können ihre Ausbildung nicht abschließen, Partnerschaften brechen auseinander. Es kann zu langer Arbeitsunfähigkeit, sozialem Rückzug, Depressionen, Bluthochdruck, Lebererkrankungen und vielen anderen Folgen kommen.

Die Motivation ist, diese Patienten wohnortnah zu behandeln. Wir haben deshalb ein bundesweites Netz von rund 400 Spezialisten mit besonderer Kopfschmerz-Qualifikation aufgebaut, die über die TK erfragt oder im Internet über eine Deutschlandkarte gefunden werden können.

Eine Gruppe von Schwerstbetroffenen benötigt jedoch noch weiter reichende Therapien. Diese werden von der Schmerzlinik Kiel zentral für das gesamte Bundesgebiet angeboten. Die Patienten werden, falls

erforderlich, aus ihrem Alltag herausgenommen und bei uns individuell maßgeschneidert behandelt. Anschließend setzen die lokalen Netzwerkpartner die Therapie für ein Jahr fort – das ist schmerztherapeutisch das Optimum.

TK: Inzwischen wurden über 1.000 Patienten nach dem neuen Versorgungsmodell behandelt. Wie sind Ihre Erfahrungen?

Prof. Göbel: Das Projekt ist sehr erfolgreich und wird umfangreich genutzt. Die Lebensqualität der Patienten verbessert sich nachhaltig: psychisch, körperlich und sozial. Die Betroffenen kehren ins Berufsleben zurück, die Zeiten der Arbeitsunfähigkeit nehmen stark ab. Und diese Entwicklung setzt sich auch nach der Therapie fort. Die Patienten können ihr Leben wieder selbst in die Hand nehmen.

Weitere Informationen unter www.schmerzlinik-kiel.de

FINANCIAL TIMES DEUTSCHLAND Dieses Projekt wurde 2009 von der Financial Times Deutschland beim Wettbewerb „Ideenpark Gesundheitswirtschaft“ ausgezeichnet. Durch den Kooperationsvertrag mit der Kieler Schmerzlinik würden ambulante und stationäre Versorgung optimal miteinander verknüpft, und die Patienten erhielten eine individuelle neurologisch-verhaltensmedizinische Therapie, so die Jury.



Eine intelligente und effiziente Versorgung für alle gesetzlich Versicherten – dafür kooperiert die TK mit Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Das Konzept des ATRIO-MED bietet den Kunden kurze Wartezeiten, Sprechstunden auch am Samstag sowie Fachärzte, die Tür an Tür arbeiten.

Medizinische Versorgungszentren: Kurze Wege als Erfolgsmodell



**Dr. Heide Stolpmann, Ärztliche Leiterin,
und Tillmann Halbuer,
Standortmanager des ATRIO-MED Hamburg**

TK: In fast sechs Jahren ist die Zahl Medizinischer Versorgungszentren bundesweit von 0 auf über 1.000 gestiegen. Gut 5.000 Ärzte arbeiten inzwischen in MVZ. Wie erklären Sie den Erfolg dieser Versorgungsform?

Tillmann Halbuer: Der Wettbewerb im Gesundheitswesen zwingt alle Leistungsanbieter, nach neuen Versorgungswegen für die Patienten zu suchen. Anfangs waren MVZ eher betriebswirtschaftliche Zusammenschlüsse. Inzwischen steht zunehmend die Kooperation der Ärzte im Fokus. Und das kommt an. Allein im ersten Jahr, 2008, wurden ATRIO-MED-Ärzte mehr als 65.000 Mal in Anspruch genommen.

TK: Was ist denn das Besondere am Versorgungskonzept des ATRIO-MED?

Tillmann Halbuer: Kernidee ist die enge Zusammenarbeit der Fachärzte und natürlich das besondere Serviceangebot. Stellen Sie sich vor, Sie, Ihr Partner und zwei Kinder müssen zur Vorsorgeuntersuchung. Dies geschieht natürlich bei unterschiedlichen Fachärzten. Bei uns werden die Termine für Sie koordiniert, auch samstags. TK-Versicherte warten höchstens eine halbe Stunde.

Dr. Stolpmann: Wir im ATRIO-MED arbeiten in der Tat sehr eng zusammen. Möglich macht das eine elektronische Patientenakte, auf die alle behandelnden Ärzte zugreifen können, wenn die Patienten einverstanden sind. Damit gehören auch unnötige Doppeluntersuchungen der Vergangenheit an. So haben wir einfach mehr Zeit für die Patienten.

TK: Also, kein Patient rennt mehr von Pontius zu Pilatus?

Dr. Stolpmann: ATRIO-MED bedeutet: Mindestens sechs Grundfachrichtungen sind immer vorhanden, bei uns sind sogar zehn Fachrichtungen vertreten. Über die Patientenakte hinaus gibt es bei uns die Möglichkeit, den Patienten gemeinsam anzusehen, und das geht an nur einem Termin. Darüber hinaus lässt uns das Serviceangebot eines schnellen Termins früh in die Krankheit eingreifen, bevor eine Verschlimmerung oder Chronifizierung entsteht.

Tillmann Halbuer: Wir wollen mit dem ATRIO-MED Kooperationspartner für die Hausärzte der Umgebung sein. Uns geht es darum, vor allem die Fachärzte in die regionale Struktur einzubinden, also beispielsweise an weiteren Versorgungsverträgen teilzunehmen.

TK: Geht es nur um Versorgungsverträge, oder sind auch andere Kooperationen denkbar?

Tillmann Halbuer: Wir profitieren zum Beispiel vom Wissen unseres Kooperationspartners TK. In Leipzig testen wir, die Vorteile des ATRIO-MED den Unternehmen vor Ort anzubieten. Die Ärzte des ATRIO-MED können mit den entsprechenden Betriebsmedizinern zusammenarbeiten und so die Patienten arbeitsplatzbezogen behandeln – im Idealfall sogar Fehlzeiten reduzieren für ein gesundes Unternehmen.

TK: Wie sichern Sie die Qualität der fachärztlichen Behandlung?

Dr. Stolpmann: Bei uns entsprechen Diagnose und Therapie den neuesten wissenschaftlichen Standards. Ständige Fortbildung ist besonders in einem so großen Team wichtig und möglich. Bei der Behandlung beachten wir leitliniengerechte Behandlungspfade. Diese Leitlinien gibt es zum Beispiel für Krankheiten wie Depressionen und Rückenschmerzen. Sie beschreiben für Ärzte die Inhalte der übergreifenden Therapie und definieren die Einbindung von Krankenhäusern oder Reha-Einrichtungen.

TK: Und wie stellen Sie sich die Zukunft der Medizinischen Versorgungszentren, insbesondere des ATRIO-MED, in Deutschland vor?

Tillmann Halbuer: Neben Ärzten und Kliniken werden auch noch andere Partner eingebunden. Zum Beispiel ist eine Apotheke im MVZ sinnvoll oder Physiotherapeuten – so kann ein umfassendes Versorgungsnetz entstehen, und die Wege werden noch kürzer.

Dr. Stolpmann: Ich gehe davon aus, dass die Zahl der MVZ zunehmen wird. Für uns Ärzte sind die Arbeitsbedingungen attraktiv. Wir haben feste Arbeitszeiten, können in Teilzeit tätig sein, der administrative Aufwand ist gebündelt und so haben wir mehr Zeit für unsere Patienten. Außerdem tragen wir weniger unternehmerisches Risiko und keine Praxisgründungskosten.

TK: Also sind MVZ für Patienten und die Fachärzte das Modell der Zukunft?

Dr. Stolpmann: Schätzungen gehen davon aus, dass in zehn Jahren 30 Prozent aller niedergelassenen Fachärzte in MVZ arbeiten werden. Damit stellen Medizinische Versorgungszentren sicher eine wichtige und sinnvolle Ergänzung zur regulären Versorgung dar und tragen maßgeblich zu einer modernen Gesundheitsversorgung in Deutschland bei.

Weitere Informationen unter www.atriomed.de



Die Behandlung von Hauterkrankungen ist langwierig und verlangt den Patienten viel Geduld ab. Vor allem aber erfordert sie ein gutes Arzt-Patienten-Verhältnis und ein individuell abgestimmtes Behandlungskonzept. An der Universitätsklinik Greifswald wird eine Verbesserung der Erkrankung um mindestens 50 Prozent bei Neurodermitis und Psoriasis garantiert.

Eine verbrieftete Garantie auf Heilung?

Prof. Dr. Michael Jünger,
Direktor der Klinik und Poliklinik für
Hautkrankheiten an der
Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

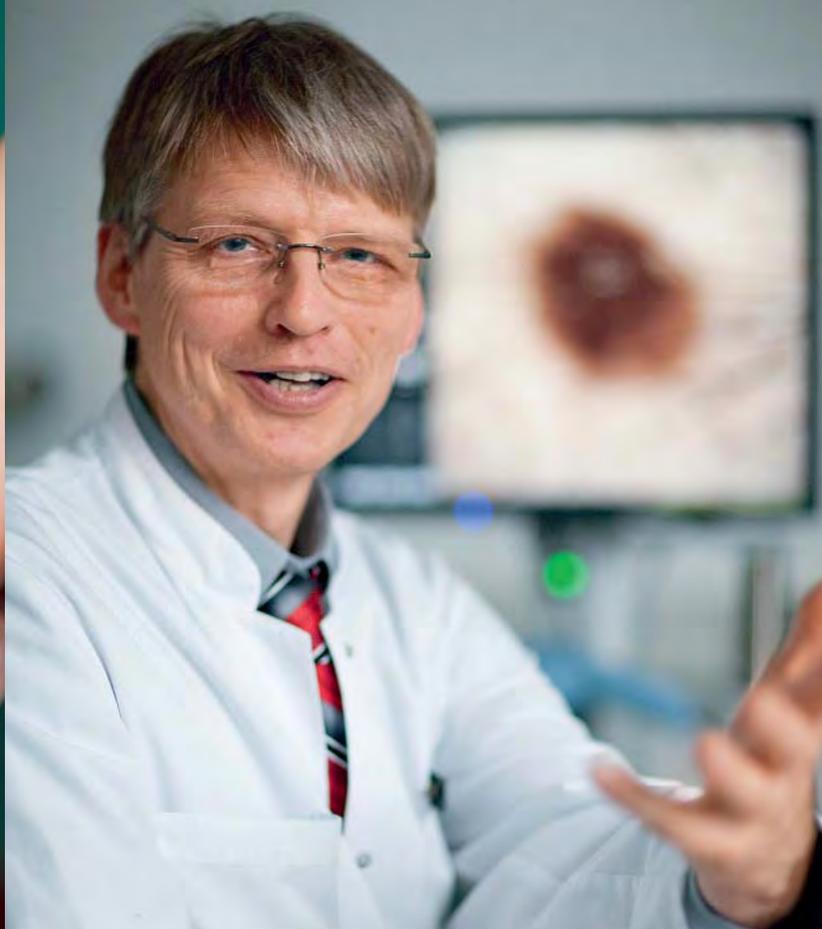
TK: Wie können Sie Patienten mit schweren Hauterkrankungen eine um mindestens 50 Prozent bessere Heilungschance garantieren?

