



Sicherheit und Innovation

Neue Wege – neue Chancen 2014/2015



Techniker
Krankenkasse

Gesund in die Zukunft.



Versorgung weiter denken

Das deutsche Gesundheitswesen steht einmal mehr vor einem Zeitenwechsel. Während die vergangenen Jahre von Überschüssen gekennzeichnet waren, werden die kommenden allen Prognosen nach von einer schwierigen Finanzsituation geprägt sein. Die zentrale Herausforderung wird indes gleich bleiben: Wie lässt sich für die Versicherten eine bestmögliche Versorgung gewährleisten? Eine Frage, die sich die Techniker Krankenkasse (TK) seit ihrem Bestehen stets stellt – und auf die sie immer wieder neue Antworten findet.

Mit „Sicherheit und Innovation“ zeigt die TK, was es konkret heißt, wenn man für seine Kunden aktiv die medizinische Versorgung gestaltet. Wir wollen unseren Versicherten genau die Versorgungsangebote bieten, die ihren Bedürfnissen und Wünschen entsprechen. Gemeinsam mit unseren Partnern präsentieren wir in dieser Broschüre Beispiele für Projekte und Initiativen, die wir als wegweisend für das deutsche Gesundheitswesen ansehen. Unsere konsequente Kundenorientierung bedeutet auch, gemeinsam mit Leistungserbringern und Kooperationspartnern echte Innovationen voranzutreiben und zu etablieren.

„Sicherheit und Innovation“ hat drei inhaltliche Schwerpunkte: Qualität, Patientenkompetenz und Innovation. Diese zunächst abstrakten Begriffe füllen wir auf den folgenden Seiten mit Leben. So bekommen Sie eine konkrete Vorstellung davon, wie wir mehr Qualität in der Versorgung verwirklichen, Patientenkompetenz fördern und Innovation ermöglichen.

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

Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre!

Hamburg, im Mai 2014



PS: Sie möchten die Broschüre digital mit multimedialen Zusatzinhalten z. B. auf Ihrem Tablet lesen? Scannen Sie einfach den nebenstehenden QR-Code – so gelangen Sie zur Internetausgabe der Broschüre auf tk.de. Alternativ

können Sie das Heft auch unter www.tk.de, **Webcode 643562**, aufrufen.

Inhalt

TK und Qualität

Den Schmerz im Griff

Im Deutschen Kinderschmerzszentrum lernen Kinder und Jugendliche, mit chronischen Schmerzen umzugehen

6

Neue Wege für mehr Qualität

Interview mit Prof. Dr. Attila Altiner, Universitätsmedizin Rostock, über das PraxisNetz Mecklenburg-Vorpommern und die Idee dahinter

10

Ein Netzwerk für den Alltag

Wie das NetzWerk psychische Gesundheit Patienten ermöglicht, auch im Krisenfall in ihrer gewohnten Umgebung zu bleiben

12

Fit wie ein Profi

Interview mit Dr. Thomas Bartels, Sportklinik Halle, über sportmedizinische Behandlungen und den Unterschied zwischen Normalbürgern und Spitzensportlern

14

Ein Manager für alle Fälle

Warum eine persönliche Betreuung jungen Patienten hilft, besser mit einer transplantierten Niere zu leben

16

TK und Patientenkompetenz

Telefon-Coach statt Krankenhaus

Interview mit Prof. Dr. Babette Renneberg, Freie Universität Berlin, zum Telefon-Coaching der TK und zu den Möglichkeiten, sich selbst zu helfen

22

Hilft mir das?

Interview mit Dr. Jutta Hübner, Deutsche Krebsgesellschaft Berlin, über das Bedürfnis von Krebspatienten, selbst etwas für ihre Genesung zu tun

24

Virtuelle Rückkehr ins reale Leben

Interview mit Benjamin Wockenfuß, Hessische Landesstelle für Suchtfragen, darüber, ab wann Online-Konsum zum Problem wird und wie man Betroffene unterstützen kann

26

TK und Innovation

Starke Unterstützung für schwache Herzen

Warum die Wachstation der Uniklinik Heidelberg Modellcharakter für die Behandlung von Patienten mit schwerer Herzschwäche hat

30

Präzise Strahlen gegen Muskelknoten

Interview mit Dr. György Lövey, FUS-Zentrum Bottrop, über ein neues Verfahren gegen gutartige Tumoren in der Gebärmutter

34

Smarter Rat fürs Ungeborene

Interview mit der Kronshagener Frauenärztin Dr. Doris Scharrel über die Unterschiede zwischen digitalen Schwangerschaftsratgebern und das Angebot der Mommy-App

36

„Ich will, dass auch andere schaffen, was ich geschafft habe“

Das Ambulanticum Herdecke hilft Patienten mit schweren Hirnschäden, wieder eigenständig zu sein

38

Ansprechpartner

42

TK und Qualität

Wie können wir unsere Versicherten im Krankheitsfall bestmöglich versorgen?
Auf den folgenden Seiten lesen Sie Beispiele dafür, wie wir diese Frage gemeinsam mit unseren Partnern beantworten.

Den Schmerz im Griff

Im Deutschen Kinderschmerzszentrum lernen Kinder und Jugendliche, mit chronischen Schmerzen umzugehen

6

Neue Wege für mehr Qualität

Interview mit Prof. Dr. Attila Altiner, Universitätsmedizin Rostock, über das PraxisNetz Mecklenburg-Vorpommern und die Idee dahinter

10

Ein Netzwerk für den Alltag

Wie das NetzWerk psychische Gesundheit Patienten ermöglicht, auch im Krisenfall in ihrer gewohnten Umgebung zu bleiben

12

Fit wie ein Profi

Interview mit Dr. Thomas Bartels, Sportklinik Halle, über sportmedizinische Behandlungen und den Unterschied zwischen Normalbürgern und Spitzensportlern

14

Ein Manager für alle Fälle

Warum eine persönliche Betreuung jungen Patienten hilft, besser mit einer transplantierten Niere zu leben

16



„Nierentransplantierte Jugendliche wollen oft nichts mit ihrer Krankheit zu tun haben, vergessen die Tabletten, halten vereinbarte Regeln nicht ein und verschitzen Termine. Deshalb müssen wir uns besonders intensiv um unsere heranwachsenden Patienten kümmern.“

Prof. Dr. Lars Pape ist leitender Oberarzt der Klinik für Pädiatrische Nieren-, Leber- und Stoffwechselerkrankungen an der Medizinischen Hochschule Hannover.

Das Deutsche Kinderschmerzzentrum in Datteln ist bundesweit das einzige seiner Art. Hier behandeln Experten jedes Jahr etwa 850 chronisch schmerzkrank Kinder nach einem eigens entwickelten und erprobten Konzept. Zwei von drei Kindern gelten nach ihrer Entlassung als geheilt.

Den Schmerz im Griff

Wer die Flure des Kinderschmerzentrums Datteln entlangläuft, vergisst, dass er sich in einer Klinik befindet. Hier tragen die Ärzte und Pfleger Jeans und T-Shirts, die Wände sind in warmen Gelbtönen gestrichen, und statt kahler Krankenzimmer mit unbequemen Betten gibt es gemütliche „Kojen“. Und doch ist die Station „Leuchtturm“ das vorübergehende Zuhause von 19 schwer kranken Kindern. Viele von ihnen leiden seit Jahren unter andauernden Schmerzen.

Schätzungsweise 350.000 Kinder sind hierzulande chronisch schmerzkrank. Sie werden vor allem von Kopf- und Bauchschmerzen geplagt. „Das Problem nimmt von Jahr zu Jahr zu“, weiß Boris Zernikow, Leiter und Initiator des Deutschen Kinderschmerz-

zentrums in Datteln. Häufige Auslöser sind Stressfaktoren wie Überforderung in der Schule oder die Trennung der Eltern. Nicht immer werden die betroffenen Kinder gut versorgt. Oft gelten sie als Simulanten oder psychische Problemfälle. Viele Kinderärzte wissen nicht, wie sie mit den jungen Schmerzpatienten umgehen sollen, behandeln sie falsch oder gar nicht.

Eine stille Epidemie

„Man sieht den Kindern die Schmerzen nicht an, das ist ein Riesensproblem“, sagt Zernikow. Als stille Epidemie fänden chronische Schmerzen bei Kindern viel weniger Beachtung als eine offensichtliche Fettsucht oder das als Zappelphilipp-Syndrom

bekannte ADHS. Oft vergehen Monate und Jahre, in denen Physiotherapeuten, Psychologen, Kinderärzte und Heilpraktiker erfolglos an den unsichtbaren Symptomen herumdoktern. Bleiben chronische Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen jedoch unbehandelt oder verfehlt die Therapie ihre Wirkung, leiden diese Kinder überdurchschnittlich häufig auch noch als Erwachsene an Schmerzen.

Das Deutsche Kinderschmerzzentrum in Datteln zeigt, dass es anders geht. Hier kümmern sich Schmerzmediziner und Psychologen, speziell ausgebildete Therapeuten sowie extra geschultes Pflegepersonal intensiv um die 8- bis 18-Jährigen. „Uns liegt es sehr am Herzen, Kindern und Jugendlichen dabei zu helfen, ihre



Boris Zernikow hat bereits 2002 in Datteln eine Schmerzambulanz für Kinder gegründet.



Die Experten des Kinderschmerzzentrums erklären den Patienten, wie chronische Schmerzen entstehen. So sollen diese ihre Bedrohlichkeit verlieren.

chronischen Schmerzen in den Griff zu bekommen und wieder selbstbestimmt zu leben“, sagt Zernikow. Die Klinik ist bundesweit die einzige ihrer Art. Die hier praktizierte multimodale Therapie verspricht Studien zufolge die besten Erfolge bei den kleinen Schmerzpatienten. Sie kombiniert Aufklärung, Medikamente, psychologische Interventionen, Ablenkungs- und Entspannungstechniken sowie körperliche Aktivitäten. Weltweit gibt es nur zwei vergleichbare Einrichtungen: in Kanada und in den USA.

Therapie und Forschung sind in Datteln gebündelt

Die Schmerzexperten in Datteln behandeln seit über zehn Jahren Kinder. Im Jahr 2002 gründete der Kinderkrebsarzt Zernikow zunächst die Schmerzambulanz, sechs Jahre später folgte die Schmerzstation „Leuchtturm“. Seit 2012 sind auch Forschung und Lehre in das Kinderschmerzzent-

rum Datteln integriert. „Die Forschung zum kindlichen Schmerz ist weltweit stark unterrepräsentiert“, weiß Zernikow. Das will man in Datteln ändern. Durch die Bündelung von Therapie und Forschung sollen die Kinderschmerzmedizin weiter vorangetrieben und die Versorgung der Kinder hierzulande verbessert werden.

Physiologisch gesehen sind akute Schmerzen ein Warnsignal des Körpers. Sie verhindern, dass wir Dinge tun, die unsere Gewebe und Organe schädigen. Bei chronischen Schmerzen gerät dieser Mechanismus aus dem Lot: Die Betroffenen spüren Schmerzen, obwohl es dafür keinen Anlass gibt, vor dem gewarnt werden müsste. „Der Schmerz selbst wird zur Krankheit“, erklärt Zernikow. Auf Dauer verändert auch das Gehirn seine Strukturen und Funktionen: Hirnareale, die Schmerzen registrieren und bewerten, wachsen. Die Schmerzweiterleitung wird verstärkt, schmerzhem-

mende Systeme treten in den Hintergrund. Das Gehirn hat sich ganz auf die Schmerzen „eingerrichtet“.

Auch die 11-jährige Lea (Name v. d. Red. geändert) aus Köln leidet unter chronischen Schmerzen. Zunächst plagen sie nach einer schlimmen Erkältung entzündete Nasennebenhöhlen. Der heftige Druck hinter Stirn und Wangen strahlt bis in ihren Kopf aus. Lea nimmt Nasenspray, das die Schleimhäute abschwillt, pflanzliche Medikamente und inhaliert. Weil nichts hilft, schluckt sie bald auch Antibiotika und Schmerzmittel – ebenfalls erfolglos. Nach einem halben Jahr wandelt sich das Druckgefühl. „Ich hatte ständig Kopfschmerzen“, erinnert sich Lea. Die andauernde Qual macht aus dem quirligen Mädchen ein stilles Kind; statt sich mit ihren Freundinnen zu verabreden, verkriecht sich Lea lieber in ihrem Zimmer und lauscht Hörspielen. Im Unterricht kann sie sich nur schlecht konzentrieren; im Zeugnis vermerken die Lehrer 100 Fehlstunden.

