

Was kann Cannabis?

Längst ist die berauschende Pflanze
in den Fokus der Gesellschaft gerückt

Seite 6

Aus der Praxis – Experten zum Thema Schmerz

Verschiedenen Schmerzarten und der
Umgang mit ihnen – sieben Blickwinkel

Ab Seite 10

Unser Rechtsthema

Grundlagen zum rechtswirksamen
Abschluss einer Honorarvereinbarung

Seite 31

Wenn die Seele schmerzt

So individuell, wie jeder Mensch:
sieben Beiträge zu den Themen
Depression und Trauer

Ab Seite 34

Aus dem Bundesverband

Dr. Mathias Höschel:
„Der Generationenvertrag hängt
am seidenen Faden“

Seite 50

UNSER TITELTHEMA

WENN DER SCHMERZ ZUSCHLÄGT

UND WIE MAN IHM DIE STIRN BIETET



**KEINE
AUSGABE MEHR
VERPASSEN!**



SCHNELLER,

PAPIERLOS, MOBIL

MIT DEM PVS EINBLICK E-PAPER

pvs-einblick.de

editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

in dieser Ausgabe unseres Magazins stellen wir das Thema Schmerz als ein facettenreiches Phänomen dar und beleuchten es vom akuten über den chronischen bis zum seelischen Schmerz.

Schätzungen zufolge leiden bis zu 14 Millionen Menschen in Deutschland unter chronischen, länger andauernden oder wiederkehrenden Schmerzen. Circa 600.000 Menschen sind durch chronische Schmerzen in ihrer Lebensführung stark eingeschränkt. Der Gesellschaft entstehen durch schmerzbedingte Arbeitsausfälle und Frühverrentungen hohe Kosten.

Dennoch sind Schmerzvorlesungen in der medizinischen Ausbildung keine Pflichtveranstaltung. Die ärztlichen Fachgesellschaften für Schmerztherapie (DGS - Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin und Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.) setzen sich seit Jahren vergeblich für die Aufnahme des Faches Schmerztherapie in die Approbationsordnung für Ärzte ein.

Unabhängig davon hat die Schmerzmedizin in den letzten 20 Jahren jedoch gute Fortschritte gemacht und geht den Schmerz heute grundsätzlich multimodal, das heißt mit mehreren Methoden an.

Letztlich hoffen wir also auf eine Weiterentwicklung der Schmerztherapie, damit sich der interdisziplinäre Behandlungsstandard in diesem Bereich stetig verbessert.



Dieter Ludwig
Geschäftsführer
der PVS holding GmbH



Gerd Oelsner
Geschäftsführer
der PVS holding GmbH

TITELTHEMA SCHMERZ

AB SEITE **6**



Foto: © inesbazdar - stock.adobe.com



GOÄ-Tipp

GOÄ 800 – Eingehende
neurologische
Untersuchung

29

Foto: © sebra - stock.adobe.com

GEWINNSPIEL

Gewinnen Sie eine

**Medisana
Shiatsu-Akupressur
Massagesitzauflage
MC 825**

Alle Infos auf Seite

58



Foto: © IPQ PrämienServices GmbH

Die Vorteile des
lebendigen System-
wettbewerbs im
deutschen Gesund-
heitssystem

Dr. Florian Reuther,
Direktor des Verbandes
der Privaten Kranken-
versicherung e. V.

48



Foto: © plkv-de



„Der Generationenvertrag
hängt am seidenen Faden“

Dr. Mathias Höschel, Vorsitzender
des Bundesverband Verrechnungsstellen
Gesundheit e. V.

50



Foto: © Christian-Nienger

inhalt

- 3 Editorial**
- TITELTHEMA SCHMERZ**
- 6 Was kann Cannabis?**
Längst ist die berauschende Pflanze in den Fokus der Gesellschaft gerückt
- 8 Cannabiskonsum: Legal? Illegal! Egal?**
Die meisten Deutschen sehen den Einsatz von Cannabis positiv
- 10 Aus der Praxis: „Kein Mensch gewöhnt sich an Schmerzen“**
In seinem Bestseller „Schmerz Los Werden“ stellt Prof. Sven Gottschling fest, dass viele Menschen völlig unnötig unter starken Beschwerden leiden
- 13 Europäischer Gesundheitskongress 2019 in München**
- 14 Aus der Praxis: Medical Park Chiemseeblick – ein Ort für neue Lebenskraft**
Hochmoderne Behandlungskonzepte bei Burnout, depressiven Störungen, Angst- und Zwangsstörungen oder Traumata
- 18 Aus der Praxis:**
Dr. Sighart Trautwein: Gegen den Schmerz mit mehr Bewegung für gesunde Gelenke
Dr. Joachim Peitz: Wenn Kinder schmerzen haben
Prof. Dagny Holle-Lee: Gewitter im Kopf
Physiotherapeut Felix Rinke: „Positive Gedanken sind unerlässlich“
Sporttherapeutin Frauke Reese: Qigong – Gespür für den eigenen Körper
- 28 Steuerfreie Beihilfen: Steuer-Tipp von Steuerberater Torsten Feiertag**
- 29 GOÄ-Tipp: GOÄ 800 – Eingehende neurologische Untersuchung**
- 30 Die Privatabrechnung der Sedierung und Analgosedierung durch Anästhesisten und Nicht-Anästhesisten in der Humanmedizin und Zahnmedizin**
- 31 Recht: Grundlagen zum rechtswirksamen Abschluss einer Honorarvereinbarung**
- 32 Per Analyse zum Erfolg**
Ableitung von Abrechnungspotenzialen durch Benchmark-Analysen
- 34 Macht Facebook depressiv?**
An der Ruhr-Universität Bochum ist man dieser Frage nachgegangen
- 36 Das Gefühl, dazuzugehören**
Freizeitfußballer und Spieler mit psychischen Erkrankungen ziehen für Rot-Weiss Essens „Team III“ an einem Strang
- 38 Einmal noch ans Meer**
Der Wünschewagen des Arbeiter-Samariter-Bunds nimmt sterbenskranke Menschen mit auf eine letzte große Reise
- 40 „Trauern kann man lernen“**
Gina Krause widmet sich als Dozentin und Trauerbegleiterin verschiedenen Bewältigungsstrategien, Zugangsweisen und Formen der Unterstützung
- 42 Buchtipps: Die richtigen Worte finden**
Viele Kinderbücher bieten auf behutsame Weise eine Erklärungshilfe zu den Themen Tod, Trauer und Abschied
- 44 Erschöpfte Erinnerungen**
In ihrem Bestseller „Das Haus meiner Eltern hat viele Räume“ zeichnet Ursula Ott den Prozess des Loslassens nach
- 47 Den letzten Umzug planen**
Eine Übersicht über Lebens- und Wohnformen im Alter
- 48 Die Vorteile des lebendigen Systemwettbewerbs im deutschen Gesundheitssystem**
Dr. Florian Reuther, Direktor des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V.
- 50 Aus dem BVVG: „Der Generationenvertrag hängt am seidenen Faden“**
Dr. Mathias Höschel, Vorsitzender des Bundesverband Verrechnungsstellen Gesundheit e. V.
- 52 Die Jahreshauptversammlung der PVS fand am 9. Oktober 2019 in Mülheim an der Ruhr statt**
- 54 PVS forum: Seminare November 2019 bis Februar 2020**
- 56 50. Vernissage in den Räumen der PVS**
- 58 PVS kurz + knapp: Prämien, Meldungen aus den Regionen, Gewinnspiel, Jubiläen, Impressum**

WAS KANN

Cannabis-Gesetz, Hanf-Messen und -Paraden, deren Teilnehmer sich für eine Legalisierung entsprechender Produkte einsetzen: Längst ist die berauschende Pflanze in den Fokus der Gesellschaft gerückt. Besonders die Wirksamkeit von Cannabis als Medikament – etwa in der Schmerztherapie – bietet reichlich Diskussionsstoff. Hier fehlt es allerdings noch an langfristigen Erfahrungswerten.

Da wurde eine klare Marschrichtung vorgegeben, als Anfang 2017 das „Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften“ vom Bundestag einstimmig beschlossen wurde: „Schwerkranke Menschen müssen bestmöglich versorgt werden. Dazu gehört, dass die Kosten für Cannabis als Medizin für Schwerkranke von ihrer Krankenkasse übernommen werden, wenn ihnen nicht anders wirksam geholfen werden kann“, so der damalige Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe. Soll heißen: Wem Cannabis hilft, der soll es auch bekommen können. Doch in welchen Fällen hält die Substanz tatsächlich als Therapiealternative her? Hier lohnt eine kurze begriffliche Einordnung: Die Bezeichnung „Cannabinoide“ (bzw. „Cannabis“) bezieht sich auf die gesamte Hanfpflanze; wer hingegen von „Haschisch“ spricht, meint das gepresste Harz der weiblichen Hanfpflanze. „Marihuana“ wiederum steht für die getrockneten weiblichen Blütenstände und Blätter. Im medizinischen Kontext spielen die Cannabinoide Delta 9 Tetrahydrocannabinol (THC) und Cannabidiol (CBD) die relevanteste Rolle. Während THC eine stimmungshebende Wirkung hat und Schmerzlinderung hervorrufen kann, hemmt CBD Entzündungen, löst Krämpfe und nimmt Ängste.

Bevor das eingangs erwähnte Gesetz am 10. März 2017 in Kraft trat, waren Cannabis-Medikamente hierzulande nur bei

Spastiken und Multipler Sklerose zugelassen. Nun können die Mittel auch bei anderen schwerwiegenden Erkrankungen zum Einsatz kommen: Chronisch kranke Patienten, bei denen gängige Schmerzmittel nicht mehr wirken oder eine Unverträglichkeit aufzeigen, erhalten etwa Dronabinol-Tropfen. Gerade bei Schmerzen, die im Nervensystem entstehen, kann Cannabis eine effektive Linderung hervorrufen – neben den bereits erwähnten spastischen Schmerzen sind das auch die neuropathischen, die nicht selten bei Krebspatienten nach

einer Strahlentherapie auftreten. Neben der reinen Blüte werden entsprechende Präparate als Kapseln, Tropfen, Öl oder auch als Mundspray verschrieben.

Zurückhaltung und fehlende Erfahrungswerte

Trotz des neu geregelten Zugangs zu Medikamenten auf Cannabis-Basis bleiben Zweifel und Fragen: Wie steht es etwa um die Toleranzeffekte bei gerauchtem Cannabis? Da verweisen Experten auf ähnliche Folgen wie bei anderen



CANNABIS?

Die Wirksamkeit von Cannabis bei Schmerzen ist nachweisbar – Vorbehalte existieren jedoch immer noch.

wirkungen existieren. So konnte etwa bei postoperativen Schmerzen bislang kein nennenswerter Cannabis-Nutzen gegenüber Placebos verzeichnet werden. Auch bei Fibromyalgie, muskuloskelettalen Schmerzen, rheumatoider Arthritis und tumorbedingten Schmerzen fehlen wissenschaftliche Belege zur Wirksamkeit von Cannabinoiden. Zwar legen manche Studien deren Einsatz im Schmerzmanagement und in der Palliativmedizin nahe, verweisen gleichzeitig aber auch auf Nebenwirkungen wie Schwindel oder gar Psychosen. Bei Epilepsie kann zwar eine hohe Zahl positiver Berichte über die Wirkung von Cannabis verzeichnet werden, doch warnen Experten hier vor Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln. Wenige bis gar keine Studien liegen zudem für die Behandlung von Darmerkrankungen, Schlafstörungen, ADHS, Depressionen oder Demenz vor.