Prof. Jünger: Die Aussage bezieht sich auf Psoriasis und Neurodermitis. Für beide Krankheitsbilder konnten wir nachweisen, dass eine mindestens 50-prozentige Verbesserung des Hautzustandes durch die Integrierte Versorgung erreicht wird. Die Integrierte Versorgung

haben wir zudem für schwere Hauterkrankungen wie Hautkrebs und schwere chronische Wunden aufgrund von Durchblutungsstörungen aufgebaut.

Bei dieser Form der Versorgung kooperieren Kollegen aus der Klinik, aus Praxen und aus Reha-Einrichtungen eng und stimmen den Behandlungsplan ab. So können wir die Grenzen zwischen den Bereichen überwinden, an denen Versorgungsdefizite und Unwirtschaftlichkeiten entstehen können. Der niedergelassene Kollege, der den Patienten an uns überweist und später weiterbetreut, bestimmt zum Beispiel den Behandlungsplan von Anfang an mit. Außerdem beziehen wir gegebenenfalls Spezialisten ein.





TK: Es kümmern sich also immer gleich mehrere Spezialisten um den Behandlungsablauf?

Prof. Jünger: Ja, und es verbessert die Betreuung enorm, wenn ein Ernährungsberater, ein Psychologe oder Pädiater unverzüglich hinzugezogen werden kann. So haben zum Beispiel Mütter von neurodermiskranken Kindern häufig Schuldgefühle. Die Vorwürfe aus dem Umfeld reichen von „Das Kind bekommt die falsche Ernährung“ bis zu „Die Mutter hat die genetischen Risiken übertragen“. Meistens gelingt es uns, durch entsprechende Beratung diese Schuldgefühle abzubauen. Zudem können wir oft die weit verbreitete Angst vor kortisonhaltigen Medikamenten nehmen, die sinnvoll eingesetzt segensreich wirken. Davon profitieren natürlich die Mutter, das erkrankte Kind und letztendlich die ganze Familie.

TK: Warum sind chronisch-entzündliche Hauterkrankungen oft so behandlungsintensiv und langwierig?

Prof. Jünger: Bei Neurodermitis und Psoriasis handelt es sich um Fehlsteuerungen des Immunsystems, die wir nicht heilen können. Die Störung besteht ein Leben lang und die Symptome können durch Triggerfaktoren wie Erkältungen oder Sonnenbrände, die das Immunsystem aktivieren, immer wieder ausgelöst werden.

TK: Nach welchem Strickmuster entsteht bei Ihnen im Haus das individuelle Therapieschema?

Prof. Jünger: Der einweisende Arzt ist in der Regel ein Kooperationspartner des Klinikums. Wenn ich den Patienten kennengelernt und wichtige diagnostische Befunde vorliegen habe, bespreche ich mit diesem Kollegen das weitere Vorgehen. Die Art der Kooperationspartner reicht – je nach Krankheitsbild – von Pädiatern über Haut- und Hausärzte bis hin zu niedergelassenen Gefäßchirurgen. So bereiten Hausärzte bei offenen Wunden zum Beispiel teilweise den operativen Eingriff vor, indem sie eine bestehende Therapie anpassen oder absetzen. Oder Hautärzte bzw. Pädiater führen eine bei uns begonnene Therapie fort.

TK: Sie haben den Erfolg der Integrierten Versorgung bei Ihren Patienten überprüft. Was zeigt diese Untersuchung?

Prof. Jünger: Ausgewertet wurden die Unterlagen von 149 Patienten, von denen knapp ein Drittel Psoriasis oder Neurodermitis hatte. Bei ihnen konnte nicht nur die Chance auf Heilung, sondern auch die Lebensqualität um mehr als 50 Prozent gebessert werden. Die Symptome bei Psoriasis gingen um 83 Prozent, die bei Neurodermitis um 74 Prozent zurück. 64 Prozent der Patienten waren zufrieden oder sehr zufrieden mit dem Heilungsprozess. Außerdem konnten wir in vielen Fällen den Service, wie die Erreichbarkeit der Sprechstunde, Terminvergabe und Wartezeiten an unserer Klinik, verbessern.

TK: Müssen die Patienten weit reisen für die bessere Versorgung?

Prof. Jünger: Unser Einzugsbereich ist der ganze deutsche Nordosten, allerdings mit einem Schwerpunkt um Greifswald herum. Viele Behandlungsmodule können wir in unserer Tagesklinik anbieten, so dass sich der Patient für diese Zeit ein Hotel in der Nähe nimmt und anschließend zu Hause weiterbetreut wird. Ob in der Nachsorge regelmäßige Besuche bei uns notwendig sind, hängt von der Erkrankung ab.

TK: Und wie steht das Projekt im Ansehen bei den kooperierenden Ärzten da?

Prof. Jünger: Einige Kollegen waren zunächst skeptisch, doch ich habe den Eindruck, dass das Interesse an der Integrierten Versorgung in den letzten Jahren zugenommen hat. Heute wird sie eher positiv gesehen, weil das Vertrauen zueinander doch sehr gewachsen ist.

Weitere Informationen unter www.tk-online.de/lv-mecklenburg-vorpommern in der Rubrik „Vorsorge und Behandlung“.

Zum ersten Mal seit neun Jahren ging der Medizin-Nobelpreis wieder an einen deutschen Wissenschaftler: Der Heidelberger Mediziner Professor Harald zur Hausen nahm die Auszeichnung 2008 entgegen. Das Nobelpreis-Komitee würdigte, wie sich zur Hausen gegen vorherrschende Lehrmeinungen durchgesetzt und mit seinen Forschungen zur Entstehung und zum Krankheitsverlauf von Gebärmutterhalskrebs die Entwicklung von Impfstoffen gegen diese Krebsart ermöglicht hat.

Impfen gegen Krebs – wie geht es weiter?

Professor Dr. Dr. Harald zur Hausen, Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ), Heidelberg

TK: Haben Sie geahnt, dass Ihre Entdeckungen eines Tages einen wichtigen Beitrag zur Behandlung von Gebärmutterhalskrebs leisten würden?

Prof. zur Hausen: In der Behandlung von Gebärmutterhalskrebs spielt die Impfung keine Rolle. Das muss ich richtigstellen: Sie ist ja vielmehr vorbeugend wirksam.

Als es uns 1983 gelang, in Tumorzellen von Frauen mit Gebärmutterhalskrebs die HPV-Typen 16 und 18 nachzuweisen, konnte man schon absehen, dass es von Bedeutung sein würde. Denn Gebärmutterhalskrebs ist eine weltweit verbreitete Erkrankung. Global gesehen die zweithäufigste Krebserkrankung bei Frauen überhaupt.

TK: Können Sie erklären, wie genau die Impfung vor Gebärmutterhalskrebs schützt?

Prof. zur Hausen: Die Impfung verhindert das Eindringen des Virus in die Zelle. Das Virus wird sozusagen durch Antikörper abgefangen. In der Fachsprache sagt man, es wird neutralisiert. Auf dieser Basis kann dann keine Infektion mehr mit dem Virus stattfinden.

Allerdings sollte die Impfung vor dem ersten Sexualkontakt stattfinden, denn Humane Papillomviren werden durch den Geschlechtsverkehr übertragen. Bei einigen Frauen bleibt der Kontakt mit HP-Viren folgenlos, bei anderen klingt die Infektion aber nicht vollständig ab. Die Viren setzen sich in diesen Fällen in den Zellen des Gebärmutterhalses fest. Ist das Virus erst einmal in die Zelle eingedrungen und ins Erbmaterial aufgenommen, ist die Impfung völlig wirkungslos. Daher sollten Mädchen – und übrigens aus meiner Sicht auch Jungen – möglichst früh geimpft werden.

TK: Wie lange hält die Schutzwirkung der Impfung an?

Prof. zur Hausen: Die Langzeitwirkung der Antikörper hält nach gegenwärtiger Kenntnis mindestens etwa sechs bis sieben Jahre an. Aufgrund vorliegender Ergebnisse gehen wir davon aus, dass eine Auffrischung wahrscheinlich erst nach zehn oder mehr Jahren notwendig ist.

TK: Wie beurteilen Sie die kritischen Stimmen, die zur Impfung aufgekommen sind?