Das Gehirn kann Schmerzen wieder vergessen

Die Experten in Datteln gehen davon aus, dass ein Gehirn, das Schmerzen gelernt hat, diese auch wieder vergessen kann. Dazu nutzen die Schmerzmediziner verschiedene Ansätze. Einer davon: informieren. „Schmerzen haben mit Angst zu tun“, erklärt Zernikow. „Wenn wir den Kindern erklären, wie chronische Schmerzen entstehen, verlieren diese ihre Bedrohlichkeit.“ Und wer sich sicher ist, dass weder Tumor noch Entzündung für die Beschwerden verantwortlich sind, schont sich auch weniger. „Die Kinder sollen in der schützenden Umgebung der Klinik ihr antrainiertes Vermeidungsverhalten aufgeben“, sagt Zernikow. Wer wegen seiner Beschwerden keinen Sport getrieben hat, muss in Datteln wieder turnen. Wer nur noch auf einer Zahnleiste gekaut hat, soll wieder beide benutzen.

Fast jedes zweite Kind, das mit seinen Eltern zum Erstgespräch in die Ambulanz kommt, nehmen die Ärzte stationär auf. Erwünschter Nebeneffekt: Die kleinen Patienten kommen raus aus dem Alltag mit ihren verunsicherten und hilflosen Eltern. Oft hat der Schmerz zu Hause ihren



gesamten Tag bestimmt. In Datteln lernen sie wieder, ein normales und geregeltes Leben zu führen. Hier sitzen sie mit ihren Mitpatienten am Tisch und essen täglich drei gesunde Mahlzeiten. Nachts schlafen sie, statt stundenlang vor dem Computer oder dem Fernseher herumzuhängen und literweise Cola zu trinken. „Vor allem bei Kopfschmerzpatienten können gesündere Lebensgewohnheiten helfen, aktiv zu leben und den Schmerz in den Hintergrund zu drängen“, weiß Zernikow. „Irgendwann wird der Schmerz dann auch geringer.“

In Datteln erkennt Lea, dass auch andere Kinder Schmerzen haben. „Geredet haben wir untereinander wenig darüber“, erzählt Lea. Doch sie sieht die Fortschritte ihrer Mitpatienten und hofft, selbst bald schmerzfrei zu sein.

Die Kinder bleiben durchschnittlich drei Wochen in der Klinik. „Dieser Zeitraum hat sich als besonders effektiv erwiesen“, erklärt Zernikow. Für die kleinen Patienten ist die Trennung von Familie und Freunden überschaubar, und die Therapeuten haben genug Zeit, mit den Kindern zu arbeiten. Schrittweise lernen sie in der Klinik, die Schmerzen zu akzeptieren und ihnen weniger Raum zu geben. Entspannungsübungen und kleine Tricks helfen ihnen dabei. „Wenn ich Schmerzen habe, stelle ich mir einen besonders schönen Ort vor“, erzählt Lea. In Gedanken versetzt sie sich in ein großes Gebirge mit vielen Tieren und Pflanzen. „Dort können mich die Schmerzen nicht finden.“

Für den Therapieerfolg ist es wichtig, in der Klinik Gelerntes tatsächlich im häuslichen Umfeld umzusetzen. Deshalb schicken die Dattelner Therapeuten ihre Patienten nach zwei Wochen probeweise nach Hause. Dann gehen sie, wie sonst üblich, vormittags zur Schule. Am Nachmittag sollen sie sich mit Freunden verabreden oder zum Training gehen. „Die meisten Kinder meistern diesen Ausflug mit Bravour“, erzählt Zernikow. Das Ziel der Belastungsprobe: Die Kinder sollen sich ein Leben

ohne Schmerzen wieder vorstellen können. Das spornt sie für den verbleibenden Aufenthalt in der Klinik an und verhindert, dass sie zu Hause in alte Muster zurückfallen.

Auch die Eltern müssen umdenken

Doch nicht nur die Kinder lernen in Datteln, mit dem Schmerz anders umzugehen. Auch die Eltern müssen umdenken. Statt sich ständig nach den Schmerzen zu erkundigen und ihre Sprösslinge zu schonen, sollen Eltern ihre schmerzkranken Kinder dazu ermutigen, die Beschwerden zu akzeptieren und mit ihnen zu leben. „Kinder, die durch Nachfragen immer wieder an ihre Schmerzen erinnert werden, empfinden diese auch stärker“, erklärt Zernikow. „Die Eltern sind Teil der Verstärkung, indem sie auf die Schmerzen und die Angst vor ihnen fokussieren.“ Diesen unheilvollen Kreislauf gilt es zu durchbrechen. Dafür laden die Therapeuten in Datteln die Eltern während des Klinikaufenthaltes ihrer Kinder jede Woche zu familientherapeutischen Sitzungen ein.

Daneben können betroffene Eltern und behandelnde Ärzte die Schmerzmediziner der Klinik telefonisch und per Mail um Rat fragen. Zudem

geben die Dattelner Ärzte ihr Wissen in Workshops weiter: „Wir bilden ganze Teams anderer Kliniken aus, damit sie ihre Schmerzpatienten richtig behandeln“, sagt Zernikow.

Der Erfolg gibt Zernikow und seinen Leuten recht: Zwei von drei Kindern gelten nach der Entlassung aus Datteln als geheilt. Sie leiden nicht mehr unter chronischen Schmerzen. Die restlichen Kinder haben deutlich weniger Beschwerden.

Auch Lea hat ein halbes Jahr nach der Entlassung aus dem Kinderschmerzzentrum nur noch ganz selten Kopfschmerzen. Nicht einen Tag hat sie seit dem vergangenen April in der Schule gefehlt. Wenn es doch mal wieder losgeht mit den Schmerzen, taucht sie einfach ab in ihre imaginäre Gebirgswelt. Denn so weit kommen die Schmerzen nicht.



Prof. Dr. Boris Zernikow, Facharzt für Pädiatrie und Leiter des Deutschen Kinderschmerzentrums in Datteln

Hintergrund: Deutsches Kinderschmerzzentrum Datteln

Das Deutsche Kinderschmerzzentrum in Datteln ist das einzige seiner Art in Deutschland; weltweit gibt es nur zwei weitere vergleichbare Einrichtungen. Jedes Jahr behandeln die Therapeuten rund 240 Kinder mit chronischen Schmerzen stationär und 600 weitere in der Ambulanz. Mit einer Überweisung vom Kinderarzt können Eltern ihre Kinder telefonisch anmelden. Derzeit warten die Familien etwa zwei Monate auf einen Termin in der Ambulanz. Das Angebot des Kinderschmerzentrums Datteln ist bundesweit offen. Patienten, die 100 Kilometer und mehr von Datteln entfernt wohnen, behandeln die Schmerzmediziner nach dem ersten ambulanten Termin bevorzugt stationär.

Die TK unterstützt das Zentrum durch die Mitgliedschaft von Dr. Jens Baas, dem Vorsitzenden des Vorstands der TK, im Beirat. Das Deutsche Kinderschmerzzentrum ist über einen Kooperationsvertrag Mitglied im TK-Netzwerk Spitzenmedizin für Kinder in NRW.

Ausführliche Informationen zum TK-Netzwerk Spitzenmedizin für Kinder in NRW gibt es unter www.tk.de, Webcode 612242.



Kurze Wartezeiten auf einen Arzttermin, Therapien, die dem neuesten wissenschaftlichen Standard entsprechen, Ärzte, die sich fachübergreifend untereinander austauschen: Ein Praxisnetzwerk in Mecklenburg-Vorpommern bietet Patienten eine sektorenübergreifende und somit bessere Versorgung.

Neue Wege für mehr Qualität



Prof. Dr. Attila Altiner, Facharzt für Allgemeinmedizin und Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Rostock

TK: Herr Professor Altiner, Sie sind wissenschaftlicher Berater des Praxis-Netzes (PN) in Mecklenburg-Vorpommern. Was hat Sie zur Mitarbeit an diesem Projekt motiviert?

Prof. Altiner: Das PraxisNetz ist aus Sicht des Versorgungsforschers ein spannendes Projekt, weil es die Zusammenarbeit zwischen den Fachleuten im ambulanten, klinischen und forschenden Bereich verbessern will. Hier geht das PN neue Wege.

TK: Was genau ist Ihre Rolle dabei?

Prof. Altiner: Wir sehen uns als Partner, die alle Kompetenzen zusammenführen. Da sind einerseits Ärzte der einzelnen Fachrichtungen, die zukünftig mehr kooperieren sollen. Da ist

andererseits die Techniker Krankenkasse (TK), die viele wichtige Daten generiert und daraus Fragestellungen entwickeln kann. Und dann gibt es noch Forscher wie uns, die daraus wissenschaftlich fundierte Lösungsvorschläge entwickeln und sie ins PN weitergeben. Wir beraten also die Ärzte, Physiotherapeuten und Kollegen und machen Vorschläge, wie sie Prozesse weiterentwickeln können. Die Ärzte melden uns zurück, ob sich unsere Ideen in der Praxis bewähren und etabliert werden können. Im PN lässt sich in geschütztem Rahmen auch Neues ausprobieren – und so langfristig die Qualität der Versorgung verbessern.

TK: Erklären Sie an einem konkreten Beispiel, wie das im Alltag funktioniert.

Prof. Altiner: Nehmen wir Patienten mit einer Depression. Wir wissen, dass es in der hausärztlichen Versorgung nicht einfach ist, dieses Krankheitsbild überhaupt zu erkennen und dann über die für den jeweiligen Patienten am besten geeignete Therapie zu entscheiden.

TK: Was können Sie dem Arzt für diese Fälle anbieten?

Prof. Altiner: Für diese Fälle haben wir als allgemeinmedizinische Versorgungsforscher aus Marburg und Rostock eine computergestützte Entscheidungshilfe entwickelt. Sie hilft wirksam dabei, mit Patienten, bei denen eine Depression vorliegen könnte, ein offenes diagnostisches Gespräch zu führen. Der Hausarzt bekommt damit ein wissenschaftlich fundiertes Werkzeug an die Hand, mit dem er, sofern tatsächlich eine Depression vorliegen sollte, gemeinsam mit dem Patienten über die passendste Therapie entscheiden kann.

TK: Warum ist es aus wissenschaftlicher Perspektive sinnvoll, dieses Versorgungsmodell gerade in Mecklenburg-Vorpommern zu etablieren?

Prof. Altiner: Das Land bietet gute und bundesweit besondere Bedingungen. Denn im Hinblick auf die gesamt-demografische Entwicklung zeigt die Region, wie es bald auch in

den meisten anderen Bundesländern aussehen wird: Wir haben hier einen schnell wachsenden Anteil älterer und damit kränkerer Einwohner. Gleichzeitig bestehen Schwierigkeiten, in dem am dünnsten besiedelten Bundesland flächendeckend ambulante ärztliche Versorgungsstrukturen vorzuhalten. Damit die Patienten weiterhin bestmöglich versorgt werden, müssen wir Antworten finden, wie mit diesen Herausforderungen umzugehen ist.

TK: Was ist also das Ziel des PN?

Prof. Altiner: Für die Patienten soll das Netzwerk einen gezielteren und schnelleren Arztzugang bringen. Ältere Patienten ab 60 Jahre erhalten eine besondere Arzneimittelberatung, um schädliche Arzneinebenwirkungen zu vermeiden und die Adhärenz zu erhöhen. Generell sollen die Versicherten zukünftig weder unter- noch überversorgt werden. Fehl- oder Nichtdiagnosen sollen ebenso vermieden werden wie Doppeluntersuchungen oder unnötige Arztkonsultationen: Die Kooperation mit Kollegen kann die Arbeitsbelastung reduzieren. Außerdem berät die TK die teilnehmenden Ärzte, um die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln sowie häuslicher Pflege zu verbessern.

TK: Therapieberatung für Ärzte bieten auch andere Projekte. Was macht den Unterschied?