Klar ist: Der gesetzliche Beschluss, Cannabis in medizinischer Form an schwerstkranke Patienten auf Rezept abgeben zu können, stellt für viele Betroffene eine enorme Entlastung dar. Weitere Schritte und Erkenntnisse sind jedoch notwendig, um Vorbehalte und Hemmschwellen zu reduzieren. Ein staatlich überwachter Anbau von Cannabis zu medizinischen Zwecken, wie er Anfang 2017 im Rahmen der Gesetzgebung formuliert wurde, stockt bislang, da das entsprechende Ausschreibungsverfahren vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte gestoppt wurde. Ein Deutscher Anbau soll nun ab 2020 stattfinden. ●

Substanzen – wer eine gute Wirksamkeit erzielen möchte, benötigt stetig höhere Dosen. Auch verbrennt bei dieser Darreichungsform ein großer Anteil des Wirkstoffs und gelangt erst gar nicht in den Körper. Im Falle von Cannabis-Spray warnen Ärzte bei einer zu hohen Dosierung wiederum vor Einschränkungen des Kurzzeitgedächtnisses. Ebenfalls problematisch: Laut Deutschem Hanfverband (DHV) lehnen gesetzliche Krankenkassen rund ein Drittel der Anträge auf Kostenerstattung ab; nicht zuletzt deswegen seien

Ärzte weiterhin zurückhaltend bei der Cannabis-Verordnung. Der DHV fordert eine „Bildungsoffensive für Ärzte“. Bei Hanfblüten entstehen zudem nicht selten erhebliche Lieferengpässe, so dass Patienten trotz Rezept unnötig weiter unter ihren Schmerzen leiden. Auch die hohen Apothekenpreise stellen eine Hürde dar.

Das wohl größte Manko aber dürfte die Tatsache sein, dass bislang nur wenige Erfahrungswerte und Studien zu Wirksamkeit, Langzeit- und Neben-

ROBERT TARGAN

Freier Texter,
Autor & Redakteur.
roberttargan.de



CANNABISKONSUM: LEGAL? ILLEGAL! EGAL?



Aus dem Harz der weiblichen Cannabispflanze wird Haschisch gewonnen. Das Extrakt wird oft zu Platten oder Blöcken gepresst.

Cannabis ist die am häufigsten konsumierte illegale Droge. 96 Millionen Erwachsene zwischen 15 und 64 Jahren haben mindestens einmal in ihrem Leben illegale Drogen probiert, das sind 29 Prozent. Dabei ist Cannabis am beliebtesten – im Vergleich zu anderen Drogen ist der Konsum etwa fünfmal so hoch. Das sind nur zwei der Befunde aus dem jüngsten EU-Drogenbericht, der im Juni in Brüssel veröffentlicht wurde. „Die Herausforderungen, denen wir im Bereich Drogen gegenüberstehen, nehmen zu“, sagt Alexis Goosdeel, der Direktor der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA), die den Bericht jedes Jahr erstellt.

Immer mehr Jugendliche konsumieren Cannabis. Von den jungen Europäern im Alter von 15 bis 34 haben 14 Prozent die Droge in den letzten zwölf Monaten konsumiert, der Anteil der Männer ist doppelt so groß wie der der Frauen. Vor allem in Frankreich ist der Konsum bei jungen Menschen hoch. Um herauszufinden, wie viele Menschen welche Drogen zu sich nehmen, greift die EMCDDA auf ausgetüftelte Methoden zurück. Zum Beispiel wird das Abwasser in Städten analysiert, um Drogenrückstände festzustellen. Aber auch eine neue Pilotstudie, die Spuren von Drogen aus Spritzen untersucht, die in Nadelaustauschstellen in fünf europäischen Städten eingesammelt wurden, floss in den Report ein. Was den Vertrieb angeht, stellt der Drogenbericht einen Anstieg des Verkaufs über soziale Netzwerke und

Marktplätze im „Darknet“ fest. Die Dealer benutzen Verschlüsselungstechniken, um ihre Spuren zu verschleiern. Mittlerweile gibt es sogar Kokain-Callcenter.

Viele haben Cannabis schon einmal probiert. Bei den meisten ist der Konsum mit einer Lebensphase verbunden. Zwar birgt Cannabis deutlich weniger Risiken als beispielsweise Heroin oder Kokain, aber einen Konsum ohne Risiken gibt es auch hier nicht. Geraucht als Joint oder als Hanfkeks gegessen, entfalten die Inhaltsstoffe eine berauschende Wirkung. Hierfür sorgt in erster Linie der Hauptwirkstoff THC (Tetrahydrocannabinol) in der Hanfpflanze. Dieser gehört zur Stoffgruppe der Cannabinoide, die auch eine schmerzstillende Wirkung entfalten, indem sie an Cannabinoid-Rezeptoren im Körper andocken. Der pharmakologi-

sche Nutzen der Hanfpflanze ist mittlerweile für mehrere Krankheiten und Symptome wissenschaftlich belegt.

Seit März 2017 ist das "Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften" in Kraft, das der Bundestag einstimmig beschlossen hat. Es regelt den Einsatz von Cannabisarzneimitteln als Therapiealternative bei Patienten mit schwerwiegenden Erkrankungen im Einzelfall. Mit der neuen Gesetzeslage können Ärzte Cannabis-Arzneimittel verordnen. Dabei geht es um kontrolliert angebautes, qualitativ hochwertiges Medizinal-Cannabis in Form von Blüten oder Extrakt. Schwer Kranke Patienten, denen ein Arzt Cannabis als Medizin verordnet hat, bekommen Cannabisblüten oder Cannabispräparate in pharmazeutischer Qualität. Um

diese Qualität zu gewährleisten, hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zeitgleich zur neuen Gesetzeslage eine staatliche Cannabisagentur eingerichtet. Sie soll den Anbau von Cannabis zu medizinischen Zwecken in Deutschland steuern und kontrollieren. Der Anbau in Deutschland ist ausgeschlossen worden, verzögert sich aktuell aber noch. Bis Cannabis in Deutschland in ausreichenden Mengen angebaut und geerntet werden kann, wird es aus dem Ausland importiert. Der Eigenanbau bleibt in Deutschland auch weiterhin verboten.

Die meisten Deutschen sehen den Einsatz von Cannabis positiv. So glauben drei Viertel, dass medizinisches Cannabis bei chronischen Schmerzen und anderen Beschwerden eine gute Ergänzung zu chemischen Produkten sein kann, wie eine Umfrage des Cannabis- und Hanfunternehmens Canopy Growth in Zusammenarbeit mit dem Marktforschungsunternehmen Innofact AG zeigte. Fast jeder Zehnte nutzt regelmäßig medizinischen Cannabis, beispielsweise bei chronischen Schmerzen, Multipler Sklerose oder Morbus Crohn. Ob es aber in Deutschland in absehbarer Zeit zu einer Legalisierung von Cannabis auch als Genussmittel kommt, ist fraglich, wenngleich die politische Debatte über eine Legalisierung in jüngerer Zeit an Fahrt aufnahm. Vor anderthalb Jahren stellten die Bundestagsfraktionen Grüne, FDP und Linke jeweils unterschiedliche Anträge zur Lockerung der Cannabis-Prohibition. Im Juni lehnte der Gesundheitsausschuss des Bundestages aber den Antrag auf Modellprojekte der FDP sowie den Entkriminalisierungsvorschlag der Linken mehrheitlich ab. Auch die Sozialdemokraten, die in der Legalisierungsdebatte bislang als das Zünglein an der Waage galten, stimmten gegen die Vorschläge der Linken und FDP, obwohl sich diese inhaltlich größtenteils mit den Vorschlägen der eigenen Fachpolitiker decken. Die Entscheidung über das Cannabiskontrollgesetz der Grünen steht allerdings noch aus.

Bei der Hanfparade zogen im August mehrere Tausend Menschen als Befürworter einen liberalen Drogenpolitik und für die Legalisierung von Cannabis vom Alexanderplatz bis zum Bundesgesundheitsministerium. Auch Bundestagsabgeordnete von Bündnis90/Die Grünen



Die getrockneten harzhaltigen Blüten und die blüthennahen, kleinen Blätter der weiblichen Hanfpflanze (Cannabis) nennt man Marihuana.

und Die Linke begleiteten die Demonstranten über den Boulevard Unter den Linden ins Regierungsviertel und schlossen sich den Forderungen nach einer Legalisierung an.

Der Geschäftsführer des Deutschen Hanfverbands, Georg Wurth, sagte auf der Kundgebung, die Regierung versuche, Menschen mit Repression vom Cannabiskonsum abzuhalten. Das funktioniere nicht. Der Blick ins Ausland zeige, dass eine Legalisierung sinnvoller sei. Auf Plakaten waren Sprüche wie "Alcohol kills, Cannabis heals" zu lesen. Die oppositionelle Berliner CDU-Fraktion meldete sich per Twitter zu Wort: eine Freigabe von Cannabis sei "unverantwortlich". Jüngst hat der Deutsche Hanfverband einen über 100 Seiten dicken „Normenkontrollantrag zur Vorlage beim Bundesverfassungsgericht“ erstellt. Damit will er die Richter auffordern, das in Deutschland geltende Cannabisverbot neu beurteilen zu lassen. Georg Wurth, Geschäftsführer des Hanfverbandes: „Wir wissen, dass es in Deutschland viele Richter, Strafrechtsprofessoren, Staats- und Rechtsanwälte gibt, die das Verbot ebenso wie wir als gescheitert beurteilen und an seiner Verfassungskonformität zweifeln. Das Bundesverfassungsgericht kann der Politik den Auftrag für eine neue Gesetzgebung erteilen.“

In den vergangenen Jahren kam es auf der ganzen Welt zu einer Bewegung für einen liberaleren Umgang mit Cannabis. Selbst unter den Politikern finden sich einige, die den Konsum zumindest in ihrer Jugend zugeben, so zum Beispiel Winfried Kretschmann, Günther Oettinger, Hans Eichel, Heinz Buschkowsky oder Joschka Fischer. Dennoch bleibt es in Deutschland dabei: Die Blüten der Hanfpflanze (Marihuana) und das Cannabis-Harz (Haschisch) darf weder besitzen noch konsumiert werden, wie das Betäubungsmittelgesetz vorschreibt. Was diese Illegalität konkret bedeutet, unterscheidet sich aber stark, in Deutschland beispielsweise auch nach Bundesland. Während die meisten Länder nach einer Erhebung des deutschen Hanfverbands ab einer sichergestellten Menge von sechs Gramm oder weniger von der Strafverfolgung absehen, können in Berlin bis zu 15 Gramm straffrei bleiben. ●



DR. CHRISTINE WINKLER

Pressereferentin der PVS
cwinkler@ihre-pvs.de

„KEIN MENSCH GEWÖHNT SICH AN SCHMERZEN“

Die Zahlen klingen alarmierend: 23 Millionen Menschen leiden in Deutschland an länger andauernden Schmerzen – nach bis zu 80 Prozent aller Operationen erfolgt zudem keine adäquate Schmerzbehandlung. In seinem Bestseller „Schmerz Los Werden“ stellt Prof. Dr. med. Sven Gottschling fest, dass in unserem hochtechnisierten Land viele Menschen völlig unnötig unter starken Beschwerden leiden. Der bekannte Schmerztherapeut und Palliativmediziner fordert, dass damit Schluss sein muss und erläutert im Gespräch mit „PVS einblick“ Möglichkeiten der modernen Schmerzmedizin.