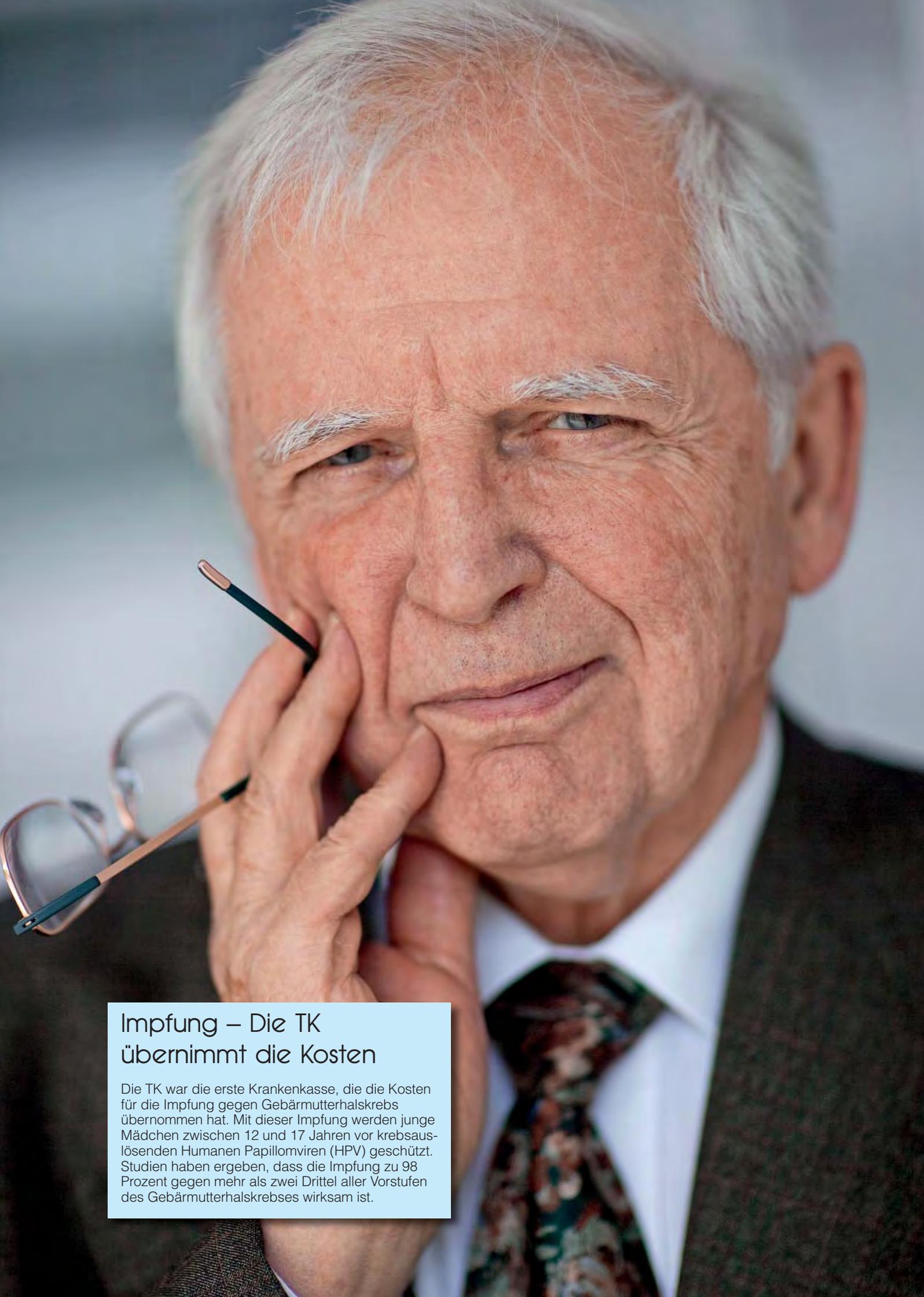
Prof. zur Hausen: Es gibt eine aktuelle Stellungnahme der WHO, die zeigt, dass die Kritiken haltlos sind. Die Impfung schützt gegen 70 Prozent aller Gebärmutterhalskrebs-Vorstufen. Das kann man mit Sicherheit schon sagen. Ein Schutz gegen Krebs kann allerdings noch nicht vorausgesagt werden, denn es vergehen 20 Jahre, bis sich nach einer Infektion ein Karzinom entwickelt. Würde man darauf warten wollen, ob trotz der Impfung Krebs entstehen kann, wäre eine Wirksamkeit der Impfung erst nach 20 bis 25 Jahren nachzuweisen. Meiner Meinung nach wäre es verantwortungslos, so lange bis zur Zulassung zu warten.

Es geht ja vor allem darum, die Krebsvorstufen zu verhindern. Da kann man nicht einfach warten, bis belegt wird, dass die Rate der Neuerkrankungen durch die Impfung zurückgeht. Hochgerechnet würden in einem Zeitraum von 20 Jahren 120.000 Frauen ohne Impfschutz neu an dieser Krebsart erkranken, und 2,8 Millionen Frauen müssten sich einer Konisation unterziehen – einem operativen Eingriff, bei dem ein Gewebekegel aus dem Gebärmutterhals geschnitten wird. Dieser chirurgische Eingriff birgt Komplikationen, insbesondere bei späteren Schwangerschaften. Da die Impfung gerade die Krebsvorstufen verhindert, die eine Konisation erfordern, lassen sich auch diese Eingriffe minimieren.

TK: Rechnen Sie damit, dass demnächst auch Impfungen gegen andere Krebsarten möglich sein werden?

Prof. zur Hausen: Ich hoffe darauf, dass das der Fall sein wird. 20 bis 21 Prozent der Krebserkrankungen werden schon heute mit Infektionen in Verbindung gebracht. Ich glaube sogar, dass sich dieser Anteil in Zukunft noch weiter erhöhen wird. Und von dem Punkt an kann man möglicherweise mit Impfstoffen gegensteuern. Es wird neue Wege in der Prävention, der Diagnostik und letztlich auch in der Therapie geben.

Wir sind sehr interessiert an der genaueren Erforschung der Ursachen von Brustkrebs, Dickdarmkrebs – der heute in seiner Entstehung der Ernährung zugeschrieben wird – und kindlichen Leukämien. Ich persönlich hege den Verdacht, dass auch hier Infektionen eine Rolle spielen. Aber noch sind das Hypothesen, die erst bewiesen werden müssen.



Impfung – Die TK übernimmt die Kosten

Die TK war die erste Krankenkasse, die die Kosten für die Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs übernommen hat. Mit dieser Impfung werden junge Mädchen zwischen 12 und 17 Jahren vor krebsauslösenden Humanen Papillomviren (HPV) geschützt. Studien haben ergeben, dass die Impfung zu 98 Prozent gegen mehr als zwei Drittel aller Vorstufen des Gebärmutterhalskrebses wirksam ist.

Gerade im Krankheitsfall wünscht man sich eine rasche Versorgung. Mit dem Projekt „integra“, das für eine verbesserte Kooperation zwischen ambulantem und stationärem Sektor sorgt, kann die TK diese gewährleisten. In Absprache ermöglichen Fachärzte und Klinik zum Beispiel den sofortigen Start einer Rehabilitation – ohne jede Wartezeit.

Vorreiter in moderner Patientenversorgung

Prof. Dr. Stefan Felder,
Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre,
insbesondere Gesundheitsökonomik
an der Universität Duisburg-Essen

TK: Was ist das Besondere an integra?

Prof. Felder: Bei integra handelt es sich um ein Angebot, das sich direkt an die Versicherten richtet. Leis-

tungserbringer aus verschiedenen Bereichen arbeiten dabei eng zusammen. Sowohl Krankenhäuser als auch niedergelassene Fachärzte und die Rehabilitation sind einbezogen. Für die Patienten ist das besonders interessant, da sie im Normalfall eine Reha erst beantragen müssen. Damit keine wertvolle Zeit zwischen Operation und Rehabilitation verloren geht und ein nahtloser Übergang möglich ist, entfallen bei integra die sonst üblichen Wartezeiten. Im Übrigen stellt der Vertrag während der gesamten Behandlungskette sicher, dass die Patienten optimal – und ohne lästige Wartezeiten – betreut werden.

TK: Können Sie einen typischen Fall eines integra-Patienten schildern?

Prof. Felder: Derzeit werden im Rahmen von integra mehr als 100 verschiedene operative Eingriffe aus den verschiedenen medizinischen Fachbereichen durchgeführt. Ein Patient geht also beispielsweise mit Knieproblemen zu seinem Orthopäden in Magdeburg. Dieser entscheidet, dass eine Prothese eingesetzt werden muss. Derselbe Arzt geht mit seinem Patienten im Rahmen von integra in die Klinik St. Marienstift Magdeburg und operiert ihn dort. Nach kurzem Aufenthalt in der Klinik kann der Patient direkt zur Rehabilitation nach Bad Schmiedeberg gehen.

Für integra-Patienten stehen spezielle Kapazitäten zur Verfügung. So hat das Diakonie-Krankenhaus in Halle eine spezielle Abteilung für sie eingerichtet und eigene Pflegekräfte eingestellt. Dies ist ein Alleinstellungsmerkmal für die Krankenkasse, die ihren Versicherten ein besonderes, qualitativ ansprechendes Angebot machen kann. Damit sorgt integra für eine echte Strukturveränderung in der Patientenversorgung.

TK: Veränderungen brauchen immer Mut. Ist das Projekt auch auf Widerstände gestoßen?

Prof. Felder: Wirkliche Probleme gab es nicht. Das Projekt wurde sowohl von den Ärzten als auch von der Kassenärztlichen Vereinigung positiv aufgenommen. Allerdings befürchten einige Kritiker, dass hier „Rosinenpickerei“ stattfinden könnte. Sie vermuten, dass nur besonders leichte Fälle über integra laufen und die schweren Fälle traditionell behandelt und vergütet werden. Das Forschungs- und Entwicklungsinstitut für das Sozial- und Gesundheitswesen Sachsen-Anhalt (FEISA) ist in seinem Gutachten auch dieser Frage nachgegangen. Die Befürchtun-





Wer ist an integra beteiligt?

- 3 Kliniken in Sachsen-Anhalt
- 1 Reha-Einrichtung in Sachsen-Anhalt
- niedergelassene Haus- und Fachärzte
- sonstige Leistungsbringer wie Apotheken, Physiotherapeuten und Logopäden

gen der Kritiker konnten widerlegt werden: integra-Patienten sind im Schnitt älter als in der herkömmlichen Regelversorgung.

TK: Wo liegen basierend auf den Erkenntnissen Ihrer wissenschaftlichen Auswertung die größten Vorteile von integra?

Prof. Felder: Das überraschende Ergebnis für mich ist, dass noch Luft im stationären Sektor ist. Im Vergleich zu Patienten aus der Regelversorgung mussten integra-Patienten mit der gleichen Erkrankung weniger lange im Krankenhaus bleiben. Und eine kürzere Verweildauer bedeutet auch niedrigere Kosten. Die befragten integra-Patienten waren überwiegend zufrieden mit der Versorgung: Auf einer Skala von 0 bis 10 lagen die Durchschnittsergebnisse mit über 9 sehr hoch. Zusammenfassend kann man sagen, dass integra eine finanzielle Ersparnis bringt bei gleichzeitig hoher Patientenzufriedenheit.

TK: Was hat die Evaluation von integra im Einzelnen ergeben?

Prof. Felder: Die Verweildauer war bei integra im Schnitt 2,6 Tage kürzer als mit der Regelversorgung. Zudem konnten 63 Prozent der integra-Patienten, aber nur 16 Prozent aus der Kontrollgruppe bereits nach einem Tag das Krankenhaus wieder verlassen.

integra-Patienten sind im Schnitt auch 12,2 Tage weniger lange arbeitsunfähig.