Prof. Altiner: Der Austausch zwischen Praxis und Forschung. Denn das PN ermöglicht die direkte Kommunikation einerseits zwischen den praktizierenden Ärzten, andererseits mit uns Versorgungsforschern. Die Ärzte spiegeln also auch der Wissenschaft wider, was im Alltag funktioniert und was nicht. Das PN kann damit den Kerngedanken der Versorgungsforschung umsetzen: Eine wissenschaftliche Idee wird direkt auf ihre Praxistauglichkeit überprüft. Wir erwarten, dass das positiv auf die Zufriedenheit von Patienten und Ärzten wirkt und dass die Lebensqualität der Kranken steigt. Vornehmlich geht es uns darum, dass die Patienten angemessen und damit hochwertig versorgt werden.

TK: Dann ist das PraxisNetz also ein innovatives Projekt?

Prof. Altiner: Auf jeden Fall, denn die TK kann damit inhaltlich Prozesse anstoßen, die die Qualität der medizinischen Versorgung verbessern. Zwischen den Akteuren im Gesundheitswesen gibt es heute immer noch viele Vorbehalte. Wenn das PN es schafft, dass Ärzte untereinander und mit den Mitarbeitern der TK mehr als bisher sprechen und kooperieren, ist das ein großer Schritt in die richtige Richtung. Die Behandlung wird besser auf jeden einzelnen Patienten und dessen Bedürfnisse zugeschnitten sein.

Weitere Informationen unter www.tk.de, Webcode 612536.

Hintergrund: PraxisNetz „Der zufriedene Patient“

In dem PraxisNetz arbeiten zurzeit über 60 Ärzte sektorenübergreifend an vier Standorten zusammen: in Rostock, Schwerin, Stralsund und Wismar. Das Netzwerk verknüpft haus- und spezialisierte fachärztliche Tätigkeiten, die TK schließt mit ausgesuchten Ärzten Integrationsverträge beispielsweise für ambulante Operationen ab.

Das Projekt haben die TK und die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern entwickelt. Seit Projektbeginn im April 2010 haben sich mehr als 4.800 Versicherte für das PraxisNetz entschieden. Einer Patientenbefragung 2013 zufolge sind 93 Prozent von ihnen zufrieden.



Ambulante Versorgungsnetze wie das NetzWerk psychische Gesundheit begleiten psychisch Kranke in ihrem gewohnten häuslichen Umfeld – und verbessern so langfristig deren Heilungschancen. Statt immer wieder im Krankenhaus zu landen, werden die Patienten vor Ort unterstützt. Der Berliner Träger Pinel zeigt, wie das mit der TK entwickelte Konzept umgesetzt wird.

Ein Netzwerk für den Alltag

Von außen sieht die Ladenwohnung im Berliner Bezirk Schöneberg aus wie viele andere. Große Fenster gestatten den Blick in die Räume, eine breite Treppe führt hinauf zu einer Wohnküche. Doch für psychisch kranke Menschen in einer akuten Krise ist die Wohnung ein Rückzugsort, wenn ansonsten nur eine Klinik in Betracht gekommen wäre. Rund um die Uhr können Menschen hier anklopfen und, wenn nötig, für mehrere Tage oder Wochen Unterschlupf finden.

Der Ort ist Teil des NetzWerks psychische Gesundheit (NWpG) der TK. Kerngedanke des Projekts: psychisch Kranke mithilfe eines professionell aufgestellten Netzwerks in ihrem gewohnten privaten und beruflichen Umfeld ambulant zu begleiten. Im NWpG arbeiten deshalb Psychologen, Krankenpfleger, Sozialarbeiter und andere Experten im Team eng zusammen. Jeder Klient bekommt einen persönlichen Bezugsbegleiter an die Seite gestellt. Bei akut massiven Problemen steht eine ambulante Krisenbegleitung jederzeit zur Verfügung, notfalls in Form der Krisenpension.

Das größte ambulante Angebot bundesweit

Die TK bietet das Konzept im Rahmen der Integrierten Versorgung seit 2009 an. Mittlerweile gibt es 13 Verträge in 11 Bundesländern – sowohl

in ländlichen Gebieten als auch in den großen Metropolen. Rund 8.000 Teilnehmer sind über Deutschland verteilt eingeschrieben. Das NWpG ist damit das größte Angebot zur ambulanten Versorgung psychisch Kranker bundesweit. Es hilft ihnen, ohne dass sie ihrem familiären, beruflichen und sozialen Kontext entrissen werden.

„Durch die persönliche, bedarfsgerechte Ansprache werden oder bleiben unsere Klienten selbstständig.“ Der feste Ansprechpartner begleitet die Versicherten im Alltag, entwirft mit ihnen individuelle Vorbeugestrategien und erkennt rechtzeitig Frühwarnzeichen, die eine drohende Krise ankündigen. Über die Zeit entwickelt sich ein persönliches, vertrauensvolles Verhältnis.

Ein persönlicher Betreuer ist immer erreichbar

Droht doch eine akute Krise, sind die Fachärzte, die Sozialarbeiter, Psychologen und Fachpfleger rund um die Uhr erreichbar – für eine telefonische Beratung, für einen Hausbesuch oder in der Krisenpension. „Selbst wenn ein Krankenhausaufenthalt notwendig ist, bleibt der Kontakt zum Bezugsbegleiter bestehen“, berichtet Greußel. „Wünscht sich der Patient, dass seine Angehörigen in die Behandlung einbezogen werden, koordinieren wir auch das.“

Die Patienten profitieren von der engmaschigen Betreuung am Wohnort. Viele Betroffene bekommen ihr Leben besser als zuvor geregelt. Thomas Vogelsang, der fachliche Leiter des Netzwerkes, führt das auch auf die regelmäßigen Netzwerkgespräche zurück. „Alle Menschen, die im Alltag des Klienten eine Rolle spielen, laden wir dazu ein“, erklärt



Viele Klinikeinweisungen können so verhindert werden.

In der Hauptstadt hat die TK mit der Pinel-Gesellschaft einen Vertrag geschlossen. „Unsere Angebote sind maßgeschneidert“, erklärt deren Geschäftsführer Marius Greußel.



Passgenaue Hilfe: Marius Greuèl und sein Team bieten psychisch Kranken individuelle Unterstützung.

Thomas Vogelsang von Pinel: vom Partner über die Kinder bis hin zum betreuenden Psychiater. „Manchmal sitzen wir mit zehn Leuten um den Tisch.“ Im offenen Dialog klärt die Runde, wie sie den Klienten konkret unterstützen kann.

So autonom wie möglich werden

„Entscheidend für den Betreuungserfolg ist auch, dass wir im NetzWerk auf Augenhöhe miteinander sprechen“, berichtet Vogelsang. „So fühlt sich der Patient ernst genommen und eingebunden. Er wird als eigener Experte wahrgenommen.“ Hilfe zur Selbsthilfe sozusagen. Durch diese Begleitung wird er so unterstützt, dass er auch selbst formulieren kann, wie er sich das Zusammenleben mit seinen Angehörigen, Freunden oder Nachbarn wünscht. Die Patienten sollen wieder so autonom wie möglich, chronische Entwicklungen verhindert werden. Gelingt all das, erfolgt der „Drehtüreffekt“ seltener. Darunter verstehen Experten das Phänomen, dass psychisch kranke Patienten nach einer stationären Behandlung innerhalb weniger Monate erneut in der Klinik landen – und das, obwohl eine ambulante Behandlung möglich wäre.

Das Konzept scheint in Berlin und an anderen bundesweiten Standort aufzugehen, wie eine erste Auswertung

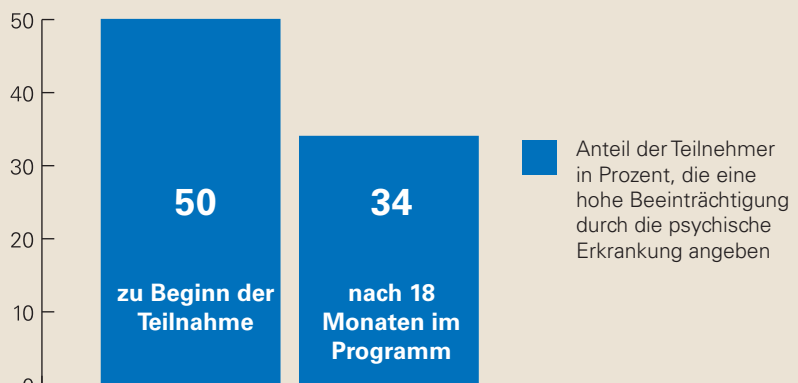
durch die TK zeigt: Psychisch Kranke, die das Angebot wahrnehmen, fühlen sich nachweislich besser behandelt. Und sie müssen wie erhofft seltener wieder in die Klinik.



**Marius Greuèl,
Geschäftsführer der
Pinel gGmbH, Berlin**

Eine Übersicht der Standorte des NetzWerks und weitere Informationen gibt es unter www.tk.de, Webcode 208398.

Teilnehmer des NetzWerks psychische Gesundheit profitieren von der persönlichen Betreuung vor Ort



Das NetzWerk kann selbst schwer kranken Patienten helfen. So sinkt die Zahl der Teilnehmer, die unter einer hohen Beeinträchtigung durch ihre Krankheit leiden, innerhalb von 18 Monaten von 50 auf 34 Prozent.

Quelle/Grafik: Techniker Krankenkasse

Um möglichst schnell zurück im Wettkampf zu sein, unterziehen sich verletzte Spitzensportler oft speziellen und besonders intensiven Therapien. Damit auch Freizeitsportler schnell wieder ihre Schuhe schnüren können, hat die TK einen Vertrag mit der Sportklinik Halle geschlossen. Dort kurieren die Spezialisten Handballprofis und Hobbykicker mit den gleichen Methoden.

Fit wie ein Profi



Dr. Thomas Bartels,
Facharzt für Ortho-
pädie, Rheumatolo-
gie und Sportmedi-
zin, Sportklinik Halle

TK: Herr Dr. Bartels, wie unterscheidet sich die Behandlung eines Spitzensportlers nach einer Sportverletzung von der eines Normalbürgers?

Dr. Bartels: Der größte Unterschied besteht bei der Rehabilitation. Der Breitensportler geht jeden zweiten oder dritten Tag in die Reha-Einrichtung; seine Therapie endet nach vier bis sechs Wochen. Ein Leistungssportler trainiert über etwa ein halbes Jahr mindestens einmal am Tag in der Reha – eben bis er seinem Sport wieder wie gewohnt nachgehen kann.

TK: Welches Ziel hat der eine, welches der andere?

Dr. Bartels: Top-Athlet wie Freizeitsportler sollen so schnell wie möglich wieder arbeiten gehen. Für den Profi heißt das, schnell wieder Sport zu treiben. Kann er das nicht, gilt er als berufsunfähig – und kostet so die Verwaltungs-Berufsgenossenschaft viel Geld. Ob der Freizeitsportler wieder trainieren kann, steht nicht im Vordergrund. In unserer Klinik verfolgen wir allerdings ein anderes Konzept.

TK: Und wie sieht das konkret aus?

Dr. Bartels: Wir machen jeden Patienten – Breiten- wie Leistungssportler – für Beruf und Freizeit wieder voll einsatzfähig. Der Breitensportler bekommt dabei genau den gleichen

Komfort wie der Leistungssportler. Das umfasst die operativen Maßnahmen und die Rehabilitation.

TK: Welche Leistungen bekommen TK-Versicherte durch den Versorgungsvertrag mit Ihrer Klinik?

Dr. Bartels: Vor allem erhalten die TK-Versicherten eine intensive Rehabilitation, die weit über das herkömmliche Maß hinausgeht. Außerdem bieten wir eine ärztliche Zweitmeinung durch einen Spezialisten unserer Klinik sowie eine osteopathische Grunduntersuchung an. Die Patienten können im Anschluss an den Eingriff ohne Mehrkosten in unserer Klinik übernachten, obwohl das nach ambulanten Operationen, wie wir sie durchführen, nicht üblich ist. Aber es ist natürlich sehr komfortabel.





TK: Wie unterscheidet sich die Rehabilitation in Ihrer Klinik von der in anderen Einrichtungen?

Dr. Bartels: In unserer Klinik bieten wir Rehabilitation nach den neuesten sportwissenschaftlichen Forschungsergebnissen an. Bei uns trainieren die Patienten nicht nur konditionelle Fähigkeiten wie Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit und Schnelligkeit. Wir legen auch großen Wert auf Koordination, Tiefensensibilität und Sensorik. Dafür haben wir in der Sportklinik Halle modernste Geräte wie die Elektromyostimulation (EMS). Damit können die Patienten ganz gezielt bestimmte Muskelgruppen trainieren. Jeder Patient bekommt letztlich ein ganz individuelles, auf seine Bedürfnisse abgestimmtes Trainingsprogramm.