PVS: Schon früh im Leben macht der Mensch Bekanntschaft mit Schmerzen – etwa das kleine Kind, das die heiße Herdplatte berührt. Ist Schmerz also ein überlebenswichtiges Frühwarnsystem?

Prof. Gottschling: Ja, Gott sei Dank. Schmerz warnt uns vor gravierenden Schädigungen und führt – wie im genannten Beispiel – dazu, dass wir die betroffene Extremität umgehend aus dem Schadensgebiet zurückzerren. Daraus resultiert ein entsprechender Lerneffekt.

Schmerz hat also eine Funktion?

Im akuten Fall ist Schmerz absolut sinnvoll; sobald er chronisch wird, verliert der Schmerz diese Warn- und Schutzfunktion und wird zur eigenständigen Erkrankung. Aus diesem Grunde sollten Schmerzen frühzeitig, noch vor solch einer Chronifizierung, gepackt werden. Je länger Schmerzen bestehen, desto schwieriger die Behandlung.

Kinder bekommen schon mal zu hören: „Ein Indianer kennt keinen Schmerz“ oder „Du wächst bestimmt“ ...

Das sind nicht selten Glaubenssätze, die man für den Rest seines Lebens mit sich herumschleppt. Da verfestigt sich mitunter der Gedanke, dass Jammern keine echte Option sei. Kinder werden zudem häufig unterschiedlich sozialisiert: Von Jungs erwartet man häufig, dass sie die Zähne zusammenbeißen und stets ein lächelndes Gesicht zeigen. Diese spezielle Verarbeitung bedeutet jedoch nicht, dass sie weniger spüren. Bestimmte Schmerzen sind auch in frühen Jahren leider nicht zu vermeiden – der Fahrradsturz etwa oder die Impfung. Die Frage ist stets, wie man damit umgeht: Nehme ich das Kind ernst? Warum gebe ich ihm bei starken Wachstumschmerzen kein linderndes Medikament? Ansichten wie „Wo willst Du in Deinem Alter denn schon Kopfschmerzen her haben?“ ärgern mich beispielsweise sehr.

In Ihrem Buch plädieren Sie bei Kindern für Ablenkung und Mitbestimmung in der Arztpraxis. Wie kann das aussehen?

Kleine Patienten, die aufgrund einer Erkrankung häufig zum Arzt müssen, wissen vielleicht, bei welcher Vene die Blutentnahme bisher immer gut funktioniert hat. Sie können dem Arzt sagen: „Bitte pieks mich hier.“ Erhält das Kind Mitbestimmungsrecht, ist auch das Gefühl der Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins viel kleiner. Wichtig ist zudem, dass das Kind die Eltern als Partner des Arztes erkennt und versteht, dass es sich um eine notwendige Maßnahme handelt.

Manch ein Erwachsener scheint sich mit Schmerzen zu arrangieren, statt auf wirkungsvolle Mittel zurückzugreifen ...

Das erleben wir sogar im Palliativkontext, dass Menschen mit einer weit vorgeschrittenen Tumorerkrankung auf Schmerzmittel verzichten, da sie eine Benebelung fürchten. Ein Irrglaube, denn die meisten Medikamente sind



AUS DER PRAXIS –
EXPERTEN ZUM
THEMA **SCHMERZ**

PROF.
SVEN GOTTSCHLING

Prof. Dr.
Sven Gottschling



Prof. Dr. med. Sven Gottschling
mit Lars Amend: Schmerz Los Werden,
S. Fischer Verlag, 272 Seiten, 16,95 €

entsprechend steuerbar, dass man eine gute Schmerzlinderung ohne gravierende Nebenwirkungen erreichen kann. Ähnlich ist es in anderen Bereichen: Frauen etwa, die bei der Geburt auf eine Periduralanästhesie verzichten, weil man „da eben durch muss“. Als Arzt mache ich Angebote – diese kann man annehmen oder ablehnen. Oft treffe ich auch auf ältere Menschen, die verinnerlicht haben, dass Schmerzmittel grundsätzlich „etwas Böses“ darstellen. Dem Gegenüber wiederum stehen die Optimierer, die jederzeit leistungsfähig sein möchten und sich zur Not täglich Tabletten rein schmeißen. In allen Fällen ist umfassende Aufklärung notwendig.

Sie haben Schmerzen im Alter angesprochen: Was lauern da – neben dem Verzicht auf lindernde Mittel – für Gefahren?

Ältere Menschen leiden nicht selten unter mehreren Erkrankungen. Werden diese alle leitliniengerecht behan-

delt, kommt es mitunter zu heftigen Interaktionen zwischen den eingesetzten Medikamenten. Leider fassen sich Kolleginnen und Kollegen viel zu selten ein Herz, um die Tablettenbox zu „entrümpeln“. Da finden sich bei über Achtzigjährigen nicht selten Tagesrationen von mehr als 20 Pillen. Ein absolutes Risiko! Da plädiere ich für eine kritische Hinterfragung. Zudem glauben leider viele Menschen, dass Schmerzen zum Alter dazugehören. Schlimmer noch der Glaubenssatz: „Alter ist ein gutes Schmerzmittel.“ Totaler Nonsens! Kein Mensch gewöhnt sich an Schmerzen.

Sie schreiben: „Bei der Schmerztherapie befinden wir uns auf Drittweltniveau.“ Inwiefern?

Fast jeder Arzt in Deutschland musste sich in der Ausbildung mit dem WHO-Stufenschema zur Schmerztherapie befassen. Dieses wurde 1986 entwickelt, um eine möglichst simple Tumorschmerzbehandlung in der Dritten Welt zu etablieren – war aber niemals dazu gedacht, eine differenzierte Schmerztherapie in entwickelteren Ländern durchzuführen. Schon beim simplen Ursprungsschema war nicht vorgesehen, dass sich Tumorkranken mühsam von Stufe 1 über Stufe 2, bis hin zur dritten Stufe der Therapie hoch hangeln müssen. Oft passiert jedoch immer noch genau das.

Das heißt?

Menschen bekommen sehr schnell Medikamente der Stufe 1 verordnet; das sind Mittel mit dem größten Risiko für langfristige Organschäden. Das Wissen über Schmerzmedikamente wird im Studium erst seit 2016 im Pflichtprüfungsfach vermittelt. Die meisten Kolleginnen und Kollegen wurden also dahingehend nicht ausgebildet. Wer das also nicht freiwillig aufbereitet hat, befindet sich auf dem Stand von vor über 30 Jahren.

Auch Medikamente wie Paracetamol, Aspirin, Ibuprofen und Diclofenac können langfristig schaden – wie unkritisch wird da der Konsum betrieben?

Meiner Meinung nach extrem unkritisch. Bei Diclofenac sind es hierzulande umgerechnet jährlich rund 80, bei Ibuprofen sogar rund 150 Tonnen, die da

durch die Mägen und Nieren gehen. Den meisten Menschen ist nicht bewusst, wie gefährlich diese Medikamente sind. Hier kommt mir der typische Rückenschmerz-Patient jenseits der 50 in den Sinn, der oftmals schon an leichten Gefäßschäden leidet. Da existiert per se ein erhöhtes Herzinfarkt- und Schlaganfallrisiko. Mit der Einnahme der genannten Arzneimittel wird dieses Risiko teilweise verdreifacht! Die freie Verkäuflichkeit suggeriert fälschlicherweise, dass es sich um ungefährliche Medikamente handelt. Jede einzelne Tablette aber ist ein kleiner „Tritt“ in die Nieren.

Stichwort „Eigenverantwortung“: Bei vielen Schmerzpatienten machen Sie eine gewisse „Flatrate-Mentalität“ aus ...

Dem Patienten muss prinzipiell klar sein, dass es ein biopsychosoziales Schmerzmodell gibt. Der Gedanke „Ich habe Schmerzen, und der Arzt soll mir diese umgehend wegzaubern“ ist daher problematisch. Das beste Beispiel sind Spannungskopfschmerzen – ausgelöst von Muskelverspannungen, die zuvor durch Anspannungen begünstigt wurden. Anspannungen wiederum resultieren aus Stress. Wer also auf der Arbeit permanent unter Druck steht, bekommt seine Spannungskopfschmerzen demnach nicht mit einer Tablette in den Griff. Vielleicht aber mit einer neuen Jobsituation. Auch bei Patienten mit 50 Kilo Übergewicht und keinerlei Bewegungsdrang kann ich mich als Schmerztherapeut auf den Kopf stellen. Es geht nicht ohne Eigeninitiative ...

... aber durchaus ohne Medikamente.

Genau, etwa bei Rückenschmerzen. Denn in 85 Prozent aller Fälle rühren diese hierzulande nicht von Bandscheibenvorfällen, verschobenen Wirbeln oder anderen gravierenden Störungen. Vielmehr sind sie funktioneller Art; da ist jemand verspannt, da liegt eine kleine Blockade vor. Gleiches gilt für die bereits erwähnten Kopf- und auch für funktionelle Bauchschmerzen. Gerade da eignen sich je nach Symptom nichtmedikamentöse Verfahren: transkutane elektrische Nervenstimulation, Hypnotherapie, Entspannungsverfahren und Akupunktur. Patienten, die ohne Wenn und Aber auf eine Tablette bestehen, sind bei mir an der falschen Adresse. ●

Das Gespräch führte
ROBERT TARGAN
Freier Texter, Autor & Redakteur.
roberttargan.de

EUROPÄISCHER GESUNDHEITSKONGRESS 2019 IN MÜNCHEN



Auf dem Podium: (v.l.n.r.) Prof. Dr. Jens Scholz, Vorstandsvorsitzender, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein; Prof. Dr. Axel Ekkernkamp, Ärztlicher Direktor und Geschäftsführer, BG Klinikum Unfallkrankenhaus Berlin gGmbH; Stephan Buttgerit, IT-Koordinator, PVS holding GmbH; Prof. Dr. Wolfgang Hommel, Professur für IT-Sicherheit von Software und Daten, Universität der Bundeswehr.