TK: Wo liegen die Vorteile für die Patienten?

Prof. Felder: Ich denke, es ist ein besonderes Angebot ihrer Krankenkasse. Die Patienten fühlen sich gut aufgehoben und genießen den besonderen Service, den sie als Versicherte der TK geboten bekommen. So bleiben den Patienten weitgehend Wartezeiten, Arztwechsel, Mehrfachuntersuchungen und Zuzahlungen erspart.

TK: Was wünschen Sie sich für die Zukunft der Patientenversorgung?

Prof. Felder: Eine noch stärkere Kommunikation zwischen Krankenkassen und Versicherten, was die medizinische Versorgung angeht.

Weiterführende Informationen unter www.integra-gesundheit.de



TK & Patient

Nur gut informierte Patienten können Partner des Arztes sein und wichtige Gesundheitsentscheidungen mit ihm gemeinsam treffen. Die Selbstverantwortung verbessert oft den Therapieerfolg und damit auch die Lebensqualität. Die TK fördert derartige Gesundheitspartnerschaften durch zahlreiche Informationsangebote.

Eine erfolgreiche Behandlung setzt immer ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen Arzt und Patient voraus. Denn die sogenannte „Compliance“ – die Bereitschaft von Patienten zur Mitarbeit bei allen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen – wird dadurch entscheidend beeinflusst. Geht der Patient zusätzlich gut informiert in die Praxis, kann er seinem Arzt „auf Augenhöhe“ begegnen, um die Behandlungsmöglichkeiten abzuwägen.

Patienten zum Partner des Arztes machen

Prof. Dr. Gerd Gigerenzer,
Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, Berlin
Direktor des Forschungsbereichs
Adaptives Verhalten und Kognition

TK: Überall wird vom informierten Patienten als mündigem Entscheidungspartner der Ärzte gesprochen. Warum brauchen wir den mündigen Patienten?

Prof. Gigerenzer: Beim mündigen Patienten geht es um ein Ideal der Aufklärung. Wir können es uns nicht länger leisten, den Patienten nicht aktiv an seiner Gesundheit zu beteiligen. Daher sollte man sich im Hin-

blick auf Gesundheit genauso informieren, wie man es macht, wenn man sich beispielsweise einen Kühlschrank kauft. Faktenwissen, Vor- und Nachteile verschiedener Hersteller werden da ja auch recherchiert. Zusammen mit ihrem Arzt können informierte Patienten Entscheidungen partnerschaftlich treffen. Studien zeigen, dass das förderlich für die Akzeptanz von Diagnosen und die Therapietreue ist. Ich denke, dass es jetzt im 21. Jahrhundert an der Zeit wäre, den alten Traum eines mündigen Bürgers und damit auch eines mündigen Patienten und eines mündigen Arztes zu realisieren.

TK: Schrecken einige Ärzte nicht zurück, wenn Patienten



ten mit Stapeln von Internetausdrucken in ihrer Sprechstunde erscheinen?

Prof. Gigerenzer: Der Patient hat ein Recht auf Information. Die Kunst ist nur, die richtigen Quellen zu finden. Denn im Internet erhalten die Patienten zwar eine Flut von Informationen, aber die sind längst nicht immer von guter Qualität.

TK: Was ist die Krux, wenn Patienten ungefilterte Informationen beispielsweise über das Internet beziehen?

Prof. Gigerenzer: Vielen Informationsangeboten mangelt es an Transparenz. Nehmen wir etwas, was jede Frau mal betrifft: die Brustkrebsfrüherkennung. Viele Frauen denken, dass das Brustkrebscreening die Wahrscheinlichkeit, Brustkrebs zu bekommen, senkt. Das ist nicht der Fall; das Screening kann nur einen bereits vorhandenen Krebs erkennen. Zahlreiche Broschüren sprechen von einer 25-prozentigen Verringerung des Risikos, an Krebs zu sterben. Diese „relative Risikoreduktion“ wird meist missverstanden. Eine gute Broschüre erkennen Sie daran, dass sie die Bevölkerung transparent informiert: Von je 1.000 Frauen, die nicht am Screening teilnehmen, sterben etwa vier nach zehn Jahren an Brustkrebs. Bei den Frauen, die teilnehmen, sind es drei. Also: Die 25 Prozent sind im Klartext nur eine von 1.000. Das ist leider nur wenigen Frauen erklärt worden. Aber auch ein Drittel der Ärzte, die ich befragt habe, versteht das nicht. Und das ist erschreckend.

TK: Wie kann ein Patient ein gutes Informationsangebot erkennen?

Prof. Gigerenzer: Eine gute Broschüre gibt in klarer

Sprache die Vor- und Nachteile einer Behandlung an, und zwar in absoluten statt in relativen Zahlen. Wenn Sie nur von Vorteilen lesen und keine Zahlen genannt werden, dann sollten Sie vorsichtig sein.

TK: Welche Herausforderungen sehen Sie auf dem Weg zum mündigen Patienten?

Prof. Gigerenzer: Wir müssen lernen, mit einer unsicheren Welt zu leben, statt nach der Illusion von Gewissheit zu streben. Es gibt kein Null-Risiko, und praktisch jede Behandlung hat möglichen Nutzen und Schaden. Patienten müssen lernen, die richtigen Fragen zu stellen, und Ärzte müssen eine bessere Ausbildung in der Kommunikation von Risiken erhalten. Wir brauchen mehr Transparenz und Evidenz in den Broschüren und die Einsicht, dass mehr Tabletten und Behandlungen nicht immer besser sind. Ich glaube, dass alle Krankenkassen ein Interesse an mündigen Patienten haben, die nicht unnötig Medikamente verbrauchen oder sich unnötigerweise operieren lassen.

TK: Ist Ihre Vision vom mündigen Patienten eine Utopie oder reelles Ziel?

Prof. Gigerenzer: Von unserem Ziel sind wir noch einige Stufen entfernt. Aber es verändert sich bereits etwas, beispielsweise über unsere Arbeit am MPI für Bildungsforschung, aber auch über gutes Informationsmaterial wie die Broschüre „Früherkennung – Informationen zur Mammografie – eine Entscheidungshilfe“ vom Nationalen Netzwerk Frauen und Gesundheit, die auf den Seiten der TK heruntergeladen werden kann.

Die Broschüre findet sich unter www.tk-online.de mit dem Suchwort „Entscheidungshilfe“.

Wünsche an das Arzt-Patienten-Verhältnis

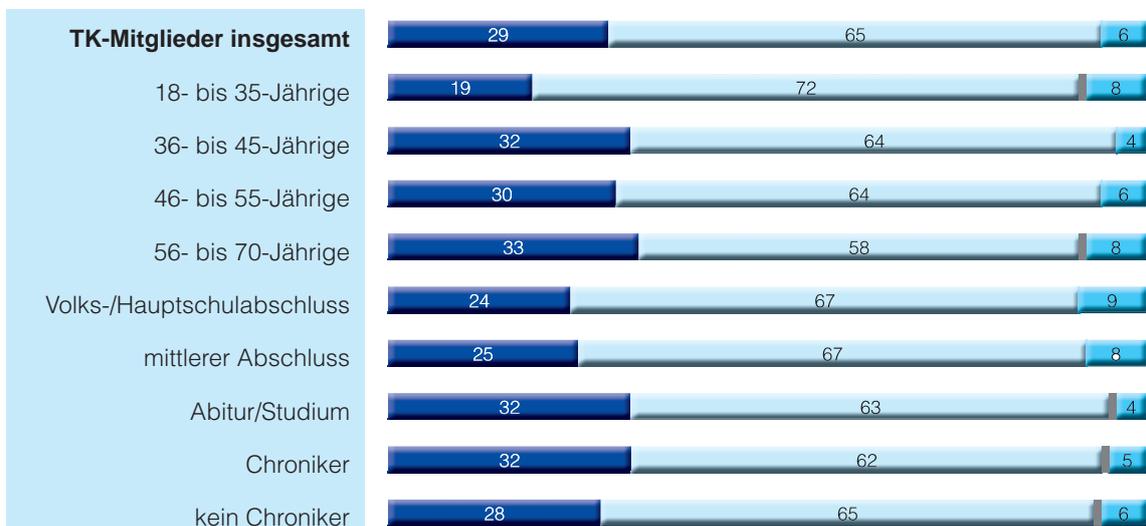
„Welcher der drei folgenden Aussagen würden Sie am ehesten zustimmen?“

■ Mein (Haus-) Arzt sollte mir die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten und das Für und Wider erläutern, und dann würde **ich selbst entscheiden**, was zu tun ist.

■ Mein (Haus-) Arzt sollte die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten mit mir diskutieren, und wir würden dann zu einer **gemeinsamen Entscheidung** kommen.

■ Mein (Haus-) Arzt sollte mich auf dem Laufenden halten, aber im Allgemeinen sollte **mein Arzt entscheiden**, wie er mich am besten behandelt.

■ Weiß nicht.



TK-Trendmonitor Gesundheit 2008, Angaben in Prozent; 1.005 TK-Mitglieder

Interesse an Gesundheitsinformationen

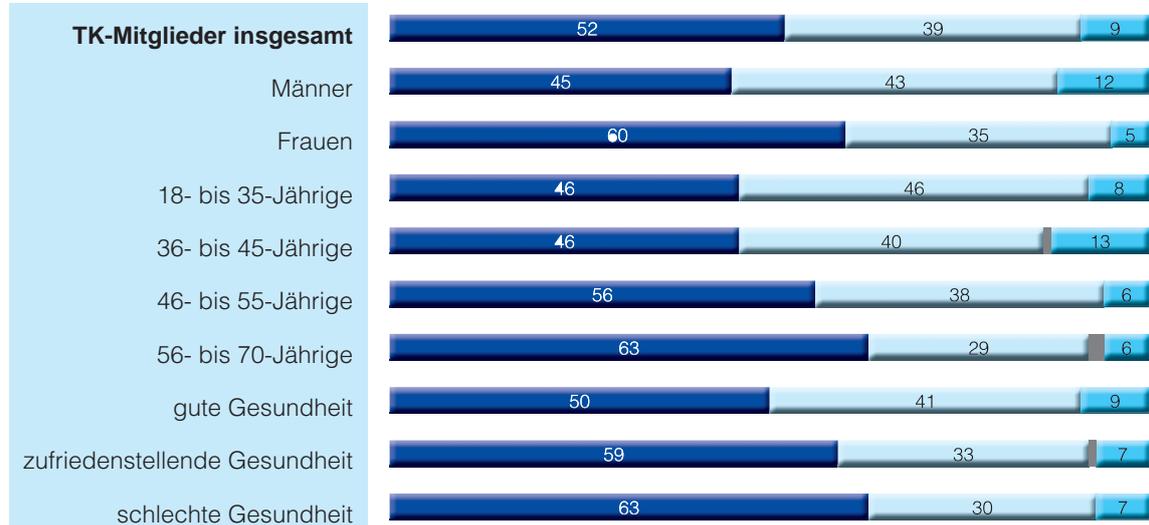
„Was trifft auf Sie persönlich zu?“

 Ich versuche, viele Infos über Gesundheitsthemen zu bekommen, die mich betreffen.