TK: Was versprechen Sie sich von dem Spezialtraining?

Dr. Bartels: Durch die Verletzung und die Operation sind zahlreiche Nervenbahnen unterbrochen. Der Körper muss erst wieder lernen, die einzelnen neuronalen und muskulären Strukturen aufeinander abzustimmen. Diese Anpassungs- und Lernprozesse unterstützen wir durch gezielte Übungen.

TK: Warum trainieren Ihre Patienten ihre Koordination?

Dr. Bartels: Nur wer eine ausgeprägte Koordination hat, kann sich flüssig, geschickt und ökonomisch bewegen. Koordinationsschwächen bergen außerdem erneute Unfall- und Verletzungsgefahren. Je besser ein Sportler also seine Bewegungen kontrollieren und sich verändernde Situationen erfassen kann, desto besser wird er diese motorisch lösen können. Studien haben beispielsweise gezeigt, dass Sportler extrem schnell – im Bereich von weniger als 200 Millisekunden Reaktionszeit – reagieren müssen, wenn sie beispielsweise überraschend gefoult werden. Solche koordinatorisch anspruchsvollen Reflexmechanismen müssen trainiert werden.

TK: Weshalb ist die TK gerade mit Ihrer Klinik den Vertrag eingegangen?

Dr. Bartels: Wir haben gezeigt, dass wir den Patienten innerhalb kürzester

Zeit ihre volle Arbeits- und Lebensqualität zurückgeben können. Um das zu erreichen, nutzen wir eine umfassende Diagnostik sowie modernste Behandlungsverfahren und -techniken bei operativen und anschließenden rehabilitativen Therapien.

TK: Welche Indikationen umfasst der Vertrag, und wie häufig sind diese?

Dr. Bartels: Unsere Spezialität sind minimalinvasive Eingriffe. Wir bieten alle arthroskopischen Behandlungstechniken an Hüftgelenk, Kniegelenk, Schulter, Handgelenk, Sprunggelenk und Ellenbogen an. Besonders häufig ersetzen wir gerissene Kreuzbänder am Kniegelenk durch eine körpereigene Sehne. Natürlich behandeln wir auch die Begleitverletzungen der Menisken und des Gelenkknorpels bis hin zur Knorpelzelltransplantation. Insgesamt führen wir rund 3.500 Eingriffe jährlich durch.

Wo gibt es das Angebot „Behandelt wie ein Spitzensportler“?

Neben dem Vertrag mit der Sportklinik Halle in Sachsen-Anhalt hat die TK Vereinbarungen mit weiteren Einrichtungen im Bundesgebiet geschlossen. Eine aktuelle Übersicht der TK-Kooperationspartner mit dem Angebot „Behandelt wie ein Spitzensportler“ erhalten Sie unter www.tk.de, Webcode 575150.

Transplantierte müssen lebenslang Medikamente einnehmen, damit das Immunsystem das fremde Organ dauerhaft akzeptiert. Besonders Kindern und Jugendlichen fällt es mitunter schwer, sich an die Vorgaben der Ärzte zu halten. Etwa 10 Prozent der Organe werden besonders auch deshalb wieder abgestoßen. Die Medizinische Hochschule Hannover betreut Heranwachsende und deren Familien mit einem eigens für sie entwickelten Konzept.

Ein Manager für alle Fälle

An der Pinnwand im Warteraum des KfH*-Nierenzentrums hängt zwischen Adresszetteln, Urlaubskarten und einem Infoblatt zum Outdoor-Tag der Klinik ein übergroßes Poster. Der Schriftzug verrät, was viele der hier täglich ein- und ausgehenden Patienten und ihre Ärzte umtreibt: „Dialyse ist doof“ steht da in großen Lettern.

„Dialyse ist der medizinische Fachausdruck für künstliche ‚Blutwäsche‘“, erklärt Lars Pape. Er ist Leiter des an der Kinderklinik der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) angesiedelten Nierenzentrums. Mediziner wie Pape versuchen das Blutreinigungsverfahren zu verhindern, indem sie den meisten ihrer Patienten schon vor der Dialysepflicht eine fremde Niere transplan-

tieren. „Ein neues, fremdes Organ schränkt die Kinder und Jugendlichen langfristig weniger ein als eine Blutwäsche alle zwei bis drei Tage“, sagt Pape.

Transplantierte werden lebenslang medizinisch betreut

Doch mit dem Eingriff ist es längst nicht getan. Eine Organtransplanti-

Warum überhaupt Transplantation oder Dialyse?

Nötig wird die Transplantation – oder die Dialyse – bei einer schweren Niereninsuffizienz. Dabei sind die Nieren so geschädigt, dass sie es nicht mehr schaffen, den Körper von schädlichen Substanzen und überflüssigem Wasser zu befreien. Häufigster Grund für eine Niereninsuffizienz bei Kindern sind angeborene Fehlbildungen im harnableitenden System. Die Medizinische Hochschule Hannover gehört mit 10 bis 20 Nierentransplantationen bei Kindern und Jugendlichen im Jahr zu den größten Zentren in Deutschland.

* KfH – Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation e. V.



Lars Pape hat für die ersten Patienten des Programms selbst die Rolle des Fallmanagers übernommen.



Fit für die Zeit nach der Transplantation: In Hannover werden die Kinder und Jugendlichen auch zu Ernährungsthemen beraten.

on zieht eine lebenslange medizinische Betreuung nach sich, die im Kindes- und Jugendalter ganz eigenen Anforderungen genügen muss. Im Schnitt werden etwa 10 Prozent der Organe gerade bei Jugendlichen abgestoßen, weil die jungen Patienten sich nicht an die ärztlichen Ratschläge, beispielsweise zur Medikamenteneinnahme, halten. Diese Situation zu verbessern, ist zentrales Ziel eines Vertrags zur Integrierten Versorgung, den die MHH mit der TK geschlossen hat.

„Dreh- und Angelpunkt des Programms sind die sogenannten Fallmanager“, erklärt Pape. Sie bereiten die Transplantation vor, kümmern sich um die Unterbringung der Eltern während der stationären Therapien und um die ambulante Nachsorge. Sie koordinieren die einzelnen Untersuchungen, klären offene organisatorische Fragen und regeln die Rehabilitation. Kinder erhalten, falls notwendig, eine zusätzliche psychologische Betreuung. Im Nierenzentrum Hannover hat Pape für die ersten Patienten des Programms selbst die Rolle des Fallmanagers übernommen.

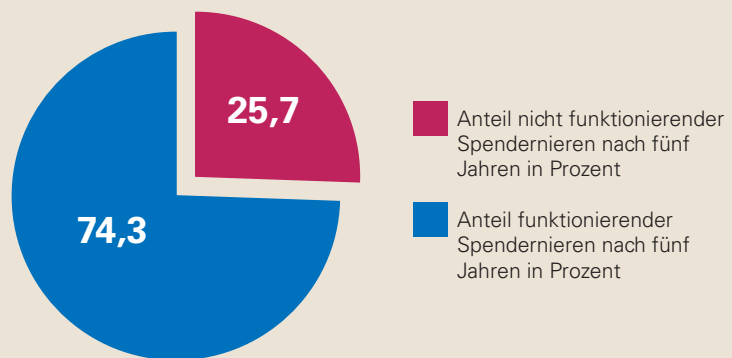
„Eine enge Bezugsperson kann viel abfangen“

Vor allem bei Jugendlichen, die sich pubertätsbedingt vom Elternhaus abnabeln, zahlt sich die enge Betreuung durch den Fallmanager aus: „Sie wollen oft nichts mit ihrer Krankheit zu tun haben, vergessen die Tabletten, halten vereinbarte Regeln nicht ein und verschwitzen Termine“, ver-

deutlicht Pape. „Deshalb müssen wir uns besonders intensiv um unsere heranwachsenden Patienten kümmern, sonst hat das schnell gravierende Folgen.“ So besteht ohne die Tabletten, die die körpereigene Immunabwehr unterdrücken, die Gefahr, dass der Körper das verpflanzte Organ abstößt. „Hier übernimmt der Fallmanager eine wichtige Rolle“, erklärt der Kindernierenexperte. „Von Heranwachsenden mit Diabetes, Epilepsie oder Bluterkrankheit weiß man, dass er als enge Bezugsperson viel abfangen kann.“

Weiterer zentraler Punkt ist die Rehabilitation der Patienten. Damit die Spenderniere möglichst lange arbeitet, ist es sehr wichtig, dass die Patienten regelmäßig an professionellen Rehabilitationsmaßnahmen mit Schulungen teilnehmen. Sie lernen dort die Zusammenhänge ihrer Erkrankung kennen, bekommen Tipps zur Ernährung und den Umgang mit Medikamenten.

Fünf-Jahres-Transplantatfunktionsrate bei Nierentransplantationen in Deutschland



Ungefähr jede vierte transplantierte Niere erfüllt nach fünf Jahren ihre Funktion nicht mehr ausreichend. Auch diese Zahl zeigt, wie wichtig eine gute Nachsorge bei Organtransplantationen ist.

Quelle: Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO), Grafik: Techniker Krankenkasse



Deshalb haben die MHH und die TK mit zwei Reha-Einrichtungen Kooperationsverträge geschlossen. Das sind einerseits der Ederhof in Stronach in Österreich und andererseits die IFA-Rehaklinik in Kölpinsee auf der Insel Usedom. Beide Rehabilitationskliniken sind auf nierentransplantierte Kinder spezialisiert. Patienten, die an dem TK-Programm teilnehmen, ist eine Rehabilitation in einer dieser beiden Einrichtungen alle zwei Jahre garantiert.

Die regelmäßige Reha hilft der ganzen Familie

Die beiden Kliniken helfen der gesamten Familie, insbesondere den Geschwisterkindern, die belastenden Situationen besser zu verarbeiten. Denn auch nach der Transplantation ist der familiäre Alltag oftmals von der Nierenerkrankung der Patienten geprägt. Damit sie lernen, mit der Situation umzugehen, arbeitet beispielsweise der Ederhof im Rahmen eines familientherapeutischen Ansatzes mit den Beteiligten. Ziel ist es, durch geeignete Maßnahmen familiäre Konflikte abzubauen und den familiären Zusammenhalt zu fördern und zu unterstützen.

Neben der familientherapeutischen Beratung stehen auch gemeinsame Freizeitaktivitäten mit Geschwistern und anderen Familienangehörigen auf dem Programm. „Die Rehabilitation kann also dazu beitragen, dass die gesamte Familie wieder in ihren normalen Ablauf zurückfindet – und die betroffenen Patienten nach ihrer Nierentransplantation optimal versorgt werden“, fasst Pape die Maßnahme zusammen.

Weitere Informationen unter www.tk.de, Webcode 612486.



Prof. Dr. Lars Pape, Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin und leitender Oberarzt der Klinik für Pädiatrische Nieren-, Leber- und Stoffwechselerkrankungen an der Medizinischen Hochschule Hannover

Nierentransplantationen: Die Situation in Deutschland

Etwa 8.000 Dialysepatienten warten in Deutschland auf eine Nierentransplantation. Ihre Zahl ist fast dreimal so hoch wie die der pro Jahr übertragenen Organe. Die durchschnittliche Wartezeit auf eine Transplantation beträgt etwa fünf bis sechs Jahre. Für Kinder ist eine frühzeitige Nierentransplantation besonders wichtig, da ihre körperliche und seelische Entwicklung durch die Dialyse erheblich beeinträchtigt ist. Deshalb erhalten Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren einen Sonderbonus in der Platzierung auf der Warteliste.



Prüfender Blick: Lars Pape muss die Funktionsfähigkeit der neuen Niere regelmäßig kontrollieren.

TK und Patientenkompetenz

Über 70 Prozent der Menschen in Deutschland möchten in Gesundheitsfragen alleine oder mit dem Arzt gemeinsam entscheiden. Wir unterstützen diesen Wunsch und haben Angebote mit dem Ziel, die Kompetenzen von Patienten zu stärken.

Telefon-Coach statt Krankenhaus


Interview mit Prof. Dr. Babette Renneberg, Freie Universität Berlin, zum Telefon-Coaching der TK und zu den Möglichkeiten, sich selbst zu helfen **22**

Hilft mir das?