Beim Europäischen Gesundheitskongress in München traten vom 26. bis 27. September 2019 rund 150 Referenten auf, die zu den Vordenkern im Bereich der Gesundheitsversorgung gehören. Sie diskutieren mit insgesamt über 1.000 Kongressbesuchern gesundheitspolitische Fragen, denen sich Krankenhäuser, Reha-Kliniken, niedergelassene Ärzteschaft, Pflege und die gesamte Gesundheitswirtschaft zu stellen haben. Stephan Buttgerit vertrat die PVS holding in der Session „Digitalisierung im Krankenhaus –

Was haben wir messbar erreicht?“ auf dem prominent besetzten Podium. In seinem Impulsvortrag skizzierte Stephan Buttgerit das Dilemma der digitalen Fallakten-Heterogenität im deutschen Gesundheitssystem und den damit verbundenen Herausforderungen in der externen Privatliquidation. Gleichzeitig stellte er fest, dass die PVS holding durch diverse Maßnahmen für die gegebene Situation gewappnet ist und bereits jetzt – trotz der gegebenen Umstände – für einige Fachbereiche eine bessere Performance als im alther-



Stephan Buttgerit (PVS holding) über „Digitalisierung im Krankenhaus – Was haben wir messbar erreicht?“.

gebrachten Papieraktenabrechnungsprozess misst. Diese Tendenz werde sich mittelfristig für alle Fachbereiche einstellen. Trotzdem forderte er bezüglich der Dokumentation eine Orientierung an internationalen Standards, eine bessere Konnektivität und weniger Protektionismus der Softwarehersteller und eine bessere Personalausstattung der Krankenhäuser im Bereich der IT. Neben der Podiumsdiskussion konnten Stephan Buttgerit und das Team der PVS bayern um Geschäftsstellenleiterin Susanne Zeiler (Foto unten) viele interessante und konstruktive Gespräche mit neuen und alten Wegbegleitern führen. Die positive Aufbruchsstimmung und der Mut zur Veränderung – forciert auch durch die aktuell sehr agile Herangehensweise des Bundesgesundheitsministeriums – war auf dem gesamten Kongress deutlich spürbar. ●



AUSZEICHNUNG FÜR DIE INITIATIVE „UnternehmensWertArzt“

Am 26. September wurde der „Unternehmerpreis Südwestfalen 2019“ verliehen. In der Kategorie „Projekt“ konnte sich die Initiative „UnternehmensWertArzt“, die von Lara Bäumer (rechts) und Stefan Spieren (links) ins Leben gerufen wurde, durchsetzen. „Neun von fünfzehn Hausärzten sind älter als 60 Jah-

re. In den ländlichen Regionen droht eine Unterversorgung. Mit diesem Projekt werden die Weichen gestellt, damit die ärztliche Versorgung auch in ländlichen Regionen langfristig gesichert bleibt“, sagte Laudator Frank Beckehoff (mitte), Landrat des Kreises Olpe. Lara Bäumer und Stefan Spieren stärken die

unternehmerischen Kompetenzen, vernetzen Ärzte und versuchen, die positiven Aspekte einer Niederlassung in den Vordergrund zu stellen. Davon profitieren Menschen in der Region, aber auch Kommunen sowie Unternehmen, da der ländliche Raum für Bürger und Arbeitnehmer attraktiv bleibt. Damit solch ein Vorhaben auf sicheren Füßen steht, benötigt es bundesweite Unterstützung. Neben Banken, Ärztekammer und der Universität Siegen beteiligt sich auch die PVS als starker Kooperationspartner. ●



unternehmenswertarzt.de
unternehmerverlag-suedwestfalen.de

EIN ORT FÜR NEUE LEBENSKRAFT

Die Medical Park-Unternehmensgruppe vereint deutschlandweit 13 Fachkliniken und drei ambulante Therapiezentren zur medizinischen Rehabilitation und Prävention. In der psychosomatischen Klinik Chiemseeblick finden Menschen individuell abgestimmte, hochmoderne Behandlungskonzepte vor, die bei Krankheitsbildern wie Burnout, depressiven Störungen, Angst- und Zwangsstörungen oder Traumata zum Einsatz kommen. Sowohl für Kurzaufenthalte von fünf Werktagen als auch bei vier- bis sechswöchigen Maßnahmen gilt die Philosophie: „Gesundwerden in traumhafter Lage“.

» Handeln, bevor es zu spät ist“, so eine weitere Devise der Fachklinik in Bernau-Felden, unmittelbar gelegen am malerischen und namengebenden Chiemsee. Wie wichtig präventive Maßnahmen und Leistungen mit Blick auf die psychische Gesundheit sind, zeigen bundesweite Umfragen verschiedener Krankenkassen, die alle zu den gleichen Ergebnissen kommen: Jeder zweite Arbeitnehmer fühlt sich von einem Burnout bedroht; über die Hälfte der Befragten klagt über typische Symptome wie anhaltende Erschöpfung, einer gro-

ßen inneren Anspannung, Lustlosigkeit und Schlafstörungen. Nicht selten ist der Weg von der Erschöpfung zur Depression ein kurzer. Im Medical Park Chiemseeblick erarbeiten Fachärzte und Psychotherapeuten mit den Patienten eine psychosomatische Differentialdiagnostik sowie verschiedene Therapiemöglichkeiten – Diplom-Sozialarbeiter, examiniertes Pflegepersonal, Diätassistenten und Ergotherapeuten ergänzen das multidisziplinäre Team vor Ort. Auch werden Bewegung und Sport sowie Tanz-, Kunst- und Musiktherapie am Chiemsee großgeschrieben – medi-

zinische Bademeister und Masseur runden das hervorragende Angebot ab. „Mit unserem Präventionsprogramm möchten wir die Patienten unterstützen, bei denen noch keine Chronifizierung des Leides eingetreten ist“, so Dr. Karsten Jens Adamski, Geschäftsführer der Klinik Medical Park Chiemseeblick. „Innerhalb einer fünföchigen intensiven Behandlungsepisode erarbeiten wir mit diesen Menschen einen ärztlichen Befund für eine dem Leiden entsprechende Therapie und stabilisieren zudem unsere Patienten hinsichtlich spezifischer Belastungssituationen in



ihrer Berufsgruppe.“ Dank dieses Leistungsspektrums genießt die Klinik einen hohen Zuspruch und nimmt in Deutschland eine Sonderstellung ein.

Rückzugsräume entstehen

Ohne Frage: Neben den insgesamt 236 Patientenzimmern mit 263 Betten, der modernen medizinischen Rundum-Versorgung sowie den therapeutischen Maßnahmen, ist es vor allem das Ambiente rund um den Chiemsee, das zur Festigung und Genesung der Patienten beiträgt. „Gesund werden in traumhafter Lage“ so die Losung des Hauses, die Dr. Karsten Jens Adamski treffend unterstreicht: „Bei einer Blinddarmbehandlung erscheint dem Patienten die Lage des Krankenhauses als sekundär – da zählt in erster Linie der OP-Termin. Wer aber im Rahmen einer psychischen Erkrankung eine Klinik aufsucht, möchte erfolgreiche Lösungen für eine Lebensführung nach diesem stationären Aufenthalt erhalten. Anschließend an diese Selbstreflexion bietet die weite Fläche des Chiemsees Gelegenheit, den Blick in die Ferne schweifen zu lassen und Ruhe wahrzunehmen.“ Stressfaktoren geraten in den Hintergrund, Rückzugsräume entstehen, neue Lebenskraft kann sich entfalten.

Neben den bereits genannten Krankheitsbildern Burnout und Depression werden im Medical Park Chiemseeblick weitere

psychische bzw. psychosomatische Leiden behandelt, etwa Angst-, Zwangs- und Panikstörungen, Phobien, Traumata, nichtorganische Schlafstörungen und Binge-eating (Ess-Sucht). Nach einem Überblick über die verschiedenen Behandlungssegmente erhalten alle Patienten ein spezifisches Gruppen-therapieangebot: „Besteht in unseren einzeltherapeutischen Sitzungen der große Vorteil der Privatsphäre, vereint die Gruppe wiederum Menschen, die Vergleichbares erlebt haben“, so Dr. Adamski. „Plötzlich trifft der Patient auf ein Gegenüber, das ähnliche Gefühlswelten durchlebt.“ Diese wichtige Möglichkeit des „Andockens“ hebt auch Prof. Dr. Michael Soyka hervor, Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie und gleichzeitig Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Klinik. Er weiß: „Gerade für Menschen ohne Therapieerfahrung ist solch ein Resonanzboden sehr wichtig. Auch lassen sich Entspannungsverfahren in der Gruppe leichter erlernen.“ Hier spricht der Facharzt einen nicht zu unterschätzenden Punkt an, stellt die soziale Kontaktaufnahme für Menschen mit psychosomatischen Störungen oder Erkrankungen doch mitunter eine große Herausforderung dar. Genau dort setzt das therapeutische Team der Klinik an: Eine Vielzahl an Beziehungsangeboten soll für heilsame Erfahrungen sorgen. Prof. Dr. Soyka: „Ich betone stets, dass Psychosomatik Beziehungsmedizin darstellt. Natürlich behandeln wir bei Notwendigkeit auch mit Medikamenten. Es geht aber nichts über

AUS DER PRAXIS – EXPERTEN ZUM THEMA **SCHMERZ**

das Erleben von persönlichem Kontakt – das ist das zentrale Element, mit dem wir hier arbeiten.“

Zugang zu namenlosen Gefühlen

Die Ziele der psychosomatischen Behandlung im Medical Park sind klar formuliert: Neben einer psychischen Stabilisierung und Verbesserung der Selbst- und Körperwahrnehmung sollen gleichzeitig negative Affekte reduziert werden. Am idyllischen Chiemsee erwartet die Patienten bei einem Regelaufenthalt von vier bis sechs Wochen eine neue Tagesstruktur mit allerlei Freizeitmöglichkeiten, die auch der Stärkung der Autonomie dienen. Während Sport und Bewegung für eine Aktivierung von Seele und Körper sorgen, vermittelt die hauseigene Ökotrophologin ein selbstkritisches Bewusstsein im Hinblick auf schädigende Essgewohnheiten. „Wir setzen darauf“, so Prof. Dr. Soyka, „dass sich die Patienten sportlich betätigen, unsere physiotherapeutischen Angebote wahrnehmen und sich mit ihrer Ernährung auseinandersetzen.“ Nicht zu unterschätzen seien zudem Angebote der Kreativtherapie aus den Bereichen



Foto: © Medical Park AG



Im Medical Park Chiemseeblick trifft Idylle auf hochmoderne Behandlungsmethoden.



Kunst, Gestaltung, Musik und Tanz: „Da geht es ums Hören und Gehörtwerden sowie Sehen und Gesehenwerden“, so der Facharzt. „Manch eine seelische Belastung lässt sich nicht verbalisieren, dann bieten Kunst oder Musik die Chance, Emotionen zum Ausdruck zu bringen.“ Ein neuer Zugang zu namenlosen Gefühlen.

Solch unbewusste Konflikte gilt es auch auf der anderen Seite des Therapeuten-Patienten-Verhältnisses frühzeitig zu erkennen. Geschäftsführer Dr. Karsten Jens Adamski: „Im Rahmen einer Supervision bieten wir unseren Mitarbeitern die Möglichkeit, die vom Patienten vernommenen Berichte mit einem weiteren Arzt zu reflektieren. Ich denke da etwa an Gespräche mit traumatisierten Lokführern. Da kommen tragische Bilder zutage, mit denen wir gerade unsere jungen Kollegen aus dem Bereich der Psychotherapie nicht alleine lassen möchten.“ Hier nimmt der Medical Park Chiemseeblick die wichtige Rolle des stabilen Ankers und Partners in der Behandlung ein.