 Gesundheitsthemen interessieren mich eigentlich schon, aber es ist mir zu aufwendig, mich näher damit zu beschäftigen.

 Ich bin nicht sehr an Informationen über Gesundheitsthemen interessiert.

 Weiß nicht.

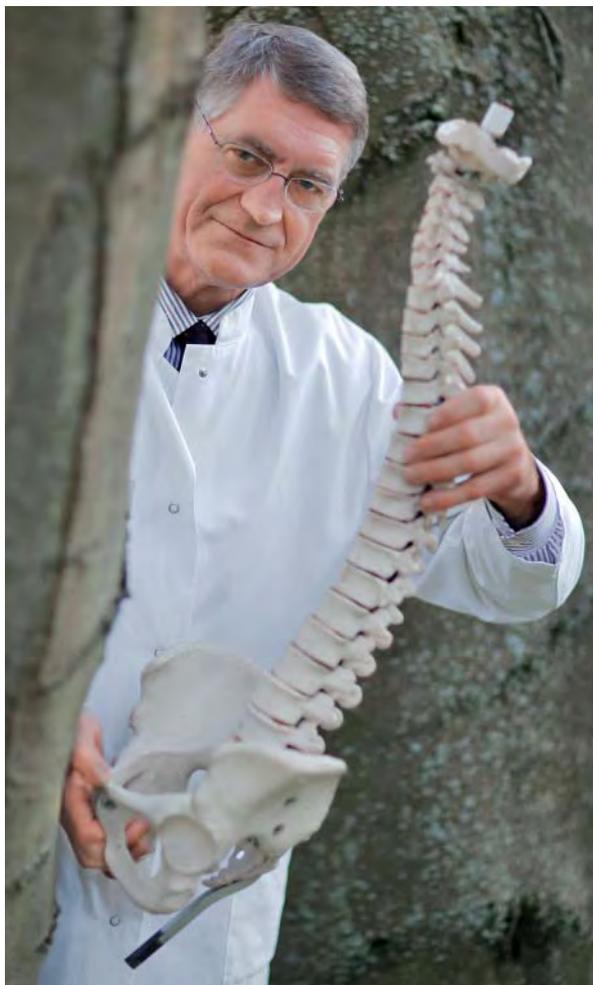


TK-Trendmonitor Gesundheit 2008, Angaben in Prozent; 1.005 TK-Mitglieder



In der Rehabilitationsklinik „Moorbad“ Bad Doberan führen Patienten ein individuell angepasstes Bewegungsprogramm durch – mit Erfolg. Denn: Patienten, die wissen, was sie selbst aktiv für ihren Rücken tun können, bekommen ihre Schmerzen meist gut in den Griff.

Das Selbstheilungspotenzial des Körpers wecken



Dr. Peter Kupatz,
Chefarzt der Rehabilitationsklinik
„Moorbad“ Bad Doberan

TK: In Ihrem therapeutischen Konzept spielt die eigene Aktivität des Patienten eine große Rolle. Warum ist das bei Rückenbeschwerden wichtig?

Dr. Kupatz: Die Patienten in unserem Programm mussten aufgrund ihrer Rückenschmerzen bereits häufiger ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen. Sie befinden sich in einem Karussell aus Schmerzen und kurzfristiger Besserung, aus dem wir sie herausholen möchten. Dazu reicht die medizinische Grundbetreuung allein oft nicht aus, bei der die Behandlung von Krankheit im Vordergrund steht und nicht die Erhaltung von Gesundheit. Wir zeigen unseren Patienten, was sie selbst aktiv für ihren Rücken tun können, und stimmen dabei die Übungen individuell auf den einzelnen Problemfall ab.

TK: Ist das Rückenproblem dann wirklich dauerhaft gelöst?

Dr. Kupatz: Mit aufeinander aufbauenden Übungen erreichen wir in zwölf Monaten tatsächlich funktionelle Veränderungen an der Wirbelsäule, zum Beispiel eine Stabilisierung der Lendenwirbelsäule. Die meisten Teilnehmer merken selbst, dass es ihnen besser geht, wenn sie ihre Übungen regelmäßig machen. Das ist dann der Motivator, die Übungen weiterzuführen – das Ganze verselbstständigt sich. Es wird für den Patienten zu einem Bedürfnis wie das tägliche Zähneputzen.

TK: Sie setzen auf individualisierte Behandlung. Warum ist der Behandlungserfolg dabei größer als bei anderen Konzepten?

Dr. Kupatz: Durch eben diese Individualisierung. Arzt und Physiotherapeut wählen bei uns die passenden Übungen für den Patienten aus. Auf diese Weise macht der Patient nur Übungen, die ihm wirklich helfen, und kann so die zur Verfügung stehende Zeit effektiver nutzen. Daneben bekommt der Teilnehmer speziell erarbeitete Informationsmaterial und notiert in einem Tagebuch Schmerzstärken und Besonderheiten. All das dient der Kommunikation zwischen den Akteuren, der Individualisierung und der Einbeziehung des Teilnehmers in das Jahresprogramm.





TK: Viele Patienten hören ohne Kontrolle schnell wieder auf zu üben. Was ist Ihr Konzept für eine dauerhafte Motivation?

Dr. Kupatz: Der Patient sieht, dass nur er selbst die Ursache seines Schmerzes beseitigen kann. Diese Erkenntnis ist Motivation genug, die Übungen auch nach dem Programm weiterzuführen. Viele unserer Patienten ändern im Verlauf der zwölf Monate ihr gesamtes Gesundheitsverhalten: Sie achten mehr auf ihre Ernährung und gehen anders mit Stress um als früher. Auch das wirkt sich positiv auf das Rückenproblem aus: Stressbedingte Verspannungen der Halswirbelsäule etwa bessern sich natürlich durch eine Reduzierung von Stress.

TK: Für welche Patienten empfehlen Sie das Interventionsprogramm?

Dr. Kupatz: Besonders Patienten mit stärkeren Schmerzen profitieren von dem Programm. Bei Teilnehmern mit weniger starken Schmerzen, die bereits im Fitnessstudio aktiv waren, besserten sich die Beschwerden nicht so deutlich wie bei Patienten mit höheren Schmerzwerten. Ausgeschlossen sind jedoch Menschen mit sehr starken Rückenschmerzen, Entzündungen, Geschwulsterkrankungen und starker Osteoporose mit Wirbelbrüchen.

TK: Der Erfolg des Programms wurde im Januar 2009 wissenschaftlich überprüft. Wie ist das Ergebnis?

Dr. Kupatz: Es zeigte sich ein positiver Einfluss des Programms auf Schmerzen, Wohlbefinden, Einschränkungen im Alltag, allgemeine Beweglichkeit, Konditionierung, Ernährung und Stressverhalten der Teilnehmer. Als betreuender Arzt kann ich sagen, dass sich das gesamte Gesundheitsverhalten der Patienten im Laufe der zwölf Monate verbesserte. Auch die Teilnehmer selbst bewerteten das Programm als sehr gut.

TK: Ein so erfolgreiches Projekt sollte man doch ausweiten. Gibt es schon andere Partner, die mit Ihnen zusammenarbeiten?

Dr. Kupatz: In Mecklenburg-Vorpommern nehmen mittlerweile rund 100 niedergelassene Orthopäden und Physiotherapeuten an dem Programm teil. Durch die Einbeziehung von Orthopäden in Rehakliniken konnten wir zusätzliche Standorte erschließen. In regelmäßigen Qualitätssicherungskonferenzen geben wir Änderungen des Programms an die ausführenden Kollegen weiter. Aktuell konnten wir einige neue Diagnosen in das Programm aufnehmen: Wir betreuen nun zum Beispiel auch Patienten mit stärkeren Schmerzen nach Reha-Maßnahmen infolge von Bandscheiben-Operationen. Eine solche Operation verschafft oft Schmerzlinderung, kann aber nicht die Ursache des Bandscheibenproblems beseitigen. Mit dem Interventionsprogramm wollen wir einer erneuten Operation vorbeugen.

Weitere Informationen unter www.ebel-kliniken.de

Woran erkennt man ein gutes Krankenhaus?

263.000 TK-Patienten haben einen Fragenkatalog mit 24 Fragen zu ihrem letzten Krankenhausaufenthalt erhalten. 600 der größten Häuser Deutschlands werden nun über die Ergebnisse dieser in Deutschland einzigartigen Befragung informiert.

Mehr Qualität im Krankenhaus

Mehr als eine Million TK-Versicherte werden pro Jahr in einer Klinik behandelt. Laut Statistischem Bundesamt liegen sogar knapp 17,2 Millionen Bundesbürger pro Jahr im Krankenhaus. Ihre durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus beträgt 8,3 Tage.

Um ihren Versicherten die bestmögliche Behandlung anbieten zu können, führt die TK regelmäßig groß angelegte Befragungen durch. Nun liegen Qualitätsurteile zu den 600 Krankenhäusern in Deutschland vor, in denen im Jahr 2008 mindestens 250 TK-Patienten beherrgt wurden. 156.000 Patienten haben geantwortet.

Besonders erfreulich: Die Ergebnisse aus den Umfragen werden von den Geschäftsführungen und Chefsärzten der Krankenhäuser sehr ernst genommen. Vermehrt sind große Kliniken wie Universitäts-Krankenhäuser an den Qualitätsdaten interessiert. An zahlreichen Unikliniken konnten die Befragungsergebnisse vor dem gesamten Geschäftsführungs-Gremium präsentiert werden. Das Streben nach mehr Qualität – orientiert an den Ergebnissen aus der TK-Befragung – haben einige Häuser sogar in ihre internen Unternehmensziele aufgenommen.