Interview mit Dr. Jutta Hübner, Deutsche Krebsgesellschaft Berlin, über das Bedürfnis von Krebspatienten selbst etwas für ihre Genesung zu tun **24**

Virtuelle Rückkehr ins reale Leben

Interview mit Benjamin Wockenfuß, Hessische Landesstelle für Suchtfragen, darüber, ab wann Online-Konsum zum Problem wird und wie man Betroffene unterstützen kann **26**



” Bei der Internetsucht ist es schwer, Betroffene überhaupt zu erreichen. Unser Ansatz ist: Wir treffen die User dort, wo sie sind, wo sie tagtäglich ihre Zeit verbringen.“

Benjamin Wockenfuß ist Suchttherapeut und koordiniert das Projekt Webcare bei der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen in Frankfurt am Main.



Profitieren schwer kranke Diabetiker, Herzkranke oder Bluthochdruckpatienten von einem telefonischen Training, das sie zu einem gesundheitsbewussten Verhalten motiviert? Eine Studie zum Angebot der TK zeigt: Das Coaching lohnt sich, es macht Kranke belegbar gesünder.

Telefon-Coach statt Krankenhaus



Prof. Dr. Babette Renneberg, Professorin für klinische Psychologie und Psychotherapie an der Freien Universität Berlin

TK: Frau Professorin Renneberg, die TK bietet schwer kranken Diabetikern, Herzkranken und Bluthochdruckpatienten ein regelmäßiges Telefon-Coaching an. Im Mittelpunkt der Gespräche steht das Ziel, die Patienten zu motivieren, sich gesundheitsbewusst zu verhalten. Sie haben das Angebot wissenschaftlich untersucht. Was können wir aus den Ergebnissen lernen?

Prof. Renneberg: Die klare Botschaft lautet: Gesundheitscoaching wirkt! Die von der TK initiierte und von uns konzipierte Studie belegt nach wissenschaftlichen Kriterien: Werden schwerkranke Patienten kontinuierlich durch Telefongespräche motiviert, nehmen sie ihre Medikamente regelmäßiger ein, sie bewältigen ihre Krankheit erfolgreicher und müssen seltener ins Krankenhaus. Die Begleitung mindert ihr Risiko von Folgeerkrankungen und verbessert ihr Wohlbefinden. Die Studie bestätigt, dass das eigene Verhalten einen großen Einfluss auf die persönliche Befindlichkeit hat.

TK: Was passiert mit den Patienten während des Coachings?

Prof. Renneberg: Das Telefon-Coaching arbeitet mit Mitteln, die die Selbstwirksamkeit erhöhen. Der Begriff beschreibt im psychologischen Sinne, inwieweit man sich selbst für kompetent hält, Einfluss auf die eigene Gesundheit zu nehmen. So formuliert der Patient dem Coach gegenüber bis zum nächsten Telefonat ein persönliches Ziel. Das motiviert ihn, bis dahin durchzuhalten. Erreicht er dieses Ziel, kann er das dem Coach als Erfolg vermelden – seine Selbstwirksamkeit ist unbemerkt deutlich gewachsen. Und auch das subjektive Gesundheitsempfinden ändert sich.

TK: Was heißt es, dass sich das subjektive Gesundheitsempfinden des Patienten ändert?

Prof. Renneberg: Der Patient fühlt sich besser, weil er das Gefühl hat, selbst positiv auf seine Gesundheit Einfluss zu nehmen und weil sich seine Beschwerden tatsächlich bessern. Er wird nicht dazu verdammt, ein bestimmtes Verhalten zu ändern – er verändert es selbst. Der Coach hat vorher nur Vorschläge gemacht. Er geht auf die konkrete Situation des Patienten ein und gibt ihm das Gefühl, auf nichts verzichten zu müssen. Beispiel Diabetes: Der Coach verbietet nicht das geliebte Stück Käsetorte. Er appelliert eher an den Patienten, darüber nachzudenken, ob ihm der kurzfristige Genuss des Kuchens oder ein langfristig gut eingestellter Blutzucker wichtiger ist. Der Coach steigert die Motivation, den Kuchen doch lieber wegzulassen.

TK: Was sind die Vorteile einer regelmäßigen telefonischen Ansprache?

Prof. Renneberg: Wichtig ist der individuelle Ansatz. Wollen wir die Gesundheit fördern, müssen wir bereit sein, jeden Patienten an „seiner eigenen Haltestelle abzuholen“. Der Coach hat die Zeit, sich auf die persönlichen Bedürfnisse und den Wissensstand des Patienten einzustellen. Medizinische Zusammenhänge, die der Patient vielleicht nicht verstanden oder wieder vergessen hat, erklärt er ebenso wie die Folgen, die sie für den Alltag haben.

TK: Können Sie ein konkretes Beispiel nennen, was der Telefon-Coach den Patienten praktisch rät?

Prof. Renneberg: Patienten mit Herzschwäche dürfen beispielsweise nicht zu viel trinken. Das schwache Herz kann zu viel Flüssigkeit nicht mehr

ausreichend in den Körper pumpen. Wie aber behält man den Überblick, wie viel man tatsächlich trinkt, gerade wenn in dem Haushalt mehrere Personen leben? Der Coach rät dann ganz simpel: Nehmen Sie sich eine Flasche und schreiben Sie Ihren Namen drauf.

TK: Ist das Telefon-Coaching nachhaltig?

Prof. Renneberg: Wir gehen davon aus, dass die einmal erreichten Erfolge bei vielen Patienten dauerhaft sind. Für den Zeitpunkt drei Monate nach Ende der Telefonate wissen wir das auch. Eine Überprüfung der längerfristigen Nachhaltigkeit des Gesundheitscoachings steht noch aus.

Hintergrund: Telefon-Coaching der TK

Seit 2008 geht die TK gezielt auf Diabetiker, Herzranke und Bluthochdruckpatienten zu, die so krank sind, dass sie ohne Unterstützung absehbar in nächster Zeit ins Krankenhaus müssten. Ihnen bietet sie ein Coaching an, das alle zwei Wochen ein halbstündiges Telefonat mit ihrem persönlichen Coach umfasst. Feste Bestandteile der Gespräche sind neben dem Selbstmanagement die Themen Bewegung und Ernährung, Einnahme von Medikamenten, Trinkverhalten und Rauchen.

Für die nun erschienene Studie hat Babette Renneberg mit ihrem Team an der Freien Universität Berlin insgesamt 2.656 Personen in eine Coaching- und eine Kontrollgruppe aufgeteilt. Die Teilnehmer hatten rund 11.300 Diagnosen. Über fünf Monate erhielten die Patienten aus der Coachinggruppe regelmäßige Telefonanrufe von fachkundigen Beratern, die anderen nicht.



Die Diagnose Krebs ist für Menschen ein Schock. Viele Erkrankte möchten selbst etwas für ihre Genesung tun. Diesen Wunsch unterstützt die TK. Sie hat deshalb mit der Deutschen Krebsgesellschaft ein Programm entwickelt, das Patienten zu Behandlungsmethoden berät, die eine schulmedizinische Krebstherapie ergänzen können.

Hilft mir das?



Dr. Jutta Hübner,
Fachärztin für innere
Medizin, Hämatologie
und Internistische
Onkologie und Vor-
sitzende der Arbeits-
gemeinschaft Prä-
vention und Integrative Onkologie
der Deutschen Krebsgesellschaft,
Berlin

TK: Frau Dr. Hübner, Sie beraten als Onkologin Patienten, die ihre schulmedizinische Krebstherapie beispielsweise mit Naturheilverfahren ergänzen wollen. Kritiker sagen, Komplementärmedizin bringt nichts im Kampf gegen Tumoren. Wäre es nicht besser, die Leute davon abzuhalten, statt sie zu beraten?

Dr. Hübner: Sie haben recht, die Wirkung solcher Therapien gegen den Krebs selbst ist wissenschaftlich nicht belegt. Wissenschaftler sprechen von fehlender Evidenz. Trotzdem können unterstützende Maßnahmen die Schulmedizin sinnvoll ergänzen. Zum Beispiel, wenn es darum geht, die Nebenwirkungen einer Chemotherapie abzumildern. Und: Die Nachfrage nach diesen Methoden ist groß, mehr als 70 Prozent der Krebspatienten sind interessiert. Wir wären schlecht beraten, dieses Bedürfnis schlicht zu ignorieren. Besser ist es, die Leute zu diesem Thema zu informieren und nicht einfach „Stopp“ zu rufen.

TK: Was genau wollen Sie dann mit dem Beratungsangebot erreichen?

Dr. Hübner: Wir wollen, dass Patienten die Komplementärmedizin verstehen, sie einordnen können und lernen, sie für sich zu nutzen. Wir möchten den Kranken helfen, sich kompe-

tent und autonom für einen persönlichen Weg zu entscheiden. Das bedeutet auch, neben den Chancen die Risiken von Anwendungen oder Medikamentenkombinationen zu kennen, wenn sie zum Beispiel Wechselwirkungen hervorrufen.

TK: Wie ist das Beratungsangebot aufgebaut?

Dr. Hübner: Das Programm funktioniert wie ein Baukasten: Es besteht aus einer Vortragsreihe, Videos, einer Broschüre, einem telefonischen Bera-

tungsangebot und individuellen Schulungen bei einem onkologischen Experten. Jeder Patient sucht sich das heraus, was ihn anspricht. Mit dem Angebot begegnen wir auch der großen Informationsflut: Oft fühlen sich die Patienten von Berichten in den Medien erschlagen und haben Probleme, seriöse Informationen von tendenziösen zu unterscheiden.

TK: Wie erklären Sie sich überhaupt die große Nachfrage nach einer begleitenden Krebstherapie?



Dr. Hübner: Sie befähigt Patienten, selbst etwas zu tun, aktiv an ihrer Heilung mitzuwirken. Die Patienten übernehmen die Regie. Wir wissen aus Befragungen: Eine große Mehrheit der Patienten wünscht sich, selbst etwas zur Behandlung beitragen zu können.

TK: Was unterscheidet das Programm von anderen Informationen zur Komplementärmedizin?

Dr. Hübner: Alle unsere Inhalte sind wissenschaftlich wasserdicht, neutral und unabhängig. Es gibt also beispielsweise keine kommerziellen Interessen dahinter, es soll nichts verkauft werden. Das Angebot wird außerdem kontinuierlich evaluiert. So bekommen wir ein Feedback, wo wir schon gut arbeiten und wo wir noch besser werden können.

TK: Wird das Programm mehr Akzeptanz für die Komplementärmedizin bei den Onkologen bringen?

Dr. Hübner: Das ist unsere große Hoffnung, deshalb haben wir auch einen Leitfaden für Ärzte entwickelt.

Doch wir müssen unterschiedliche Lager überzeugen. Einerseits sind das klassische Schulmediziner: Sie sind skeptisch und müssen aktiv einbezogen werden, mit ihnen wollen wir die Behandlung gemeinsam gestalten. Andererseits gibt es zunehmend Kliniken und Praxen, die sich Heilpraktiker, Heiler oder alternative Experten „einkaufen“. Sie reagieren damit auf die große Nachfrage. Diese Entwicklung beobachten wir

mit Sorge, denn sie gefährdet die wissenschaftlich fundierte Therapie. Und sie führt dazu, dass die Patienten nicht einen Arzt vor sich haben, sondern für jede Frage einen neuen Ansprechpartner brauchen.

Weitere Informationen unter www.tk.de, Webcode 617608.

Hintergrund: Was ist Komplementärmedizin?

Die Komplementärmedizin arbeitet biologisch basiert, nutzt Substanzen wie Nahrungsergänzungsmittel oder Kräuter. Daneben spielen aber auch Entspannungsverfahren oder Meditation eine große Rolle. In der Regel können die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten für komplementärmedizinische Methoden nicht übernehmen. Es ist jedoch ein Anliegen der TK, ihren Versicherten seriöse Informationen zu diesem Thema zu geben.

Nicht zu verwechseln ist die Komplementärmedizin mit der Alternativmedizin: Letztere ergänzt nicht die Schulmedizin, sondern wird an ihrer Stelle eingesetzt.



Pausenlos Push-Nachrichten am Smartphone checken, sich nachts um drei noch schnell ins soziale Netzwerk einloggen – ist das normal oder schon übertrieben? Das Projekt Webcare stellt Internetnutzern genau diese Frage. Wer sich ein Problem mit der virtuellen Dauerpräsenz eingesteht, dem macht Webcare ein Angebot: Hilfe zur Selbsthilfe, um wieder bewusst mit dem Netz umgehen zu können.