Hirnstimulation, Bio-Feedback und Lichttherapie

Auf ihrem Weg zu mehr Lebensqualität profitieren die Patienten im Medical Park Chiemseeblick – neben Kompetenz und Feingefühl des Klinik-Teams – von hochmodernen Therapieansätzen. Die bereits genannten Verfahren aus den Bereichen Bewegung, Kreativität und Ernährung stehen in enger Verbindung mit medizinischen, verhaltenstherapeutischen und tiefenpsychologischen Konzepten, etwa der nicht-invasiven Hirnstimulationen. Diese ist besonders bei chronisch depressiven Patienten angezeigt, die trotz Antidepressiva oder Gesprächstherapie keine nachhaltigen Fortschritte machen. Als ausgewiesener Spezialist für diese Methode ist PD Dr. Ulrich Palm in der Bernauer Klinik als Chefarzt tätig. Er weiß: „Neuere Verfahren wie die Hirnstimulation stellen sozusagen eine dritte Säule in der Behandlung dar. Neben Studien zu Depressionen konnten mittlerweile auch gute Ergebnisse bei Erkrankungen wie Schizo-

phrenie sowie Zwangs- und Angststörungen gewonnen werden.“ Dank der guten Datenlage bei Depressionen hat die nicht-invasive Hirnstimulation in Ländern wie England oder Kanada bereits Eingang in die Leitlinien gefunden – doch was genau geschieht bei diesem Verfahren? Das Gehirn erhält dank Magnetstimulation oder Gleichstrombehandlung Impulse, die das Belohnungszentrum ansprechen. Dr. Ulrich Palm geht in die Tiefe: „Es geht dabei vor allem um vordere Hirnanteile, die im Wesentlichen das ausmachen, was uns Menschen charakterisiert – also Persönlichkeit, Willensbildung, Antrieb und Stimmungssteuerung. Diese Hirnsegmente funktionieren in der Depression nur eingeschränkt – der aktivierende Gleichstrom fließt bei der Behandlung durch eben jene Nervenzellen und »kitzelt« diese im übertragenen Sinne.“ Darüber hinaus kommt der messbare antidepressive Effekt ohne nennenswerte Nebenwirkungen oder Risiken daher. Gleiches gilt für die Biofeedback-Behandlung, die ebenfalls im Medical Park Chiemseeblick erfolg-



Prof. Dr. Michael Soyka (Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie) ist Ärztlicher Direktor und Chefarzt im Medical Park Chiemseeblick.



Der promovierte Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler Dr. Karsten Jens Adamski ist seit 2014 Geschäftsführer der Klinik.



Ausgewiesener Spezialist für nicht-invasive Hirnstimulationsverfahren und Chefarzt am Chiemsee: Priv.-Doz. Dr. med. Ulrich Palm.



Gesund werden dank Hotelambiente:
Der Wohlfühl-Faktor spielt in der
Klinik eine große Rolle.



Auch die
Essgewohnheiten
der Patienten
stehen am Chiem-
see im Fokus.

reich zum Einsatz kommt. Bei dieser Anwendung gewinnen besonders Patienten, die unter Stress oder Angststörungen leiden, ein großes Stück Selbstkontrolle zurück. Per speziellem Stirnband, Bauchgürtel oder mittels Elektroden an den Fingern können unter wohldosierten Stressreizen am Computer Faktoren wie Schweißdrüsenfunktion, Körperoberflächentemperatur und Qualität der Atmung gemessen werden. Unbewusste Bio-

dere kohlenhydratreiche Lebensmittel. „Das ist ein anerkanntes Krankheitsbild, das den Betroffenen über Wochen und Monate belasten kann“, so Dr. Palm. „Bei der Lichttherapie kommen spezielle Geräte zum Einsatz, die üblicherweise 10.000 LUX abgeben und in den frühen Morgen- und Vormittagsstunden einen Stopp der Ausschüttung des Schlafhormons begünstigen.“ Dem Gehirn wird so suggeriert: Der Tag beginnt – du musst jetzt

Und auch die Wirksamkeit der Ansätze ist belegt, zeigen aktuelle Qualitätsberichte doch, dass 92 Prozent ehemals depressiver Patienten von deutlich mehr Lebensfreude berichten. Zahlen, die belegen, dass die Kombination aus Urlaubsumbiente und erstklassiger medizinischer Versorgung einen heilsamen Therapieverlauf verspricht – bundesweit ein Alleinstellungsmerkmal des Medical Parks Chiemseeblick.



Hochmodern und erfolgreich: Per Stimulation wird das Belohnungszentrum im Hirn angesprochen.



Dank Kreativtherapie können in der Klinik seelische Belastungen verbalisiert werden.



Sport und Bewegung runden das therapeutische Angebot des Medical Parks Chiemseeblick ab.

signale, die dem behandelnden Arzt wichtige Erkenntnisse liefern. Dr. Ulrich Palm: „Man kann hier von einer Selbststeuerungstherapie sprechen. Der Patient lernt, nicht mit Angst auf die Wahrnehmung körperlicher Symptome zu reagieren, sondern die Signale bewusst einzuordnen.“ Ein Rückkopplungsmechanismus, der direkt über Erfolg oder Nichterfolg der Intervention Auskunft gibt.

Dass depressive Störungen auch einen saisonalen Hintergrund haben können, zeigt sich in den dunkleren Herbst- und Wintermonaten. Ein Phänomen, dem man in der psychosomatischen Klinik mit einer Lichttherapie begegnet. Die „Winterdepression“ ist gekennzeichnet von einem erhöhten Bedarf an Schlaf, dennoch stetiger Tagesmüdigkeit sowie Heißhunger auf Schokolade und an-

aufwachen. Ein etabliertes, leicht anzuwendendes Verfahren mit einem zügigen Effekt innerhalb weniger Tage.

Hohe Qualität und nachgewiesene Lebensfreude

Ob nun Psychotherapie, Kreativangebote, Sport oder eben neue Verfahren wie Hirnstimulation und Bio-Feedback: Sämtliche Praktiken werden im Medical Park Chiemseeblick durch ein konzernweites Qualitätsmanagement gelenkt und unterliegen einer kritischen Reflexion. Die Ergebnisse fortlaufender Patientenbefragungen werden monatlich ausgewertet, mit den Abteilungsleitern besprochen und unverzüglich umgesetzt. Mit bestem Feedback: 91 Prozent aller Patienten empfehlen die Klinik nach ihrem Aufenthalt weiter.

MEDICAL PARK Chiemseeblick
Fachklinik für Psychosomatik
Rasthausstr. 25
83233 Bernau-Felden
08051 96150
chiemseeblick@medicalpark.de
medicalpark.de

ROBERT TARGAN

Freier Texter, Autor & Redakteur.
roberttargan.de

AUS DER PRAXIS –
EXPERTEN ZUM
THEMA **SCHMERZ**

DR. SIGHART
TRAUTWEIN

GEGEN DEN SCHMERZ MIT MEHR BEWEGUNG FÜR GESUNDE GELENKE



Foto: © trautwein-orthopaedie.de

Knochen, Muskeln, Gelenke, Bänder und Sehnen sind die Bausteine, aus denen unser Halte- und Bewegungsapparat aufgebaut ist. In der Diagnostik der Orthopädie stehen die Untersuchungen des Körpers in seinem statischen Aufbau sowie die Analyse der Bewegungsabläufe im Mittelpunkt. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf der Beurteilung Schmerz auslösender Faktoren und möglicher Einschränkungen im Alltag.

Die demographische Entwicklung und die zunehmende Überalterung der Gesellschaft haben zur Folge, dass immer mehr Menschen Beschwerden mit ihrem Bewegungsapparat haben. Zudem treiben immer mehr Menschen Sport, was zu Verletzungen oder Abnutzungserscheinungen führen kann. Dementsprechend erfreuen sich die Orthopäden einer wachsenden Anzahl von Patienten.

Mit der Erfahrung von 30 Jahren klinischer Tätigkeit unter anderem am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf im Israelitischen Krankenhaus und in leitender Funktion bis 2018 am Katholischen Marienkrankenhaus hat sich Dr. Sighart Trautwein seit Beginn des Jahres nun in eigener orthopädischer Facharztpraxis am

Neuen Wall in Hamburg niedergelassen. Hier ermöglicht er seinen Patienten, wieder in Bewegung zu kommen und Beweglichkeit zurückzugewinnen.

Er diagnostiziert und therapiert im Sinne einer ganzheitlich verstandenen Medizin und nimmt sich viel Zeit für seine Patienten, damit sie Vertrauen in seine ärztliche Tätigkeit aufbauen können und sich gut aufgehoben fühlen. Seine Empathie für die Patienten, sein fundiertes Wissen und die langjährige Erfahrung als Operateur sind die besten Voraussetzungen hierfür. „Der Mensch funktioniert ja nicht wie ein Auto, das bei Bedarf ein Ersatzteil erhält. Man muss den Menschen als Einheit sehen und gemeinsam mit ihm ein optimales und ganzheitliches Behandlungskonzept ent-

wickeln“, ist sich Dr. Trautwein sicher und macht das am Beispiel von Schmerzen im Knie deutlich. Sie können beispielsweise durch eine Fehlstellung, durch einen Hüftgelenk- oder aber durch einen Haltungsschaden ausgelöst werden. Man müsse dem Schmerz auf den Grund gehen und herausfinden, woran es liegt. Kompetenz und Vertrauen sind aus seiner Sicht die besten Ausgangspunkte einer optimalen Versorgung.

Eine präzise Diagnose ist für eine erfolgreiche, nachhaltige Behandlung zentral. Schmerzen sind etwas Persönliches und haben häufig ganz unterschiedliche Ursachen. Zudem gibt es Schmerzen, die permanent sind und chronisch werden. So unterschiedlich die Ursachen, so differen-

ziert muss auch eine Therapie erfolgen. Das ist das Credo des Gelenkspezialisten, der sich gezielt mit verschiedenen Therapiemöglichkeiten den individuellen und persönlichen Problemen seiner Patienten mit ihren oft chronischen Schmerzen widmet. So schaut er als Arzt nicht nur auf die körperlichen Beschwerden mit dem Ziel der Stabilisierung, Kräftigung und Lockerung des Muskelsystems, sondern es geht ihm auch um die Vermittlung des Wissens über die Schmerzentstehung, Schmerzverarbeitung und die Zusammenhänge zwischen unseren Emotionen und der körperlichen Anspannung. Oberste Priorität hat für ihn zunächst die Linderung der Schmerzen, bevor er mit der Therapie der Ursachen beginnt.

Wenn alle konservativen und alternativen Maßnahmen nicht mehr helfen, die Schmerzen weiter bestehen, die Beweglichkeit und das Gehvermögen abnehmen, wird eine Operation empfohlen. Eine konservative Therapie ist für den mit der großen Gelenkchirurgie, vor allem der Implantation künstlicher Hüft-, Knie- und

Schultergelenke vertrauten Spezialisten dennoch immer das Mittel der ersten Wahl. Erst wenn eine manuelle Therapie, Akupunktur, Neuraltherapie oder Stoßwellentherapie nicht den gewünschten Erfolg bringt, rät er zur Operation, die er selbst in der „Facharztambulanz Hamburg“ durchführt.

Dr. Trautwein weiß, was operativ erreicht werden kann. Mit mehr als 3.000 Hüften, 2.500 Knieprothesen, 500 Schulteroperationen und über 10.000 Arthroskopien, die er erfolgreich durchgeführt hat, blickt er auf einen reichen Erfahrungsschatz zurück. Dennoch ist er überzeugt davon, dass man Vertrauen und neue Patienten ausschließlich durch seriöses Abwägen aller Behandlungsmöglichkeiten gewinnt.