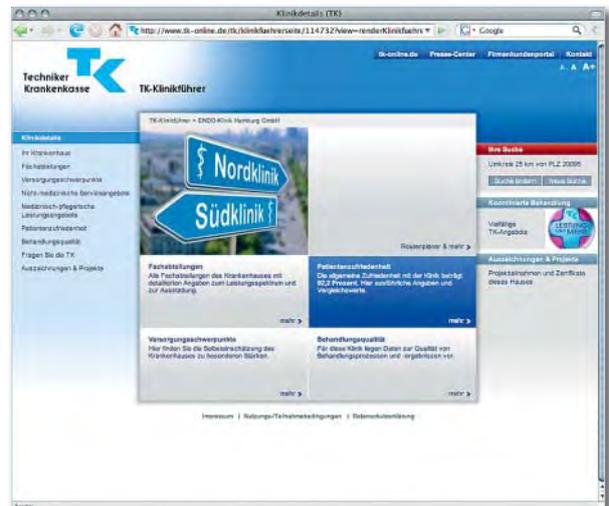
Jeweils etwa 60-seitige Ergebniskataloge werden der Klinikleitung druckfrisch nach der Befragung präsentiert. Darin erhält sie Aufschluss darüber, wie das Haus im Verhältnis zu anderen dasteht, welche Verbesserungen bereits „messbar“ umgesetzt wurden und wo noch Verbesserungspotenzial besteht. Zum Teil konnte von einem Jahr zum nächsten bereits eine deutlich positive Entwicklung in Gang gesetzt werden: Die Zufriedenheit mit der Klinik stieg, und die Bereitschaft, sie weiterzuempfehlen, nahm ebenfalls zu.

Was der Kunde erwartet

Für eine gute Bewertung seitens der Kunden werden vor allem gute medizinische Leistungen sowie eine überzeugende pflegerische Betreuung und Versorgung verlangt. Der Faktor „Man nimmt sich Zeit für mich“ steht dabei über allen anderen Qualitätsmerkmalen ganz oben auf der Wunschliste der Patienten. Aber auch der reibungslose Informationsaustausch zwischen Ärzten und Pflege ist für das positive Abschneiden einer Klinik wichtig.

Der TK-Klinikführer: Ein Werturteil der Versicherten

Auch der Klinikführer, der via Internet nicht nur für TK-Kunden abrufbar ist, greift auf persönliche Bewertungen von Versicherten zurück. Die Befragung läuft über ein ganzes Jahr. Die dritte Befragungsrunde ist gerade ausgewertet und veröffentlicht worden (Juni 2009). Ermittelt wird unter anderem die Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis, der medizinisch-pflegerischen Versorgung sowie der Organisation und Unterbringung. Ergänzt werden die Daten mit Angaben über Ausstattung der Krankenhäuser sowie über die Anzahl von Operationen und anderen Behandlungen. Die TK hat diese Daten in laienverständliche Sprache übersetzt. So ist es sehr einfach, sich über Behandlungsmöglichkeiten in der näheren Umgebung oder im gesamten Bundesgebiet zu informieren: www.tk-online.de/klinikfuehrer





Susanne Blinn,
Geschäftsbereich Qualitätsmanagement am
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

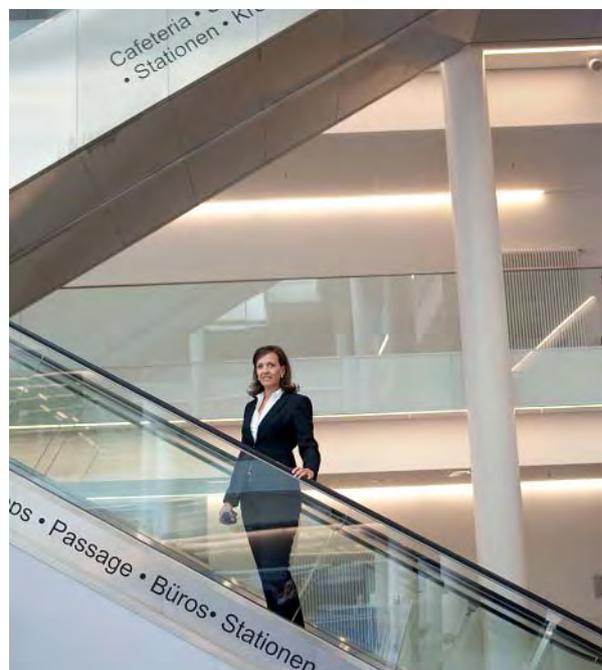
TK: Wie ernst nehmen Sie eine Befragung, wie die TK sie jährlich durchführt?

Susanne Blinn: Wir nehmen die Befragung der TK nicht nur sehr ernst, sondern befürworten diese und können unsere Patienten nur weiter bestärken, daran teilzunehmen. Wir führen selbst in regelmäßigen Abständen Befragungen bei den verschiedenen Kundengruppen durch und erhalten somit wertvolle Hinweise, die im Sinne unserer Qualitätsphilosophie zur ständigen Verbesserung unseres Leistungsspektrums führen. Die Ergebnisse der TK-Befragung geben uns weitere wichtige Hinweise dafür. Für uns ist es jedoch auch sehr wichtig, eine Bestätigung für das, was bereits gut ist, zu bekommen und zu sehen, dass die umgesetzten Maßnahmen Früchte tragen. Das motiviert uns in unserer täglichen Arbeit.

TK: Gibt es Qualitätsziele, die in Ihrem Hause jetzt mit Priorität weiterverfolgt werden?

Susanne Blinn: Ja, unser umfassendes Qualitätsziel haben wir im Leitsatz „Wissen – Forschen – Heilen durch vernetzte Kompetenz: das UKE“ formuliert. Durch die Inbetriebnahme des Neubaus im Februar 2009 und die damit verbundene Vereinigung der Fachdisziplinen, den hotelähnlichen Charakter und die kürzeren Wege erwarten wir einen deutlichen Anstieg der Zufriedenheit, sowohl in der medizinisch-pflegerischen Versorgung, der Organisation/Kommunikation als auch in der Servicequalität.

TK: Wurden vielleicht sogar Stärken offenbar, die Sie nun weiter ausbauen möchten?



Susanne Blinn: Eine unserer Stärken liegt in der Information und Kommunikation. Potenzielle Patienten sind heutzutage durch das hochwertige Angebot an Informationsmedien bestens über Themen rund um ihre Gesundheit informiert. Wir wollen weiterhin unsere Leistungsangebote, neueste Erkenntnisse und Ergebnisse zu Gesundheitsthemen für jeden zugänglich, verständlich und nachvollziehbar kommunizieren. Dabei liegt die Gewichtung gleichermaßen auf der Information vor, während und nach dem Aufenthalt im Krankenhaus.



TK & Gesundheit

Krankheiten zu verhindern ist weit sinnvoller, als Krankheiten zu behandeln. Daher setzt die TK auf Prävention als Schlüssel zur Gesundheit. Moderne Angebote unterstützen dabei, in jeder Lebensphase etwas für das Wohlbefinden zu tun und somit die Gesundheit zu fördern.

Prävention, das ist für die TK mehr als ein attraktives Kursangebot. Mit ihren Präventionskonzepten nach dem Setting-Ansatz richtet sie sich nicht nur an den einzelnen Menschen, sondern an sein gesamtes Lebensumfeld.

Eines dieser Lebensumfelder ist die „Gesunde Schule“.

Schule als gesunde Lebenswelt



**Ulrike Janke, Schulleiterin,
Andreas Giese, Pädagogischer Leiter,
Erich-Kästner-Gesamtschule, Hamburg**

TK: Frau Janke, Sie sind Direktorin einer „Gesunden Schule“. Warum wollen Sie Eltern, Kinder und Ihre Kollegen zu einem gesünderen Leben motivieren?

Ulrike Janke: Aus der Politik kamen in den letzten Jahren viele Impulse, gesundheitsförderliche Leitbilder für die Ernährung von Kindern und Jugendlichen zu entwickeln. Zum Bildungsauftrag der Schule gehört demnach auch, Kindern und Jugendlichen Kompetenzen für ein gesundes Leben zu vermitteln. Diesen Bildungsauftrag nehmen wir sehr ernst. Für uns ist deshalb die Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel und Übergewicht ein konkretes Ziel, das in allen Bereichen der Schule verfolgt werden muss.

TK: Wie bringt man das Thema Ernährung an die Schule?

Ulrike Janke: Wir sind eine Ganztagschule. Hier fällt besonders auf, dass sich auch eine Fast-Food-Mentalität als Spiegelbild der Gesellschaft in der Schule bemerkbar macht. Es ist bekannt, dass an Gesamtschulen in Großstädten wie Hamburg zurzeit nur etwa

Was ist der Setting-Ansatz?

Aufbauend auf der Definition von Gesundheit und dem Verständnis von Gesundheitsförderung in der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist der Setting-Ansatz entstanden. Dieser Ansatz begreift das Setting, den alltäglichen Lebensraum, als einen Ort, in dem Interventionen greifen. Settings können beispielsweise der Kindergarten, die Schule, Betriebe oder Kommunen sein.

20 Prozent der Schüler am Mittagessen teilnehmen, wenn ihnen eines geboten wird. Das macht deutlich, dass einfach aufgewärmtes Essen oft nicht attraktiv genug ist. Wir wollen ein gesundes, frisches und schmackhaftes Mittagessen anbieten, aber darüber hinaus geht es uns um praktische Angebote wie Projekte, in denen gesunde Ernährung gelehrt wird, Pausenangebote und anderes, was die Schüler zu einer gesünderen Lebensführung anregt. Eine Schule muss ja nicht zwangsläufig nur den kognitiven Bereich ansprechen.

TK: Das heißt konkret?

Ulrike Janke: Wir kombinieren verschiedene pädagogische Instrumente, um das Thema zu transportieren. In einem sechswöchigen Projekt „Gesunde Ernährung und nachhaltige Landwirtschaft“ besuchen alle Kinder der 5. Klassen einen Bio-Bauernhof. Dort erfahren sie

zum Beispiel, wie die Tiere natürlich aufwachsen oder wie man Getreide verarbeitet. In unserer Lehrküche lernen die Schüler, mit Bio-Produkten der Saison zu kochen. In Zusammenarbeit mit dem Schulrestaurant organisieren sie dann eine Präsentation der Ergebnisse. Auf diese Weise profitiert die ganze Schule.