Virtuelle Rückkehr ins reale Leben



Benjamin Wockenfuß, Suchttherapeut und Projektkoordinator von Webcare bei der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen (HLS) in Frankfurt am Main

TK: Herr Wockenfuß, das Internet ist als Arbeits- und Freizeitmedium nicht mehr aus dem Alltag wegzudenken. Ab wann wird der Netzkonsum zum Problem?

Benjamin Wockenfuß: Das ist von User zu User unterschiedlich. Medizinisch ist die Internet- und Computersucht noch nicht klassifiziert. Die Anzeichen sind aber ähnlich wie bei anderen Süchten: Es gibt Entzugssymptome, der Konsum muss immer weiter gesteigert werden und es besteht eine große Gefahr des Rückfalls. Hellhörig sollte werden, wer sich sozial mehr und mehr isoliert. Und wer eine veränderte Zeitwahrnehmung hat, also so viel Zeit vor dem Rechner oder mit dem Smartphone verbringt, dass alles andere unwichtig wird.

TK: Wie entstand die Idee für das Projekt Webcare?

Benjamin Wockenfuß: Anders als bei der Drogen- oder Alkoholsucht werden die bestehenden Selbsthilfesysteme von den Betroffenen kaum angenommen. Das sind Hilfsangebote für Menschen, die merken, dass sie sich alleine nicht mehr aus einer bestimmten Situation befreien können. Bei der Internetsucht ist es schwer, Betroffene überhaupt zu erreichen. Schließlich

sitzen sie häufig isoliert den ganzen Tag zu Hause vor dem Computer. Die HLS bietet diesen Betroffenen nun mit finanzieller Unterstützung der TK passende Hilfe an.

TK: Was unterscheidet Webcare von anderen Beratungsangeboten?

Benjamin Wockenfuß: Webcare versteht sich als Interaktions- und Interventionsplattform im Internet, nicht als klassisches Beratungsangebot. Unser Ansatz ist: Wir treffen die User dort, wo sie sind, wo sie tagtäglich ihre Zeit verbringen. Nehmen wir die Online-Rollenspiele: Wir gehen direkt in die Communitys, sprechen die Spieler in den Foren an, mitten in ihrer Welt. Wichtig dabei: Wir mischen uns nicht in die Spiele ein, nehmen keine Rolle an. Wir schwingen auch nicht die Moralkeule oder heben den Zeigefinger. Wer sich von unserem Angebot angesprochen fühlt, antwortet uns. Dann tauschen wir uns aus. Oft melden sich auch Menschen, die sich um einen Angehörigen oder einen Freund sorgen. Wer unsicher ist, ob sein Internetkonsum schon gefährlich ist, kann bei uns auf der Seite einen kurzen Selbsttest machen. Auch darüber kommen wir ins Gespräch und bauen Kontakt auf.

TK: Was ist das Ziel – von PC und Smartphone wegzukommen oder sich bewusst im Netz zu bewegen?

Benjamin Wockenfuß: Vorweg: Wir lehnen nicht ab, was die User tun. Wir wollen ihnen mit unserem dem Selbsthilfedanken verpflichteten Angebot wieder zu einem verantwortungsbewussten und angemessenen

Umgang mit dem Netz verhelfen. Sie sollen wissen, wo in der virtuellen Welt die Ausgangstür ist. Um den Betroffenen dafür Handwerk mitzugeben, gehen wir aktiv auf sie zu. Statt zu dozieren, komme ich mit den Usern als Moderator im Dialog dazu, dass sie sich Fragen zu dem eigenen Umgang mit dem Internet stellen. In der Psychologie sprechen wir von Selbstwirksamkeit. Ich rüttele sie wach, der Rest kommt von den Menschen selbst: Statt den ganzen Tag am Bildschirm zu hängen, verspüren sie wieder den Wunsch, in die Schule zu gehen oder die Ausbildung abzuschließen, die sie haben schleifen lassen.

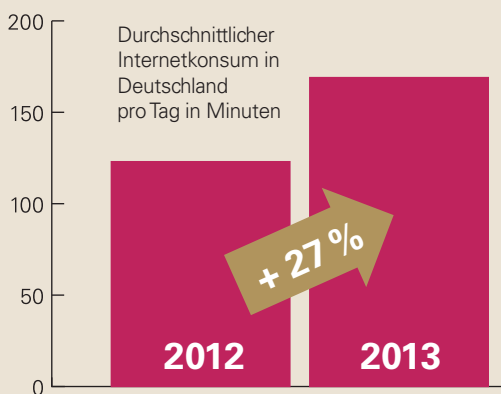
TK: Bietet Webcare auch „reale“ Berater oder eine regelmäßige Gruppe?

Benjamin Wockenfuß: Nein, unsere Arbeit passiert zu 100 Prozent im Netz. Das passt zu unseren Usern. Viele haben sich durch den übermäßigen Gebrauch des Internets schon weit von der „Welt da draußen“ distanziert, sie trauen sich einen direkten Kontakt oft nicht mehr zu. Webcare soll eine virtuelle Brücke sein: Die Leute treffen sich in einer moderierten Selbsthilfegruppe online und tauschen sich aus. So sensibilisieren wir die Betroffenen, sie entwickeln dann eigene Ressourcen. Irgendwann schaffen sie vielleicht den Schritt in die reale Selbsthilfegruppe. Unsere Website bietet eine Suchfunktion nach kompetenten Beratungsstellen in ihrer Region.

Das Angebot Webcare der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen ist unter www.hls-webcare.org zu finden.



Deutschland ist immer länger online



Durchschnittlich 169 Minuten pro Tag war jeder Internetnutzer in Deutschland 2013 online. Nicht zuletzt aufgrund von Smartphones und Tablets ist die Tendenz weiter steigend.

Quelle: ARD-/ZDF-Onlinestudie 2013;
Grafik: Techniker Krankenkasse

TK und Innovation

Die Innovationskraft in der Medizin ist ungebrochen. Wir suchen Wege, unseren Versicherten den medizinischen Fortschritt zugänglich zu machen, der ihnen wirklich nutzt.

Starke Unterstützung für schwache Herzen

Warum die Wachstation der Uniklinik Heidelberg Modellcharakter für die Behandlung von Patienten mit schwerer Herzschwäche hat

30

Präzise Strahlen gegen Muskelknoten

Interview mit Dr. György Lövey, FUS-Zentrum Bottrop, über ein neues Verfahren gegen gutartige Tumoren in der Gebärmutter

34

Smarter Rat fürs Ungeborene

Interview mit der Kronshagener Frauenärztin Dr. Doris Scharrel über die Unterschiede zwischen digitalen Schwangerschaftsratgebern und das Angebot der Mommy-App

36

„Ich will, dass auch andere schaffen, was ich geschafft habe“

Das Ambulancium Herdecke hilft Patienten mit schweren Hirnschäden, wieder eigenständig zu sein

38



Wir brauchen auch in den Jahren nach dem Schlaganfall interdisziplinäre Therapie mit zeitgemäßer Medizintechnik, damit die Menschen wieder ins Leben zurückkommen.“

Dr. Bernd Krahl ist Geschäftsführer des Ambulanciums in Herdecke. Das ambulante Therapiezentrum ist auf die Rehabilitation von Kindern und Erwachsenen mit neurologischen Erkrankungen spezialisiert.

Eine fortgeschrittene Herzschwäche ist für die Betroffenen lebensbedrohlich. In der Universitätsklinik Heidelberg gibt es die deutschlandweit erste Wachstation, die sich ausschließlich um solch schwer erkrankte Patienten kümmert. Ihr Kreislauf wird rund um die Uhr überwacht, das Herz stabilisiert – oder gegen ein Spender- oder Kunsterz ersetzt.

Starke Unterstützung für schwache Herzen

Der Kampf um das Leben muss nicht immer laut sein. Die gelben Türen der Patientenzimmer auf der Station der Heidelberger Uniklinik stehen offen, die Räume sind hell und geräumig. Zwischen Infusionsständern und Spritzenpumpen ist auch Platz für Privates wie Familienfotos oder Bücher.

Immer wieder treten Pfleger ein, prüfen kritisch die bunten Kurven auf den Monitoren oder protokollieren Werte wie Sauerstoffsättigung und Atemfrequenz. Ärzte verschwinden regel-

mäßig in einen mit Rechnern vollgestopften Raum. Trotz der spürbaren Betriebsamkeit herrscht äußerlich Ruhe.

2012 hat das Universitätsklinikum Heidelberg die deutschlandweit erste Wachstation für Patienten mit fortgeschrittener Herzschwäche, sogenannter Herzinsuffizienz, eröffnet. Ganz gleich, ob Betroffene unter einer akuten Herzmuskelentzündung leiden, sich von einem Infarkt erholen oder auf ein Spenderherz warten: Gemeinsam ist

den jährlich rund 400 Patienten, dass ihre Lebenspumpe akut oder chronisch so stark geschwächt ist, dass sie intensiv in dieser „Advanced Heart Failure Unit“ (AHFU) betreut werden.

„Unsere speziell ausgerichtete Station bietet optimale Möglichkeiten, um die Herzinsuffizienzpatienten zu überwachen und sofort zu erkennen, wenn ihr Herz unterstützt werden muss“, sagt Philip Raake, Oberarzt und Leiter der Wachstation. So gibt es zum Beispiel drahtlose Überwa-



Philip Raake ist Facharzt für innere Medizin und Kardiologie.



„Dank unserer Erfahrung können wir mittlerweile bei jedem Patienten exakt abschätzen, von welcher Behandlung er jetzt profitiert“, sagt Philip Raake.

chungssysteme, mit denen Patienten sich im Zimmer frei bewegen können. Mobile Herunterstützungssysteme halten den Kreislauf aufrecht und entlasten das Herz vorübergehend. Fahrbare Dialysegeräte erlauben die Blutwäsche direkt am Krankenbett.

Die Betroffenen sind medikamentös austherapiert

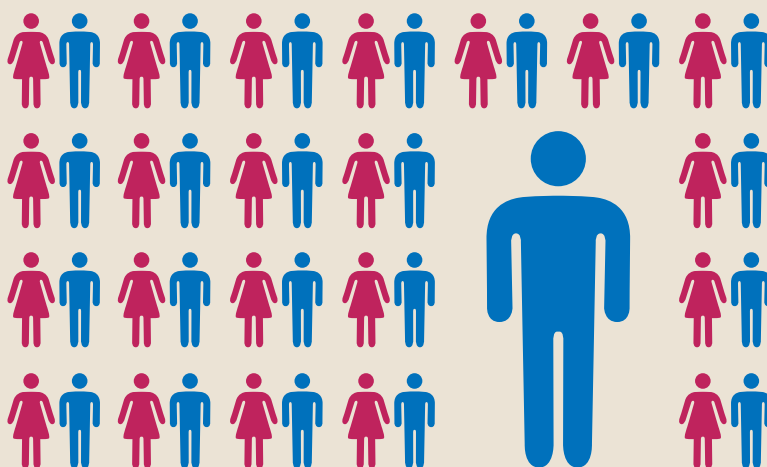
Die Herzschwäche zählt zu den drei häufigsten Todesursachen in Deutschland. Rund 400.000 Menschen werden jährlich mit fortgeschrittener Herzinsuffizienz stationär behandelt, etwa 40 Prozent von ihnen sterben innerhalb eines Jahres. Auf die Wachstation kommen ausschließlich Patienten, bei denen die Herzschwäche sehr weit fortgeschritten ist. „Unsere Patienten sind medikamentös austherapiert, die meisten brauchen neben einer intensiven Kreislaufüberwachung vor allem interventionelle Eingriffe“, sagt Raake.

Dazu zählen sogenannte CRT-Systeme (CRT steht für „Cardiac Resynchronization Therapy“). Diese Kombination aus Schrittmacher und Defibrillator pflanzt Raake seinen Patienten bei Herzrhythmusstörungen unter die Haut. Mit sogenannten Mitra-Clips dichtet er ihre Herzklappen ab, wenn diese durch die ausgeleierte Herzwand undicht geworden sind. Mit Gefäßstützen öffnet er verkalkte Herzkrankgefäße.