Ohnehin ist die Operation nur die Hälfte der Therapie. Auch danach müssten Krankengymnastik und das weitere Training in Eigenregie langfristig erfolgen: „Wer das regelmäßige Training vernachlässigt, ist in zwei Jahren wieder hier“, prognostiziert der Facharzt und weist darauf hin,

dass zusätzlich die Ernährungsumstellung mit viel frischem Obst, Gemüse, Vollkornprodukten und reichlich Flüssigkeitszufuhr wichtig sei. Man sollte trainieren, wenn es einem am leichtesten fällt – und es auch wirklich Spaß macht. Sport am frühen Morgen hat den Vorteil, dass die Kohlenhydratspeicher noch leer sind und der Körper daher schneller auf die Fettserven zurückgreift. Sport am Abend baut hingegen den Arbeitsstress ab – der Feierabend lässt sich danach etwas entspannter genießen.

Lebensqualität durch schmerzfreie Bewegung. Dafür setzt Dr. Trautwein sich ein. Im Gespräch mit ihm spürt man die Begeisterung für sein Fachgebiet und das Engagement für seine Patienten. ●

DR. CHRISTINE WINKLER

Pressereferentin der PVS
cwinkler@ihre-pvs.de



WENN KINDER SCHMERZEN HABEN



Foto: © jeffry1139 - stock.adobe.com

Es muss uns bewusst sein, dass es ohne Schmerz kein Leben gibt. Schmerzen können Hinweise auf eine körperliche Erkrankung geben, uns davor bewahren sich körperlich zu verausgaben und uns vor allzu großen Schäden schützen. Bereits Kinder werden oft damit konfrontiert: zum Beispiel im Rahmen von Dreimonatskoliken, Zahnungsschmerzen, Muskelzerrungen, Entzündungen, Verbrühungen und Verbrennungen.

Für Diagnostik und Therapie stellt der Schmerz bei Kindern eine besondere Herausforderung dar. Wir sprachen mit Oberarzt Dr. Joachim Peitz, der an der ASKLEPIOS Kinderklinik in St. Augustin, dem Klinikum der Maximalversorgung für Kinder und Jugendliche in der Region Rhein-Sieg, als Kinderrheumatologe und Kinderendokrinologe seit fünf Jahren tätig ist. Unter der Leitung von Chefarzt Prof. Dr. Gerd Horneff werden in der Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin Patienten mit schweren akuten wie auch chronischen Erkrankungen betreut.

Im Schnitt leidet jedes fünfte Kind mindestens einmal pro Woche unter Schmerzen – am häufigsten Kopfschmerzen, gefolgt von Bauch- und Rückenschmerzen. Meist werden die Kinder durch diese Beschwerden kaum belastet. Sie wenden automatisch Schmerzbewältigungsstrategien an, wie z. B. Ablenkung und das Einlegen von Ruhepausen. Ein ernst zu nehmendes Problem sind hingegen chronische Schmerzen, wenn Kinder über mindestens drei Monate mehrmals

pro Woche unter Schmerzen leiden, die das Leben zur Qual machen können und sie in ihrer Alltagsaktivität stark einschränken.

Bundesweit leiden etwa 20.000 Kinder und Jugendliche an chronischen entzündlich-rheumatischen Erkrankungen. Führendes Symptom ist in den meisten Fällen eine Gelenkentzündung unklarer Ursache. Etwa 1 von 1.000 Kindern unter 16 Jahren erkrankt pro Jahr an einer Gelenkentzündung. Häufig verläuft sie mild und klingt nach Tagen, Wochen

oder Monaten ab, ohne irgendwelche dauerhaften Gelenkveränderungen zu hinterlassen. Bei ca. 10 - 20 Prozent der Kinder und Jugendlichen hingegen verläuft sie chronisch.

Wer dauerhaft Schmerzen hat, leidet oft erheblich, weiß Dr. Peitz aus seinem Klinikalltag zu berichten. Seine kinderrheumatologische Ausbildung hat er vor vielen Jahren im Olgaspedial in Stuttgart begonnen, das als Pädiatrisches Zentrum viele medizinische Spezialdisziplinen rund um kranke Kinder und Jugendliche

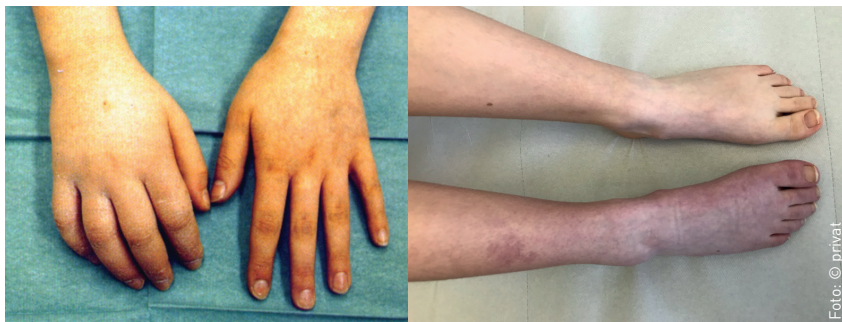


Foto: © privat

Etwa 20.000 Kinder und Jugendliche leiden bundesweit an chronischen entzündlich-rheumatischen Erkrankungen.

unter einem Dach vereint. Danach baute er die Kinderrheumatologie an der Uniklinik in Köln auf und leitete sie. Bereits in Stuttgart hatte er ein funktionierendes Schmerzteam und -programm kennengelernt, das er in Köln etablierte und das nun auch in St. Augustin funktioniert. Im Team arbeiten vier Kinderrheumatologen, die auch das BIKER-Register (Biologika in der Kinderrheumatologie) führen. Das ist eine Langzeitbeobachtung der Wirksamkeit und Verträglichkeit einer Therapie mit Biologika bei Patienten mit einer Juvenilen Idiopathischen Arthritis im Vergleich zur herkömmlichen Basistherapie, die auch international viel Beachtung findet. Diese Untersuchung am Kinderrheumazentrum Sankt Augustin erfolgt in Abstimmung mit der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR). Mehr als 80 Kinderrheumatologen, Kinderärzte, Rheumatologen und über 4.000 Patienten in Deutschland nehmen daran teil.

Schmerzen machen uns in der Regel darauf aufmerksam, dass irgendwo im Körper etwas nicht stimmt: Sie zeigen uns, wo Reizungen, Wunden oder Entzündungen entstanden sind und ob sie sich möglicherweise ausbreiten. Dieser Schmerz ist kein Gegner, sondern ein Helfer. Akute Schmerzen üben eine für unseren Körper notwendige Warnfunktion aus, um Gewebeschäden zu vermeiden. Wenn Schmerzen ohne einen typischen Auslöser fortbestehen und sich selbstständig, verliert der Schmerz seine Warnfunktion und es kommt zur Entstehung einer Schmerzerkrankung, die über Monate oder Jahre hinweg andauern kann.

Durch die andauernde Schmerzsituation kommt es sekundär zu einer Schädigung des Gewebes durch verringerte Durchblutung und nicht ausreichende Belastung. So kann es dadurch zu Osteoporose, Muskelschwund, trophischen Veränderungen und gar zu Gelenksteinigungen kommen.

Dr. Peitz beobachtet in seinem Klinikalltag eine Zunahme der Schmerzen, die durch Rheuma bei Kindern ausgelöst werden und sieht darin ein systemisches Problem, das mit einem multimodalen Programm behandelt werden muss. Oftmals ausgelöst durch ein minimales Trauma, verliert der Schmerz seine eigentliche Warnfunktion und er-

fährt eine Fehlfunktion. Hier muss die Schmerzschwelle durch Desensibilisierung wieder aufgebaut werden - oft in Zusammenarbeit mit Kinderpsychologen, um Schmerzbewältigungsstrategien mit dem Patienten zu entwickeln.

Wie bei allen wichtigen klinischen Symptomen, besteht auch beim Schmerz das Interesse, ihn zur Verlaufsbeurteilung quantitativ zu erfassen. Da Schmerz eine subjektive Wahrnehmung ist, ist eine objektive apparative Messung unmöglich. Ein verbreitetes Verfahren der "Schmerzmessung" durch Selbstausskunft des Patienten ist die strukturierte Erhebung des subjektiven Schmerzempfindens in Form von Schmerzfragebögen oder Schmerzskalen.

Die Schmerztherapie setzt sich aus mehreren Handlungssträngen zusammen. Das eine ist die medikamentöse Therapie, um die Patienten aus ihrem Schmerzkreislauf herauszubekommen. Langfristig muss multimodal behandelt werden. Spieltherapie, sportlich Betätigung, kognitive Verhaltenstherapie und körperliche Aktivierung sind das Mittel der Wahl in der Behandlung. Als Ziel nennt Dr. Peitz, dass sich die Patienten 60 Minuten am Tag aktiv körperlich bewegen und das auch beibehalten. Er sieht die Physiotherapeuten hier stark gefordert, die Kinder entsprechend zu aktivieren. Durch Bewegung sollen die Nerven, die einen falschen Reflexbogen

aussenden, wieder richtig trainiert werden.

Die Zahl der jugendlichen chronischen Schmerzpatienten steigt. Nach Ansicht von Dr. Peitz spielt einerseits die Tatsache, dass Kinder sich weniger bewegen, eine Rolle, zum anderen haben die Stressfaktoren zugenommen und sich die Lebensverhältnisse verändert. „Kindheit ist heute eher die Vorbereitung aufs Erwachsenensein“, meint Dr. Peitz und geht davon aus, dass der Körper sich entsprechend mehr Ventile sucht. Auf jeden Fall sei eine deutliche Zunahme der Erkrankungen feststellbar. Das bedeute lange Wartezeiten, womit Dr. Peitz letztlich auch einen deutlichen Nachholbedarf in der Versorgungslandschaft der Kindermedizin herausstreicht.

Dennoch nimmt sich das Team in der ASKLEPIOS Kinderklinik in St. Augustin Zeit für die jungen Patienten, um zu klären, ob es sich bei den Beschwerden um eine vorübergehende Erkrankung handelt oder ob weitere Maßnahmen ergriffen werden müssen. ●



AUS DER PRAXIS – EXPERTEN ZUM THEMA SCHMERZ

DR. JOACHIM PEITZ

Foto: © privat

DR. CHRISTINE WINKLER

Pressereferentin der PVS
cwinkler@ihre-pvs.de

GEWITTER IM

Es ist eine Zahl, die belegt, dass es sich längst um eine Volkskrankheit handelt: Rund acht Millionen Menschen leiden hierzulande unter chronischem Kopfschmerz in Form von Migräne oder Spannungskopfschmerzen. Während die Krankheitstage steigen, sinkt die Lebensqualität der Betroffenen – im Ratgeber „Der Kopfschmerz-Kompass“ liefert die Neurologin Prof. Dr. med. Dagny Holle-Lee einen Überblick über verschiedene Arten von Kopfschmerz, geht Ursachen auf den Grund und gibt wichtige Hinweise zu hilfreichen Therapieformen.

Laut internationaler Kopfschmerzklassifikation können über 250 verschiedene Formen der Erkrankung definiert werden – neben allerlei Raritäten sind der episodische Kopfschmerz vom Spannungstyp und die Migräne die häufigsten Erscheinungsbilder. Rund 3–4 Prozent der Bevölkerung trifft es besonders arg: Diese leiden unter chronischen Kopfschmerzen. Prof. Dagny Holle-Lee leitet als Oberärztin das Kopfschmerz- und Schwindelzentrum an der Essener Klinik für Neurologie; als Expertin weiß sie um die großen Beeinträchtigungen der betroffenen Patienten im Alltag. In ihrem Ratgeber „Der Kopfschmerz-Kompass“ unterstreicht sie daher die Bedeutung einer richtigen Diagnose: „In der Praxis ist es leider häufig so, dass Patienten trotz eindeutiger Symptome eine falsche Kopfschmerzdiagnose bekommen und in der Folge auch falsch behandelt werden. Das führt dann dazu, dass ein anfangs vielleicht leicht zu therapierender Kopfschmerz im Verlauf chronifiziert und dann vielleicht nur noch schwer zu behandeln ist.“ Im schlimmsten Fall finden sich Kopfschmerz- und Migränepatienten dann in einer Odyssee wieder, die sie erfolglos von einem Arzt zum nächsten führt.