Andreas Giese: Dass die Projekte ganzheitlich und umfassend sind und alle Menschen, die täglich mit der Schule Kontakt haben, beteiligt werden, ist mir als pädagogischem Leiter der Schule sehr wichtig. So lernen nicht nur die Schüler eine verantwortungsbewusste Ernährung, sondern auch das Kollegium bildet sich intensiv fort, um Projekte zur Gesundheitserziehung unterrichten zu können. Die Eltern werden über eine Kooperationsvereinbarung von Beginn an einbezogen.

TK: Das Projekt „Gesunde Schule“ ist also auch nicht auf bestimmte Jahrgänge beschränkt?

Andreas Giese: Nein, es bezieht alle Jahrgänge ein. Damit Präventionsmaßnahmen echte Wirkung zeigen, ist es wichtig, sie hoch wachsen zu lassen. Natürlich müssen Form und Inhalt der Gesundheitsförderung aber an jeden Jahrgang angepasst sein. Jugendliche sind zum Beispiel für das Thema „gesunde Ernährung“ nicht mehr so einfach zu gewinnen.

TK: Dann greifen Sie für diese Altersstufe andere Gesundheitsthemen auf?

Andreas Giese: Genau. Hier bieten wir zum Beispiel eher Projekte zum Thema Suchtprävention an. Auch

unser Wahlpflichtfach „Gesundheit und Bewegung“ kommt gut bei den älteren Schülern an. Wir haben einen Psychomotorik-Raum, in dem man sich hervorragend entspannen oder eben auch bewegen kann – das schafft auch einen Kontrapunkt zum Wettkampf, der ja sonst in der Schule überall präsent ist. Darüber hinaus haben wir Anti-Mobbing- und Anti-Gewalt-Projekte. Dort erarbeiten die Jugendlichen einen „Gewalt-Atlas“ und gestalten eine Plakatwand, aus der hervorgeht, wo sie in ihrer näheren Umgebung mit Gewalt konfrontiert sind. Hier versuchen wir dann entgegenzuwirken, mehr Aufsicht zu schaffen und die Schüler auf ihren Wegen zu begleiten. Wenn die Prävention mal nicht greift, dann arbeiten wir auch mit bürgernahen Polizeibeamten zusammen.

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

Präventionsförderung bei der TK

Die TK ist vom Gesetzgeber aufgefordert, Präventionskonzepte zu fördern. Dieser Aufforderung kommt sie erfolgreich nach: 2004 bis Ende 2008 wurden 478 Schulen mit insgesamt 1.737.000 Euro gefördert. Im ersten Quartal 2009 belief sich die Summe auf 32.160 Euro.

Schulentwicklung als Gesundheitsförderung



Prozess der Schulentwicklung: Im Rahmen des Setting-Ansatzes unternimmt die Schule unterschiedliche Schritte in ihrer Organisationsentwicklung – wie das Interview zeigt, mit eigenen thematischen Schwerpunkten.

Quelle: Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen: Gemeinsame und einheitliche Evaluationsverfahren zu §§ 20 und 20a SGB V, Anwenderhandbuch Evaluation Teil 3: Evaluation von Gesundheitsförderung im Setting Schule in der Fassung vom September 2008.



**Thomas Lindner,
Küchenchef des Schulrestaurants:**

Wir arbeiten mit Medizинern und Ernährungsfachleuten zusammen. Unser Nahrungskonzept folgt dem Prinzip „Optimix“, was für „Optimierte Mischkost“, also eine ausgewogene und vielfältige Ernährung steht. Wir legen großen Wert auf eine fettarme und nährstoffschonende Zubereitung. Die Küche ist jetzt seit gut einem Jahr in Betrieb. Das Restaurant ist jeden Tag gut besucht, und die Kinder zeigen sich sehr probierfreudig.

Winnie Reinecke, 5. Klasse:

Ich glaube schon, dass ich mich gesund ernähre. Obst und Gemüse esse ich eigentlich jeden Tag. Auch ein richtiges Frühstück ist wichtig, um gut in den Tag zu starten. Über Ernährung weiß ich einiges. Auch, in welchen Lebensmitteln versteckte Fette sind. Schokocreme zum Beispiel ist eine richtige Fettbombe.

Timo Stölting, 8. Klasse:

Den Kurs „Gesundheit und Bewegung“ habe ich als Wahlpflichtkurs belegt. Hier können wir mal ohne Leistungs- und Wettkampfdruck Sport treiben. Wenn man nicht so gut in Ballsportarten ist oder Angst vor Geräteturnen hat – in kleinen Gruppen kann man solche Unsicherheiten gut abbauen. Hier geht es mal nicht ums Gewinnen oder Verlieren. Jeder macht das, was ihm liegt, in seinem Tempo. Ganz wichtig: In dieser Gruppe sind wir mit behinderten Kindern zusammen. Helfen ist dann für uns alle ein Thema.

Christine Rothe, Mitglied des Elternrats:

Besonders für berufstätige Eltern, die nicht schon am frühen Nachmittag zu Hause sein können, ist es wirklich beruhigend, dass unsere Schule eine eigene Küche hat. Bei der Verwirklichung der „Gesunden Schule“ arbeiten die Eltern aktiv mit. Wir haben beispielsweise gerade eine Umfrage gestartet, um Genaueres darüber zu erfahren, wie das Prinzip Ganztagschule zusammen mit dem Schulrestaurant ankommt.



Der TK-Gesundheitsreport 2009 zeigt, dass psychische Erkrankungen deutlich häufiger vorkommen, als es Krankschreibungen und Arzneimittelrezepte bisher vermuten ließen. In einer Kooperation mit dem Hamburger Institut für Burnout-Prävention bietet die TK Unterstützung zur rechten Zeit.

Arbeiten bis zum Umfallen?

Diplom-Sozialpädagogin Helen Maja Heinemann, Institut für Burnout-Prävention (IBP), Hamburg

TK: Ist Burnout eine Modekrankheit?

H. M. Heinemann: Burnout ist eine Begleitscheinung der modernen Arbeitswelt, die aber nicht als „Modekrankheit“ verharmlost werden darf. Studien zeigen, dass es sich um eine weit verbreitete psychische Erkrankung mit erheblichen gesellschaftlichen

Folgen handelt. So gehen Schätzungen davon aus, dass Burnout und andere stressbedingte Diagnosen bis zum Jahr 2020 an die zweite Stelle der weltweit häufigsten Krankheiten rücken werden.

TK: Wen trifft Burnout besonders häufig?

H. M. Heinemann: Betroffen sind vor allem Personen, in deren Beruf ständig Dienst an anderen Menschen geleistet werden muss. Um ein Beispiel zu nennen:



Neuere Untersuchungen haben ergeben, dass zwischen 40 und 60 Prozent der Pflegekräfte und 15 bis 30 Prozent der Ärzte an Burnout-Symptomen leiden. Auch viele Angestellte, beispielsweise aus der Kundenbetreuung, oder Personen, die an modernen Telearbeitsplätzen wie in Callcentern arbeiten, sind betroffen. Viele dieser Angestellten befinden sich in einem Vorstadium zum Burnout. Prävention ist hier also eine wichtige Maßnahme.

TK: Wo genau setzt Ihr Programm zum Schutz vor Burnout an?

H. M. Heinemann: Ein Burnout tritt nie plötzlich ein. Das Gefühl des Ausgebranntseins macht sich vielmehr in einem schleichenden Prozess bemerkbar. Daher ist es wichtig, möglichst schon den Beginn einer Burnout-Krise richtig zu deuten, den Betroffenen also zu helfen, solange sie noch keine körperlichen Symptome haben. Unser Programm setzt daher in dieser kritischen Entstehungsphase an.

TK: Welche Symptome deuten denn auf einen Einstieg in die Burnout-Krise hin?

H. M. Heinemann: Zu Beginn einer Krise geben Betroffene ein durchaus positives Erscheinungsbild ab: Sie erledigen ihre Arbeit aktiv, dynamisch und

zupackend, haben aber für nichts anderes mehr richtig Zeit. Eigene Bedürfnisse werden zunehmend verleugnet, zwischenmenschliche Kontakte – auch zu den engsten Angehörigen – spürbar vernachlässigt. Schließlich wird das Überengagement durch eine große, sich ausbreitende Erschöpfung ausgebremst. Erst nach dieser Rückzugsphase stellen sich die Symptome ein, die letztendlich zur Arbeitsunfähigkeit führen. Diese können sehr unterschiedlich aussehen. Sie reichen von allgemeinen Schwächegefühlen über Kopf-, Magen- oder Rückenschmerzen bis zu handfesten depressiven Verstimmungen.

TK: Wann kommen Betroffene also zu Ihnen?

H. M. Heinemann: Die Kursteilnehmer kommen zu uns, wenn ihre Leistungsfähigkeit schon deutlich unter dem liegt, was sie eigentlich zu leisten imstande wären. Sie fühlen sich erschöpft und kraftlos, befinden sich also in der Rückzugsphase.

TK: Welche Hilfen bieten Ihre Kurse, damit aus der beginnenden Krise keine dauerhafte psychische Erkrankung wird?

H. M. Heinemann: Wir versuchen zunächst gemeinsam mit dem Teilnehmer, die Ursache für die sich anbahnende körperliche und emotionale Erschöpfung herauszufinden. Diese muss übrigens nicht zwangsläufig im beruflichen Umfeld liegen, sondern kann auch in einer Überbelastung im Privatleben bestehen. In der Regel haben unsere Teilnehmer schon viel über ihre belastende Lebenssituation nachgedacht, sind aber immer wieder zu dem Ergebnis gekommen, dass sich an ihrer Lage derzeit nichts ändern lässt. In kleinen Gruppen und im intensiven Austausch mit zwei Kursleitern lernen die Teilnehmer daher, ihre Situation aus einem neuen Blickwinkel zu betrachten und so Möglichkeiten zu entwickeln, ihrem inneren Hamsterrad zu entkommen.

TK: Welche Möglichkeiten sind das?

H. M. Heinemann: Unserer Erfahrung nach haben burnout-gefährdete Menschen von sich aus eine hohe Leistungsbereitschaft. Unser Ziel ist, dass die Kursteilnehmer die Ansprüche an sich selbst herunterfahren und ihre überhöhte Selbsteinschätzung korrigieren. Durch angeleitete Reflektion des beruflichen und privaten Alltags lernen sie, realistische Erwartungen und Ziele zu entwickeln und ihr Lebens- und Arbeitsumfeld so anzupassen, dass die seelische Stabilität wiederhergestellt wird.