Neben diesen modernsten technischen Möglichkeiten zeichnet sich die Wachstation vor allem durch das hoch spezialisierte Team aus. „Hier arbeiten Kardiologen, Herzchirurgen, Nierenspezialisten, Pflegekräfte, Ernährungsexperten und Physiotherapeuten interdisziplinär zusammen“, erklärt Raake. „Dank unserer Erfahrung können wir mittlerweile bei

jedem Patienten exakt abschätzen, von welcher Behandlung er jetzt profitiert und ab wann er nicht mehr auf ein Spenderherz warten kann, sondern ein Kunstherz benötigt.“ Jede Behandlung wird genau abgewogen. Denn keiner der Eingriffe ist risikolos. So drohen beispielsweise bei einem Kunstherz Infekte, Schlaganfälle sowie Blutungen.

Einer von 45 Menschen in Deutschland leidet unter einer Herzschwäche



Etwa 1,8 Millionen Menschen bundesweit haben eine Herzinsuffizienz. Die Herzinsuffizienz-Wachstation des Uniklinikums Heidelberg behandelt ausschließlich Patienten mit einer akuten oder chronischen schweren Herzschwäche.

Quelle: Deutsche Herzstiftung; Grafik: Techniker Krankenkasse



Auf jeden möglichen Verlauf vorbereitet

Für jeden Patienten hat Raake einen detaillierten Therapieplan entwickelt. Patienten mit einer akuten Herzinsuffizienz erhalten nach Medikamenten und der Dialyse, die Flüssigkeit aus dem Körper leitet und so das Herz entlastet, vorübergehend Herzunterstützungssysteme. So zum Beispiel eine kleine Katheterpumpe: Sie wird über die Arm-Arterie mittels Katheter in die linke Herzkammer vorgeschoben. Von dort pumpt sie Blut in die Hauptschlagader. „Ohne eine solche künstliche Unterstützung hätten viele unserer Patienten keine Chance zu überleben“, sagt der Kardiologe. Erholt sich das schwache Herz nicht, erhalten einige Patienten ein dauerhaftes Kunstherz.

Eine wichtige Rolle spielt die neue Station aber auch für die Heidelberger Transplantationsmedizin. Seit 1989 werden in Heidelberg Herzen transplantiert. Mittlerweile hat sich die Uniklinik zu einem der wichtigsten Transplantationszentren in Deutschland entwickelt. „Im Moment sind alle Patienten hier auf der Station für eine Herztransplantation angemeldet“, erklärt Raake. Ihr Zustand hat sich ohne Aussicht auf Besserung lebensbedrohlich verschlechtert. Sie stehen auf der Hochdringlichkeitsliste der Stiftung Eurotransplant. Momentan gehen 80 bis 90 Prozent aller Spenderherzen an Patienten auf dieser Liste. „Die Wartezeit beträgt für sie im Mittel etwa drei Monate“, so der Leiter der AHFU.

Zu Hause können die Patienten nicht auf das Spenderherz warten, denn ihr Herz und Kreislauf müssen permanent am Monitor überwacht, die Medikamente intravenös verabreicht werden. Verbringen sie die Zeit hingegen auf der spezialisierten Wachstation in Heidelberg, können sie bis zur Transplantation engmaschig und individuell betreut werden. „Die Patienten befinden sich zum Zeitpunkt der Transplantation in einem besseren körperlichen Zustand als bei Betreuung in nicht spezialisierten Stationen – das erhöht ihre Überlebenschancen“, erklärt Raake.



Viele Patienten der Station brauchen interventionelle Eingriffe, um das Herz zu unterstützen.

Die Heidelberger Station hat bundesweiten Modellcharakter

Nicht nur deshalb hat sich der Erfolg der Wachstation in Deutschland längst herumgesprochen. Die Idee dazu stammt ursprünglich aus den USA, wo das Konzept der spezialisierten Herzinsuffizienztherapie schon weiter verbreitet ist. Auch in Deutschland hat die Wachstation mittlerweile Vorbildcharakter. Die Universitätskliniken Marburg/Gießen und Essen haben ähnliche Stationen eingerichtet. In Leipzig und Würzburg laufen die Planungen. Den Arzt aus Heidelberg freut diese Entwicklung

nicht nur, er hält sie für dringend notwendig. „Die fortgeschrittene Herzinsuffizienz ist das Ergebnis unserer hoch spezialisierten Medizin der letzten Jahre. Nicht nur deshalb tragen wir eine große Verantwortung, uns jetzt auch professionell um die Betroffenen zu kümmern.“



Dr. Philip Raake, Facharzt für innere Medizin und Kardiologie und Leiter der Herzinsuffizienz-Wachstation am Universitätsklinikum Heidelberg

Hintergrund: „Netzwerk Spitzenmedizin“ in Baden-Württemberg

Die TK hat mit spezialisierten Krankenhäusern ein Netz medizinischer Höchstleistungen in Baden-Württemberg geknüpft. Das beschriebene Versorgungsangebot ist Teil dieses Netzwerks. Basierend auf Kooperationsvereinbarungen verbindet es neun Kliniken und umfasst 32 Leistungen.

Betroffenen Versicherten vermittelt die TK einen direkten Kontakt zum Fachteam, das ihnen einen kurzfristigen Behandlungstermin ermöglicht.

Eine Broschüre mit näheren Infos zum „Netzwerk Spitzenmedizin“ kann im Internet unter www.tk.de, Webcode 8669, heruntergeladen oder bestellt werden.

In Bottrop schmelzen Strahlenmediziner Myome in der Gebärmutter durch gebündelten Ultraschall ein. Mit der neuen Technologie behandeln Ärzte die gutartigen Tumore schmerz- und nebenwirkungsarm – und bieten damit eine verträgliche Alternative zu herkömmlichen Methoden an.

Präzise Strahlen gegen Muskelknoten



Dr. György Lövey,
Facharzt für Strahlentherapie und Geschäftsführer des FUS-Zentrums Bottrop

TK: Herr Dr. Lövey, Myome sind gutartige Muskelknoten in der Gebärmutter. Warum müssen sie überhaupt behandelt werden?

Dr. Lövey: Viele Frauen, die Myome haben, sind sich dessen gar nicht bewusst. Die Myome sind dann meist sehr klein und verursachen keine

Beschwerden. Diese Frauen müssen wir nicht behandeln. Jede dritte Betroffene aber hat – abhängig von Lage, Größe und Anzahl der Myome – Beschwerden. Das können Schmerzen während der Regel oder beim Geschlechtsverkehr sein, übermäßig starke Blutungen oder Probleme mit dem Wasserlassen. Einige Frauen mit Myomen versuchen vergeblich schwanger zu werden oder haben häufiger Fehlgeburten.

TK: Welche Methode wenden Sie in Ihrem Zentrum an, um Myome zu behandeln?

Dr. Lövey: Wir setzen die magnetresonanztomographiegesteuerte fokussierte Ultraschalltherapie ein, kurz MRgFUS. Für das Verfahren werden Kernspin und Ultraschall miteinander gekoppelt. Das röntgenstrahlenfreie MRT zeigt die Lage des Myoms in Echtzeit. Mit dem Ultraschall behandeln wir den Tumor.

TK: Wie läuft die Therapie ab?

Dr. Lövey: Zunächst bekommt die Frau ein leichtes Beruhigungsmittel, bleibt aber wach. Während der Prozedur liegt sie im Kernspin auf dem Bauch. Dann überwärmen wir das



Myom mit der Ultraschallenergie. Je nach Größe des Muskelknotens dauert die ambulante Prozedur zwei bis drei Stunden.

TK: Wie funktioniert diese Technologie genau?

Dr. Lövey: Wir benutzen nicht nur einen Schallkopf wie bei der Bildgebung, sondern mehrere Schallköpfe, sogenannte Transducer. Dadurch erreichen wir in der Tiefe eine hohe Energiekonzentration. Der Ultraschall wird zum intensiven Strahl, ähnlich einer Lupe, die das Sonnenlicht bündelt. Damit erhitzen wir dann das Gewebe Punkt für Punkt 20 Sekunden lang auf mindestens 65 Grad Celsius.

TK: Was passiert dabei mit dem Myomgewebe?

Dr. Lövey: Die Muskelzellen des Myoms sind aus Eiweißen aufgebaut. Durch die Hitze verändern die Eiweiße ihre Struktur. Die nun nutzlos gewordenen Zellen sterben ab. Den Rest besorgt das Immunsystem: Es schickt Fresszellen in das Gebiet, diese wandern in den Tumor ein und transportieren das zerstörte Gewebe ab. Das dauert etwa vier bis zwölf Wochen.

TK: Wird bei dem Verfahren nicht umliegendes Gewebe verletzt?

Dr. Lövey: Nein, denn wir feuern die Ultraschallwellen punktgenau ab. Das überwachen wir am MRT: Alle zwei Sekunden sehen wir auf dem Bildschirm, wohin wir mit dem Ultraschall schießen. Außerdem zeigt uns der Kernspintomograph laufend die Temperaturen im Behandlungsbe- reich an. Die Methode ist mittlerweile sehr ausgefeilt; wir setzen sie bei uns in Bottrop seit nunmehr fünf Jahren ein und haben mittlerweile über 500 Myom-Patientinnen damit behandelt.

TK: Welche Vorteile bietet diese Therapie?

Dr. Lövey: Der MRgFUS ist eine besonders verträgliche Methode. Die Patientin hat lediglich geringe

im Unterschied zur arteriellen Embolisation, bei der die Ärzte ein die Gebärmutter versorgendes Gefäß verschließen und den Tumor aushungern, bleibt die Blutversorgung vollständig erhalten. Das ist vor allem für Frauen mit Kinderwunsch von Vorteil.

TK: Bei welchen Patientinnen ist die Methode anwendbar?

Dr. Lövey: Etwa jede dritte Frau mit einem behandlungsbedürftigen Myom erfüllt die Kriterien für eine Therapie. Das Myom sollte mindestens anderthalb und maximal elf Zentimeter groß sein. Die Patientin darf nicht stark übergewichtig sein, da wir sonst mit unseren Ultraschallwellen nicht tief genug eindringen können. Sie sollte weder einen Herzschrittmacher noch andere Metallimplantate tragen und nicht allergisch auf das Kontrastmittel reagieren, das wir für die Untersuchung benutzen.

TK: Wie hoch ist Ihre Erfolgsrate?

Dr. Lövey: Vier von fünf Frauen können wir beim ersten Eingriff helfen. In der Regel schrumpft das Myom dabei um die Hälfte. Die anderen Frauen behandeln wir erneut per MRgFUS oder mit einer anderen Methode.



Schmerzen. Schon am nächsten Tag kann sie ganz normal ihren Alltag leben. Die Gebärmutter bleibt vollständig erhalten. Anders als beim operativen Ausschälen des Myoms muss die Gebärmutterwand nicht eröffnet werden. Ein Kaiserschnitt ist deshalb bei einer späteren Geburt nicht zwangsläufig notwendig. Und

Myomtherapie: TK-Angebote in Bottrop und Dachau

Nur wenige Einrichtungen in Deutschland bieten die MRgFUS an. Die gesetzlichen Krankenkassen zahlen diese Leistung nicht regulär. Um ihren Versicherten die Behandlung dennoch anzubieten, hat die TK im Juni 2012 einen Kooperationsvertrag mit FUS Bottrop abgeschlossen. Außer in Bottrop gibt es auch mit dem FUS-Center für Myomtherapie am Klinikum Dachau eine solche Vereinbarung.

Weitere Informationen unter www.tk.de, Webcode 215878.

Wie kann man Frauen kompetent, unkompliziert und zeitgemäß zu Schwangerschaft und Geburt informieren? Die Antwort der TK ist eine Smartphone-App, die Frauen durch die neun Monate bis zur Geburt begleitet. So haben Schwangere auch zwischen den Arztbesuchen immer einen Ratgeber an ihrer Seite.

Smarter Rat fürs Ungeborene



Dr. Doris Scharrel,
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und Vorsitzende des Berufsverbandes der Frauenärzte

Schleswig-Holstein, Kronshagen

TK: Frau Dr. Scharrel, es gibt zahllose Informationsangebote zu den Themen Schwangerschaft und Geburt. Wozu noch eine Mommy-App?