Viele Faktoren und Ursachen

In der Essener Kopfschmerzambulanz finden jährlich rund 4.000 neue Patienten Hilfe. Das Zentrum setzt auf eine Kooperation mit über 60 niedergelassenen Neurologen und Schmerztherapeuten in Nordrhein-Westfalen, um eine qualifizierte und umfangreiche Weiterbetreuung zu garantieren. Verspüren die Betroffenen nur noch drei- bis viermal im Monat Schmerzen, führt der Hausarzt die Betreuung fort. Bis dahin gilt es, viele Faktoren, Einflüsse und Ursachen in Betracht zu ziehen, um den Kopfschmerz korrekt einzuordnen. Dabei spielt in erster Linie die Dauer der Schmerzepisode eine wichtige Rolle, wie Prof. Dagny Holle-Lee umschreibt: „Handelt es sich um Attacken, die Sekunden oder Stunden andauern, oder leidet der Patient



KOPF



AUS DER PRAXIS – EXPERTEN ZUM THEMA **SCHMERZ**

PROF. DAGNY HOLLE-LEE

unter einem dauerhaften Schmerz, der gar nicht aufhört und eigentlich immer vorhanden ist?“ Diese grobe Einordnung, so weiß die Fachärztin, hilft bereits, eine Vorauswahl zu treffen, um welchen Kopfschmerz es sich handeln könnte. Neben Kopfschmerz vom Spannungstyp und Migräne können das auch Kopfschmerzen bei Medikamentenübergebrauch, Clusterkopfschmerz oder eine Trigeminusneuralgie (Form des Gesichtsschmerzes) sein. Auch müssen verschiedene Begleitsymptome beleuchtet werden: Bei einer Migräne können das typischerweise Licht- und Lärmempfindlichkeit, Übelkeit, Erbrechen oder eine Geruchsempfindlichkeit sein. Betroffene berichten zudem oft von einem großen Bedürfnis nach Ruhe und ziehen sich während einer Attacke in einen abgedunkelten Raum zurück. Während die Migräne meist als pochend-pulsierender Schmerz („Gewitter im Kopf“) umschrieben wird, klagen Patienten mit Spannungskopfschmerz über eine dumpf-drückende Beeinträchtigung („Schraubstock um den Kopf“). Eines vereint sie alle: der hohe Leidensdruck.

Schmerzintensität korrekt einordnen

Dr. Dagny Holle-Lee weiß nicht nur um die vielen Begleitsymptome, sie verdeutlicht auch, dass Schmerz immer eine subjektive Wahrnehmung ist. Beim Kopfschmerz kommt erschwerend hinzu, dass es sich – ähnlich wie bei einer psychischen Erkrankung – um ein „unsichtbares“ Leiden handelt: „Nur weil man den Schmerz nicht sieht, heißt das nicht, dass er nicht vorhanden ist. Ein Beinbruch macht aber offensichtlicher Beschwerden und man kann seinen Angehörigen den Beweis der Schmerzhaftigkeit, zum Beispiel ein Röntgenbild oder den Gips, leichter zeigen.“ Zur Messung der Schmerzintensität stehen dabei unterschiedliche Werkzeuge zur Verfügung, etwa eine visuelle Skala, bei der Patienten auf einem 10 cm langen Strahl genau dort einen Strich einzeichnen, wo sie ihre Schmerzen einordnen (0 cm: kein Schmerz, 10 cm: unerträgliche Schmerzen). Auch das Führen eines sogenannten Kopfschmerztagebuchs ist hilfreich: Wie viele Kopfschmerztage pro Monat liegen vor? Wie äußerte sich das Leiden vor zwei oder drei Monaten – wie vor einem halben Jahr? So ist beispielsweise ersichtlich, ob es sich möglicherweise um einen chronischen Kopfschmerz handelt. Auch lassen sich bestimmte Trigger identifizieren, etwa dann, wenn sich eine Migräne häufig rund um die Menstruation oder den Eisprung ankündigt. Ebenfalls ein wichtiger Aspekt im Tagebuch: An wie vielen Tagen pro Monat wurde Akutmedikation gegen Kopfschmerzen eingenommen? Stichwort: Übergebrauch!

Bekämpfung von Migräne-Trigger

Sowohl beim Spannungskopfschmerz, als auch bei der Migräne konnte auf die Frage nach der Ursache noch keine allgemeingültige Antwort geliefert werden. Forscher gehen jedoch davon aus, dass Migränepatienten ihre Umwelt intensiver wahrnehmen – möglicherweise ein Relikt aus der Steinzeit, als so Gefahren frühzeitig erkannt wurden. Heute verhält es sich leider anders: „Der Preis für die genauere und intensivere Wahrnehmung der Umwelt“, so Holle-Lee,

„ist, dass das Zuviel an Informationsaufnahme auch Nebenwirkungen, nämlich die Auslösung von Migräneattacken, hat.“ Hier spielt die Ärztin auf die unzähligen Einflüsse durch Fernsehen, Computer, Smartphone & Co. an, die tagtäglich auf uns einprasseln. Neben einer medikamentösen Behandlung (nicht mehr als 10 Tage pro Monat!) empfehlen sich zur Bekämpfung von Migräne-Trigger unter anderem Auslassdiäten (etwa Schokolade, gepökelte Lebensmittel, Zitrusfrüchte), die Beobachtung von Stress- und Entspannungsphasen sowie das Einhalten eines regelmäßigen Biorhythmus. Beim Kopfschmerz vom Spannungstyp spielt ebenfalls der geregelte Schlaf eine wichtige Rolle. Auch ein wöchentliches Ausdauertraining (Joggen, Walken, Schwimmen) und Maßnahmen zur Stressbewältigung können für eine deutliche Besserung sorgen – und somit ein wichtiger Baustein fürs Zurückgewinnen kostbarer Lebensqualität sein. ●

neurologie.uk-essen.de



Prof. Dr. med. Dagny Holle-Lee:
Der Kopfschmerz-Kompass.
Erkennen, vorbeugen, behandeln
Herbig, 160 Seiten, 9,99 €

ROBERT TARGAN

Freier Texter, Autor & Redakteur.
roberttargan.de



AUS DER PRAXIS –
EXPERTEN ZUM
THEMA **SCHMERZ**

FELIX RINKE

„POSITIVE GEDANKEN SIND UNERLÄSSLICH“

Mexiko, Salt Lake City, Qatar, Berlin, München – der gelernte Sportphysiotherapeut und sektorale Heilpraktiker Felix Rinke hat viel gesehen von der Welt. Mittlerweile befinden sich Arbeits- und Lebensmittelpunkt des 31-Jährigen allerdings im nordrhein-westfälischen Hattingen. In seiner Heimatstadt hat Rinke den Schritt in die Selbstständigkeit vollzogen und sich den Traum eines eigenen Therapiezentrums erfüllt. Seine international erworbene Expertise kommt dabei Tag für Tag zum Einsatz.

Es klingt auch aus heutiger Sicht äußerst treffend, was der französische Philosoph und Schriftsteller Voltaire bereits im 18. Jahrhundert formulierte: „In der ersten Hälfte unseres Lebens opfern wir unsere Gesundheit, um Geld zu erwerben; in der zweiten Hälfte unseres Lebens opfern wir Geld, um unsere Gesundheit wiederzuerlangen.“ Wer die Webpräsenz von Felix Rinke aufsucht, stößt auf eben dieses Zitat – aus gutem Grund, wie der Sportphysiotherapeut verdeutlicht: „Die stetige Entwicklung zum Schreibtischtäter hat dafür gesorgt, dass Bewegung im Alltag nur noch eine geringe Rolle spielt. Obendrauf kommen eine unzureichende Ernährung und Lebensgestaltung; dieser Wandel der Zeit führt zu immer häufigeren Erkrankungen.“ Erkrankungen, denen Rinke in seinem privaten Studio für Rehabilitation, Athletik-Training und Physiotherapie in Hattingen mit den modernsten Therapieformen entgegenwirkt. Dabei legt er großen Wert darauf, den Menschen als ganzheitliches, individuelles Wesen zu betrachten – durch die Kombination orthopädischer und neurologischer Schwerpunkte hält er für seine Patienten optimal abgestimmte Behandlungsstrategien bereit.

Ganzheitlicher Heilungsprozess

Bevor sich Felix Rinke fürs eigene Therapiezentrum in seiner Heimatstadt entschied, durchlief er spannende Stationen: Als U18-Fußballspieler des VfL Bochum gab es aufgrund kleinerer Blessuren den ersten (naturgemäßen) Kontakt zur Materie; nach Abitur und kurzem Ausflug ins Maschinenbau-Studium fand er in der Ausbildung zum Physiotherapeuten seine Erfüllung. Mit dem erfolgreichen Abschluss in der Tasche ging es nahtlos weiter: Vier Jahre lang versorgte Felix Rinke in zwei Praxen Patienten, arbeitete zudem beim VfL Bochum nun sozusagen auf der „anderen Seite“ und betreute auch die dortige Nachwuchsabteilung. Im Jahr 2016 wechselte Rinke zu den Fußball-Damen des FC Bayern München, wo dank des physiotherapeutischen Ärzteteams rund um Prof. Dr. Müller-Wohlfarth beste Voraussetzungen warteten. Befragt nach seinem Werdegang antwortet Rinke schmunzelnd: „Es wird nie langweilig. Zumal man im bezahlten Sport zu einem großen Teil mit Menschen zu tun hat, die motiviert sind und gut mitarbeiten. Positive Gedanken sind beim Genesungsprozess unerlässlich.“

Im Rahmen seiner Arbeit möchte der Experte seinen Patienten folgenden Glaubenssatz näherbringen: „Ich bin nicht verletzt, sondern auf einem Heilungsweg.“ Felix Rinke erklärt: „Es sind ganz unterschiedliche Faktoren, die zum ganzheitlichen Heilungsprozess führen – Psyche, Ernährung und Bewegung spielen dabei eine wichtige Rolle. Einen Sportler, der mir vertraut, kann ich in der Genesungsphase zum Beispiel vegan einstellen, da pflanzliches Eiweiß besser abgebaut wird als tierisches.“ Gleichzeitig weiß der Therapeut aber auch, wie das Profigeschäft – besonders im Fußball – funktioniert: Ein verletzter Spieler ist ein Geldwert, der auf der Tribüne Platz nehmen muss und eben nicht zum Einsatz kommt. Der Versuch, den Ausfall kurz zu gestalten und den Spieler schnellstmöglich wieder aufs Feld zu bringen, stellt in Felix Rinkes Augen – kaum verwunderlich – nicht die beste Variante dar. Besonders bei den großen Vereinen ist die medizinische Versorgung allerdings vertraglich klar geregelt, sodass an dieser Entwicklung kaum zu rütteln ist.