TK: Wie sieht ein Arbeitsumfeld aus, in dem Burnout keine Chance hat?

H. M. Heinemann: Wichtig sind klare Zielvorgaben und Aufgabenstellungen. Erfolge sollten anerkannt und nicht als selbstverständlich hingenommen werden. Autonomie und Entscheidungsfreiheit sind zwei weitere Punkte, die gerade für kreative und intelligente Menschen sehr wichtig sind. Ein guter Arbeitgeber schränkt daher seine Mitarbeiter weder übermäßig ein noch überfordert er sie.

Weitere Informationen unter www.tk-online.de mit dem Suchwort „Burnout-Prävention“ sowie unter www.work-life-balancing.de



Fast 70 Prozent aller Schwangerschaften werden heute als „Risiko“ eingestuft. Der Kaiserschnitt auf Wunsch ermöglicht werdenden Eltern eine planbare Geburt mit scheinbar verringertem Risiko. Doch evidenzbasiert ist dieses Vorgehen nicht. Frühe Hebammenberatung vor der Geburt soll helfen, Ängste abzubauen.

Mehr Entscheidungskompetenz für werdende Eltern



Dr. Bärbel Basters-Hoffmann,
Evangelisches Diakoniekrankenhaus Freiburg

TK: Der Kaiserschnitt auf Wunsch ist heute salonfähig. Hat das mit erhöhtem Sicherheitsdenken zu tun?

Dr. Basters-Hoffmann: Eine Kaiserschnittquote von 12 bis 15 Prozent ist, auch laut Stellungnahme der Weltgesundheitsorganisation (WHO), zweifelsohne medizinisch notwendig. Jeder Geburtshelfer ist dankbar für diese hervorragende Methode, die – in begründeten Fällen eingesetzt – das Leben von Mutter und Kind retten kann. Der stetige Anstieg der Kaiserschnittquoten lässt sich damit aber nicht erklären. Dem liegen andere Faktoren zugrunde, etwa der Wunsch nach Risikominimierung für Mutter und Kind oder die Planbarkeit der Geburt durch den Kaiserschnitt. Auch die Illusion einer schmerzlosen Geburt und gewisse Lifestyle-Effekte spielen eine Rolle. Dass der Kaiserschnitt trotz allen medizinischen Fortschritts eine große Operation ist und bleibt, die mit Risiken für Mutter und Kind verbunden ist, wird leicht vergessen.

TK: Sie sehen vor allem die Hebamme als wichtige Ansprechpartnerin. In Kooperation mit der TK und dem Landeshebammenverband Baden-Württemberg haben Sie Informationskonzepte erarbeitet. Was war das Ziel?

Dr. Basters-Hoffmann: Mit unserer Vortragsreihe wurden die Hebammen darüber aufgeklärt, dass sie werdende Mütter auch schon vor der Geburt beraten können. Früher war das nicht so einfach möglich. Erst seit Sommer 2007 bekommen Hebammen diese Leistung bezahlt.

Aus meiner Sicht sollte eine ausführliche Beratung durch eine Hebamme unbedingt schon früh in der Schwangerschaft erfolgen. Die Hebamme ist dann nicht nur diejenige, die während der Geburt und im Wochenbett begleitet, sondern durchaus auch die, die schon während der ersten Schwangerschaftswochen zur Seite steht. In einem solchen Beratungsgespräch wird Raum geschaffen, Sorgen und Nöte anzusprechen und Vorstellungen über die anstehende Geburt zu thematisieren. Das baut Ängste – zumal oft unbegründete – ab und stärkt so die Entscheidungskompetenz der werdenden Eltern.

TK: Wird denn die Entscheidung „Kaiserschnitt – ja oder nein“ schon so lange vor der Geburt gefällt?

Dr. Basters-Hoffmann: Unserer Erfahrung nach ist das so – und leider liegen dieser Entscheidung in vielen Fällen unrealistische Vorstellungen und irrationale Ängste zugrunde. Hier anzusetzen und für eine



Alles auf Wunsch?

Die Zahl der Geburten per Kaiserschnitt hat rasant zugenommen. Während früher nur im Notfall per Operation entbunden wurde, erblickt heute in Deutschland etwa jedes vierte Baby mit Hilfe des Chirurgen das Licht der Welt. In den vergangenen zehn Jahren hat sich die Kaiserschnittquote in Deutschland von 17 auf 27 Prozent erhöht. Je nach Bundesland und Region liegen die Raten sogar bei bis zu 36 Prozent.

fundierte Beratung zu sorgen, ist unser Ziel. Erschreckenderweise steigen die Kaiserschnittquoten seit Jahren. Das lässt erkennen, dass hier Kriterien eine Rolle spielen, die jenseits der medizinischen Notwendigkeit liegen. Auch die Praxis lehrt uns das: Denn tatsächlich haben seit den 80er Jahren weder Mütter noch Kinder von den weiter gestiegenen Kaiserschnittquoten profitiert. Die Geburtsausgänge haben sich nicht weiter verbessert.

Aber es gibt auch Beispiele entgegen dem Trend. Unsere holländischen Nachbarn kommen nach wie vor mit einer Kaiserschnittquote von unter 15 Prozent aus, und auch an wenigen deutschen Standorten wird diese von der WHO empfohlene Rate erreicht. Das und auch die Tatsache großer regionaler Unterschiede bei den Kaiserschnittquoten legt nahe, dass

die erschreckende Tendenz hin zur medikalisierten Geburt nicht rational zu begründen ist.

TK: Was haben Sie mit der frühzeitigen Beratung schon erreicht?

Dr. Basters-Hoffmann: Die neuen Regelungen mussten zunächst einmal bekannt werden – unter den Hebammen genauso wie unter den Schwangeren. Dies bedurfte einiger Anlaufzeit. Daher lässt sich statistisch gesehen noch nichts sagen.

Aus meiner ärztlichen Sicht weiß ich aber, dass das Beratungsangebot gut ankommt. Den Frauen wird Raum für Fragen geboten, für deren Klärung sonst keine Gelegenheit bestünde. Damit wird ein Kontrapunkt gesetzt zu den normalerweise recht kurzen ärztlichen Kontrollen. Und letztlich ist ja nur die Frau, die frühzeitig und umfassend beraten wird, auch wirklich in der Lage, selbstbestimmt über die Geburt zu entscheiden. Dementsprechend ist dieses neue Beratungsangebot ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung – mit fundierter Information mehr Entscheidungskompetenz bei werdenden Eltern zu erreichen.

Weitere Informationen unter www.tk-online.de/lv-baden-wuerttemberg

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
Zeil 105, 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-nrw@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: Anja Fließgarten, Britta Surholt-Rauer und bsmo.de; Gestaltung: Arman Mobeseri; Fotos: Andreas.Friese.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 018 02 - 64 85 64 (ab 6 Cent pro Gespräch, abhängig vom Anbieter) können Versicherte exklusiv beim **TK-Ärztzentrum** schnell und kompetent Antworten auf ihre medizinischen Fragen erhalten.

Das **TK-Familientelefon** erreichen Sie unter 018 02 - 85 00 00 (ab 6 Cent pro Gespräch, abhängig vom Anbieter).

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 zur PDF-Datei

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

Mit Klick auf + öffnen sich weitere Lesezeichen zum Text. 

Klicken sie auf + des ersten Lesezeichens  **Bedienungsfunktionen für Sehbehinderte, Vorlesen mit Adobe Reader**, um zu Befehlen für diese Datei sowie zu [Links](#) für weitere Infos und Downloads zu kommen.

Soweit vorhanden, sind [Internetlinks](#) im Text zielgenau aktiv und zusätzlich als  **Lesezeichen** angelegt. (Neue Icons bei Reader 8: )

Um den vollen Funktionsumfang zu nutzen, öffnen Sie diese Datei mit dem Adobe Reader 6, 7 oder 8 und nicht mit dem Plug-In Ihres Browsers.

Ihre Leseoptionen

Die Datei öffnet in Ganzseitendarstellung  (Strg+0). Die  Lesezeichen öffnen Seiten in der jeweils von Ihnen eingestellten Größe.

Nächste Vergrößerungsstufe ist Anzeige Fensterbreite  (Strg+2).

Durch Klicken in den Text  wird die Textspalte auf die volle Fensterbreite vergrößert. Weitere Klicks führen Sie bis zum Textende eines Kapitels und zur Ausgangsansicht zurück. Der Zeiger muss für diese Funktion so  aussehen.

Eine weitere Vergrößerung bringt das Schließen des Lesezeichenfensters durch Klick auf die Registerkarte "Lesezeichen" (oder Alt+A-N-L).

Benötigen Sie sehr große Schrift, wählen Sie das Lezeichen  >Flexiblen Zeilen-

umbruch und Größe einstellen.

Alternativ: Strg+4 (Zeilenumbruch), dann mit Strg+ oder Strg- den Zoomfaktor einstellen.

Achtung: Die Anzeige "flexibler Zeilenumbruch" ist manchmal fehlerhaft.

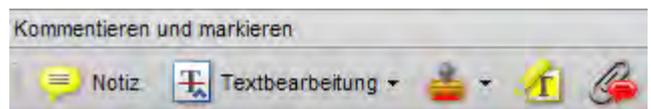
Vorleseoption mit Adobe Reader

Der vermutlich voreingestellte Sprecher "Microsoft Sam" muss gegen deutsche Sprecher ausgetauscht werden: Nutzen Sie die  **Infos zum Vorlesen ... und Download deutscher Sprecher**, um deutsche Sprecher zu installieren.

Wählen Sie unter  **Bedienungsfunktionen** das Lesezeichen  >Seite vorlesen durch Adobe Reader (Strg+Shift+V). Sie beenden das Lesen mit  Ende vorlesen (Strg+Shift+E).

Achtung ab Reader 8: Vor dem Lesen muss mit Strg+Shift+Y (Menü: >Anzeige >Sprachausgabe) die Sprachausgabe aktiviert werden. Neue Funktion: Dann können Sie auch mit dem Auswahl-Werkzeug (V)  in einen Absatz klicken, der Ihnen dann vorgelesen wird.

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



Kommentieren und markieren Sie mit dem  Hervorheben- und Notiz-Werkzeug. Klicken Sie [HIER](#) um die Kommentar- und Notiz-Werkzeuge an- und abzuschaalten. Sie schaffen mit Kommentaren Ihre eigene [Navigationsebene](#).