Dr. Scharrel: Die Mommy-App bietet einen entscheidenden Vorteil: Alle Informationen sind vom Berufsverband der Frauenärzte fachlich geprüft und garantiert auf dem neuesten wissenschaftlichen Stand. Hinter der App steht kein Wirtschaftsunternehmen, sie ist frei von kommerziellen Interessen.

TK: Was hat Sie auf die Idee der App gebracht?

Dr. Scharrel: Die Geburtenzahlen sinken, die Zahl der Risikoschwangerschaften nimmt zu – und wir Frauenärzte haben eine immer größere Verantwortung. Wir informieren die Schwangeren heute viel umfangreicher als noch vor 10 oder 15 Jahren. Doch die Frauen können die Fülle an Informationen während der kurzen Praxisbesuche gar nicht verarbeiten. Mit der App haben sie die Möglichkeit, alles noch mal in Ruhe nachzulesen.

TK: Was genau beinhaltet die Anwendung?

Dr. Scharrel: Die Mommy-App bietet Schwangeren wichtige Informationen und wertvolle Tipps zu Ernährung, anstehenden Untersuchungen,

Schwangerschaftsbeschwerden, Bewegung und Entspannung. Die Frauen können Vitalwerte wie Gewicht, Blutdruck und Scheiden-pH dokumentieren, die der betreuende Frauenarzt mit Zustimmung der Schwangeren wiederum abrufen kann. Außerdem bietet die App Notizfunktionen, ein Kameratool und Terminerinnerungen.

TK: Welche Vorteile versprechen Sie sich als Frauenärztin?

Dr. Scharrel: Die Frauen übernehmen Verantwortung, und wir binden sie aktiv in ihre Betreuung ein. Dadurch werden wir Ärzte auch entlastet. Langfristig könnte ich mir vorstellen,

dass die Mommy-App den Mutterpass ablöst – oder ihn zumindest ergänzt.

TK: Werden die Angebote der App noch erweitert?

Dr. Scharrel: Wir arbeiten bereits an der nächsten Version. Zukünftig sollen Ärzte die Möglichkeit haben, sich weitere Werte ihrer Patientinnen herunterzuladen. Dabei müssen wir natürlich zahlreiche Datenschutzregeln berücksichtigen. Die Dokumentationsfunktion selbst soll erweitert werden, beispielsweise um wichtige Größenparameter des Ungeborenen bei Frauen mit einem Schwangerschaftsdiabetes.

Wie erhalten TK-Versicherte die Mommy-App?

In Schleswig-Holstein erhalten TK-versicherte schwangere Frauen die Mommy-App kostenfrei. Voraussetzung ist die Teilnahme an Babyfocus, einem Versorgungsangebot der TK, das verschiedene Leistungen für werdende Mütter bündelt. Um die Mommy-App auf ihr Smartphone laden zu können, erhalten die Frauen einen Gutschein, der in einem App Store eingelöst werden kann. Derzeit ist die Anwendung auf Mobiltelefonen von Apple nutzbar, Apps für weitere Anbieter befinden sich in der Entwicklung.

Weitere Informationen zu Babyfocus gibt es unter www.tk.de, Webcode 612262.







Bernd Krahl ist selbst Patient im Ambulanticum.

Patienten mit einem Schlaganfall und anderen neurologischen Schäden sind in der akuten Situation und während der frühen Rehabilitation hierzulande sehr gut versorgt. Wie lassen sich diese Erfolge aber langfristig sichern und ausbauen? Das Ambulanticum in Herdecke geht hier neue Wege.

„Ich will, dass auch andere schaffen, was ich geschafft habe“

Jahrelang ist der Zahnarzt und Kieferorthopäde Bernd Krahl auf der Überholspur des Lebens unterwegs, reist mit seiner Familie durch die Welt, spielt Golf und mehrere Instrumente. Im Jahr 2007 erleidet er dann kurz hintereinander zwei Schlaganfälle. Ärzte bescheinigen ihm gerade mal 10 Prozent Überlebenschance. „Nach einem Jahr Rehabilitation galt ich als austherapiert“, erinnert sich Krahl. „Ich war ein kompletter Pflegefall.“

Doch der innere Wille des heute 65-Jährigen war stärker – nicht nur zu überleben, sondern weiterzuleben, ohne Pflegebett und Rollstuhl bis zum Lebensende. „Ich wollte mich wieder bewegen, Freunde zum

Essen treffen, Banjo spielen“, erzählt er. Doch das ließen weder Geist noch Körper zu, noch fand seine Familie in ihrem Umfeld eine passende Spätrehabilitation. „Wir haben uns daher selbst weltweit nach Angeboten umgeschaut, bis nach Osteuropa sind wir gereist“, blickt Krahl's Lebensgefährtin Marion Schrimpf zurück.

Die Odyssee hat sich gelohnt: 2009 trainierte Krahl in der Schweiz erstmals robotergestützt das Laufen. Weitere gerätegestützte Behandlungen beförderten seine rasanten Fortschritte. Heute kann Krahl wieder alleine essen, laufen, sprechen, arbeiten.

Seine Familie hat aus der Not eine Tugend gemacht – und die familiäre Privatinitiative zu einer medizinischen Innovation ausgebaut. Vor knapp zwei Jahren entstand in Herdecke (NRW) ein ambulantes Therapiezentrum für neurologische Spätrehabilitation. Bernd Krahl ist dort nicht mehr nur sein bester Patient. Er ist auch Geschäftsführer des Ambulanticums. Seine Motivation: „Ich will anderen Patienten bei der Rückkehr in ein eigenständiges Leben helfen. Ich will, dass auch andere schaffen, was ich geschafft habe.“

Zwei von drei Patienten sind nach einem Schlaganfall im Alltag auf fremde Hilfe angewiesen. In der

Frührehabilitation lernen die Betroffenen nach und nach, in ihrem Leben wieder selbst Regie zu übernehmen. Der behandelnde Arzt legt dabei je nach Ausprägung der Hirnschädigung den individuellen Behandlungsplan für den einzelnen Patienten fest. Oft fallen sie nach der Rehabilitation jedoch in ein Nichts; nach der Entlassung aus der Klinik verebbt die Therapie im luftleeren Raum. „Wir brauchen auch in den Jahren nach dem Schlaganfall interdisziplinäre Therapie mit zeitgemäßer Medizintechnik,

damit die Menschen wieder ins Leben zurückkommen“, so Krahl.

Ein Reha-Programm für Menschen mit chronischen Hirnschäden

Genau hier setzt das Rehabilitationsprogramm „Schritt vorwärts“ an, das Krahl zusammen mit der TK konzipiert hat. Gedacht ist es für Menschen mit chronischen Hirnschäden. Dazu zählen Kinder mit angeborenen Schädigungen und Lähmungen genauso wie Erwachsene, die im

Wachkoma liegen oder sich wegen einer Querschnittslähmung, eines Schlaganfalls oder einer anderen Schädel-Hirn-Verletzung nicht mehr oder nur sehr eingeschränkt bewegen können. Mit ihnen führen Physio- und Sporttherapeuten, Logopäden und Ergotherapeuten jeden Tag aufwendige Übungen durch.



Hightech-Medizin: In Herdecke trainieren Menschen mit chronischen Hirnschäden mithilfe modernster Technik.



Der angestrebte Lernerfolg basiert auf der sogenannten Neuroplastizität. Dieser Begriff beschreibt den Prozess im Gehirn, bei dem sich Neuronen durch das Training wieder miteinander verschalten. Durch die Neuorganisation neuronaler Strukturen können Patienten vom Liegen über das Sitzen und den Stand auch wieder das Gehen lernen. Anders als in der normalen Rehabilitation, in der Menschen oft nur passiv gepflegt werden, sind die Patienten in Herdecke aktiv eingebunden. Denn sie erhalten über Sensoren in den Trainingsgeräten ein direktes Feedback, wie intensiv und gut sie üben. Das motiviert sie dazu, sich immer wieder neue Ziele zu setzen. „Das visuelle Feedback und die häufigen Wiederholungen, beispielsweise einen gelähmten Arm zu heben, führen im Gehirn dazu, dass verloren gegangene Strukturen wieder aktiviert, verloren gegangene Bewegungen wieder erlernt werden“, sagt Experte Krahl.

Roboterassistierter Gangtrainer für Schlaganfallpatienten

Schlaganfallpatienten lernen beispielsweise mit Hilfe eines roboterassistierten Gangtrainers, des sogenannten Lokomaten, wieder erste Laufbewegungen. Dafür werden sie in ein Gurt- und Schienensystem eingespannt, so dass die Schwerkraft nicht stört. Die Patienten können konzentriert einen Fuß vor den anderen setzen und die Bewegungsabläufe trainieren. „Wir haben Betroffene, die nach 13 Jahren Querschnittslähmung erstmals wieder gehen“, beschreibt Krahl einen der Schlüsselmomente seiner Arbeit.

Viele Patienten haben zwar Jahre im Bett oder im Rollstuhl verbracht, können aber meist viel mehr. Unter fachkundiger Anleitung lernen sie, wieder ein klares Ziel zu entwickeln. „Im Kopf stellen sich die Patienten vor, was sie erreichen möchten“, verdeutlicht Krahl. „Mit genug Zeit und professioneller Anleitung macht dann auch der Körper mit.“ Ganz nebenbei hat das tägliche Training von Kognition und Motorik noch positive zusätz-

liche Auswirkungen: Erkrankungen wie Lungenentzündung oder versteifte Gelenke sind seltener. Stattdessen stärkt das Training die Muskulatur und das Herz-Kreislauf-System, die Abwehr und die Psyche.

„Jeden Tag und überall ist Training“

Und noch ein Faktor ist entscheidend, damit das Konzept funktioniert: die Angehörigen. Denn natürlich geht das Training der Patienten auch zu Hause weiter. Die Angehörigen sind eine Art Gesundheitsmanager, sie haben alle Fäden in der Hand. Im Therapiezentrum trainieren daher auch die Familienmitglieder, sie erlernen Übungen für zu Hause. „Jeden Tag und überall ist Training“, erklärt Krahl. Bei dem häuslichen Training geht es jedoch nicht in erster Linie

um Bewegungsübungen. Vielmehr sollten nahestehende Menschen die Lernenden in deren Alltag unterstützen, ihr Ziel zu erreichen. „Denn nur wenn sie ihnen immer wieder Mut machen, Zuversicht und Hoffnung zeigen, werden sie auch wieder zurück ins Leben finden“, weiß Krahl aus persönlicher Erfahrung.

Weitere Informationen unter www.tk.de, Webcode 612426.



**Dr. Bernd Krahl,
Geschäftsführer
des Ambulanticums
in Herdecke**

Zwei Drittel der Schlaganfallpatienten haben körperliche Einschränkungen

Etwa 270.000 Schlaganfälle, davon 200.000 erstmalige Schlaganfälle, ereignen sich jedes Jahr in Deutschland. Typische Folgen eines Schlaganfalls sind einseitige Lähmungen und Gefühlsstörungen der Arme und Beine sowie Seh- und Gleichgewichtsstörungen. Rund 64 Prozent der Betroffenen, die den Schlaganfall überleben, sind auch ein Jahr danach noch pflegebedürftig, 15 Prozent finden sich sogar in einer Pflegeeinrichtung wieder. Insgesamt etwa zwei Drittel der Patienten haben körperliche Einschränkungen. Der Schlaganfall ist damit die häufigste Ursache für Behinderungen, die erst im Erwachsenenalter erworben wurden.



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
E-Mail: pressestelle@tk.de

Für Angebote aus den jeweiligen Ländern:

Landesvertretung Baden-Württemberg

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

Landesvertretung Bayern

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

Landesvertretung Berlin-Brandenburg

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

Landesvertretung Bremen

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

Landesvertretung Hamburg

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

Landesvertretung Hessen

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

Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern

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

Landesvertretung Niedersachsen

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

Landesvertretung Nordrhein-Westfalen

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

Landesvertretung Rheinland-Pfalz

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

Landesvertretung Saarland

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

Landesvertretung Sachsen

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

Landesvertretung Sachsen-Anhalt

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

Landesvertretung Schleswig-Holstein

Volker Clasen
Hopfenstraße 2c, 24114 Kiel
Tel. 04 31 - 981 58-0, Fax 04 31 - 981 58-555
E-Mail: lv-schleswig-holstein@tk.de

Landesvertretung Thüringen

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

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

© Techniker Krankenkasse. Alle Rechte vorbehalten.



**Techniker
Krankenkasse**
Gesund in die Zukunft.