Internationale Erfahrungen gesammelt

Alles andere als starr hingegen der weitere Karriereweg des Hattinger Sportphysiotherapeuten: Für das BMW x-rai MINI Rallye Team machte sich Felix Rinke 2016 auf nach Qatar, um dort unter anderem mit der Rallye-Fahrerin Jutta Kleinschmidt zusammenzuarbeiten. Es folgten weitere Empfehlungen und Engagements; der gefragte Spezialist stellt heute lachend fest: „Ich habe in meinem Leben noch nie eine Bewerbung geschrieben.“ Denn auch beim Basketball-Bundesligisten Alba Berlin öffnete sich für Rinke eine Tür, sodass er dort die Spieler des achtfachen Deut-

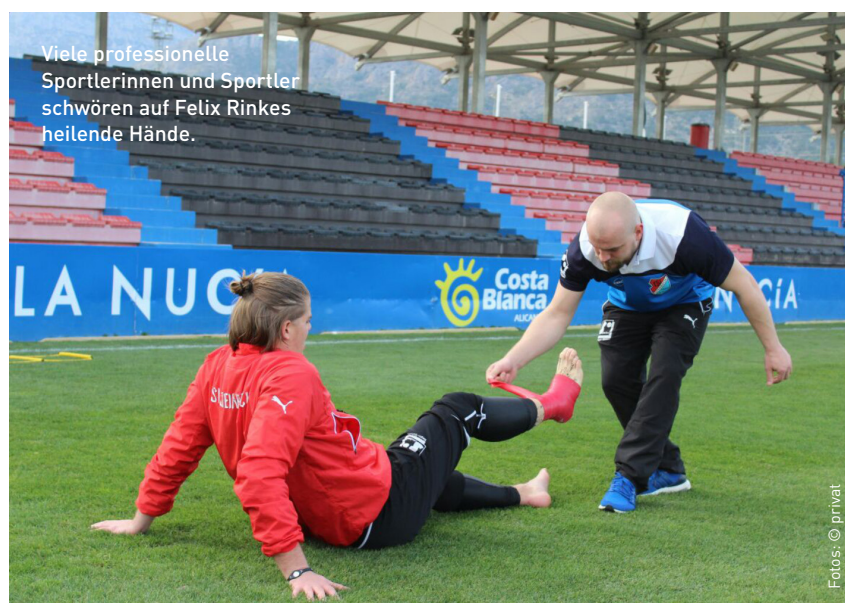


Als Betreuer der Deutschen Nationalmannschaft der Bogenschützen ging es für Felix Rinke zur WM in Mexiko – inklusive Behandlung im 32. Stockwerk in Guadalajara.

schen Meisters in der Vorbereitung zur Saison 2017/18 begleiten durfte. Daran anschließend ging es weiter zum Fußballregionalligisten TSV Steinbach Haiger, wo Felix Rinke seine innovativen Behandlungsmethoden weiter verfeinerte. Hinzu kommen internationale Erfahrungen unter professionellen Bedingungen, die der Therapeut bei der Betreuung der Deutschen Nationalmannschaft der Bogenschützen sammelte – etwa bei der WM in Mexiko oder der Weltcup-Serie in Salt Lake City und Antalya.

Dieses wertvolle Know-how bringt Felix Rinke nun im eigenen Therapiezentrum mit ein: „Den Plan hatte ich stets im Hinterkopf, denn Hattingen ist meine Heimat. Ich habe viel von der Welt gesehen, aber im Ruhrgebiet fühle ich mich einfach am wohlsten.“ Der Schritt in die Selbstständigkeit ist also gelungen; für das Jahr 2020 ist zudem eine Erweiterung im benachbarten Bochum geplant. Gemeinsam mit einem Kompagnon möchte Rinke dort seinen ganzheitlichen Therapieansatz weiterentwickeln und mit Ernährungs- und Krafttraining-Vorträgen zum Umdenken anregen. Wer sich Felix Rinkes Pläne und Vita vor Augen führt, mag in der Tat unterstreichen: Es wird nie langweilig. ●

physiotherapie-felixrinke.de



Viele professionelle Sportlerinnen und Sportler schwören auf Felix Rinkes heilende Hände.

Fotos: © privat

ROBERT TARGAN

Freier Texter, Autor & Redakteur.
roberttargan.de

AUS DER PRAXIS –
EXPERTEN ZUM
THEMA **SCHMERZ**

FRAUKE REESE

Beim Qigong finden
Körperhaltung,
Bewegung und
Kraftentfaltung
zueinander.

GESPÜR FÜR DEN EIGENEN KÖRPER



Entspannung, Vorstellungskraft, Ruhe, aber auch Bewegung und beharrliches Üben: Beim Qigong finden Körper, Atmung und Geist zueinander. Die in China entwickelten Methoden spenden Lebenskraft, steigern die Konzentration und finden in der Schmerztherapie ebenfalls ihre erfolgreiche Anwendung. Frauke Reese betreibt in Berlin Zehlendorf die Praxis für Gesundheitskultur „lebevoll“ und weiß um die ganzheitliche Wirkung von Qigong.

Da wird der „Himmel mit den Händen gestützt“, der „Kranich breitet seine Flügel aus“ und „fest verwurzelt wie eine Kiefer“ steht der Ausübende auf der Erde. Die vielen traditionellen Übungen im Qigong, die unsere Lebensenergie positiv beeinflussen sollen, tragen mitunter starke, poetische Namen – kein Wunder, spielt die Imagination bei dieser alten chinesischen Tradition doch eine wichtige Rolle. Qigong steht für eine Kombination aus Bewegungsübungen, Meditation, Körperhaltung und Atmung; wer sich auf die vielfältigen Methoden einlässt, kann seine körperlichen, seelischen und geistigen Funktionen regulieren und stärken. Dass diese Werte heutzutage einen großen Stellenwert besitzen, beobachtet Frauke Reese in ihrer Berliner Praxis für Gesundheitskultur tagtäglich: „Das können zum Beispiel Beratungsgespräche, begleitende Coachings oder Klangbehandlungen zur Tiefenentspannung sein. Auch Achtsamkeitstrainings sind sehr beliebt.“

Mit diesen und vielen weiteren Angeboten unterstützt die gelernte Sporttherapeutin Menschen dabei, Sichtweisen und Gewohnheiten zu trainieren, um den Alltag mit Leben und Gesundheit zu kultivieren.

Am Anfang steht dabei nicht selten eine Suche: nach Veränderung, nach Entspannung, nach etwas Neuem. Frauke Reese bietet hierfür Probestunden an, etwa für ihre Qigong-Kurse: „Häufig ist es so, dass die Besucher bemerken, wie gut ihnen die Atmosphäre hier tut. Dann ist es meist nicht mehr weit bis zur Anmeldung für einen wöchentlichen Kurs.“ Und so wächst über die Zeit das Gespür für den eigenen Körper; wer die Übungen regelmäßig absolviert, bewegt sich bald anders durch den Alltag. Der Name „Qigong“ vereint genau diese Erkenntnisse – „Qi“ kann mit „Lebenskraft“ übersetzt werden, „Gong“ steht für das „beharrliche Üben.“ Frauke Reese weiß, dass dies im oft stressigen Alltag nicht immer Platz findet. Den-

noch lassen sich Methoden aktiv in den Tagesablauf integrieren, was die Expertin als sehr kostbar empfindet: „Das können bereits kleine handhabbare Übungen sein. Mit fällt da das Beispiel einer Dame ein, die mit Mitte 70 eine der ältesten Qigong-Teilnehmerinnen hier ist und meine Kurse seit vielen Jahren besucht. Kürzlich berichtete sie mir von der Schwierigkeit, in der Küche ein Schraubglas zu öffnen. Sie erinnerte sich daran, wie wichtig bei Hand- und Armeinsatz auch die Beinkraft ist, nahm eine typische Qigong-Position ein und konnte den Glasdeckel plötzlich lösen.“ Ein idealer Hinweis auf das Zusammenspiel von Körperhaltung, Bewegung und Kraftentfaltung.

„Auch der Kopf soll frei werden“

Viele Menschen leiden aufgrund von beruflichem Stress und Hast im Alltag an belastenden Energieblockaden, einer verspannten Muskulatur und anderen

Schmerzen. Qigong-Übungen fördern den Prozess der Selbstregulierung und -wiederherstellung. Beliebt ist etwa die Figur „Der Elefant kreist mit der Hüfte“: Dabei stehen kreisende, horizontale Bewegungen mit dem Becken im Mittelpunkt, ausgeführt bei gleichzeitiger diagonalen Körperstreckung. So findet eine Stärkung des Lenden-Kreuz-Bereichs statt; auch werden durch diese Übung die großen Gelenke gestärkt, gelockert und allgemein beweglicher – etwaiger Rückenschmerz erfährt eine Linderung. Frauke Reese ergänzt: „Der Fokus liegt im Qigong zudem darauf, immer wieder den Schulter-Nacken-Bereich zu lösen und ein Bewusstsein dafür zu entwickeln, wie die Hände und Arme eingesetzt werden können, ohne dabei ständig die Schultern hochzuziehen.“ Das beginnt bei der korrekten Fußstellung (aktives Stehen), verläuft weiter über die Haltung des Beckens und das Aufrichten der Wirbelsäule bis hin zur Entspannung der Schultern. „Auch der Kopf soll frei werden“, so Reese, „es gibt im Qigong die Prinzipien der »unteren Stabilität und Fülle« und »oberen Leichtigkeit und Klarheit«. Der Körper steht im Mittelpunkt und der Alltag verschwindet mehr und mehr.

In ihrer Praxis bietet Frauke Reese neben Qigong viele weitere Kurse, Seminare und Therapien an, die den Menschen mehr Entspannung und Lebensfreude vermitteln. Ob Stressbewältigung, Nordic Walking oder Yoga – vermehrt suchen Kunden mit gesundheitlichen Problemen die „lebevoll“-Räumlichkeiten auf. „Es existiert nicht selten eine entsprechende Schmerzproblematik oder auch ein onkologischer Hintergrund“, so die Inhaberin. „Da ich eng mit dem Berliner



Führt in Berlin ihre Praxis für Gesundheitskultur „lebevoll“: Frauke Reese.



Mit freiem Kopf und Körperbeherrschung rückt der Alltag in den Hintergrund.

Fotos: © lebevoll

Immanuel Krankenhaus und der Hochschulambulanz vernetzt bin, findet eine wechselseitige Kooperation statt, von der alle Beteiligten profitieren.“ Das gilt auch für die Qigong-Übungen, bei denen Freiräume und Individualität wichtige Kennzeichen sind: Jeder Teilnehmer entscheidet aktiv für sich, was er braucht und was ihm gut tut.

Frauke Reese konnte diese Frage beruflich längst für sich beantworten: Seit 1992 ist sie in den Bereichen Gesundheits-sport und Prävention freiberuflich tätig; über den Weg als Sporttherapeutin in der kardiologischen Rehabilitation engagierte sie sich schließlich bis 2009 in der Essener Klinik für Naturheilkunde und Integrative Medizin hauptberuflich am Aufbau und an der Entwicklung der Ordnungstherapie und Mind Body-Medizin. In Berlin entschied sich Reese dann – neben der bereits erwähnten freien Klinik-Mitarbeit – im Jahre 2015 für die Selbstständigkeit: „Gesunde Lebensführung und Leistungssport waren schon immer meine Themen. Aufgrund körper-

licher Beschwerden fiel mir irgendwann auf, dass ich eine sanftere Bewegungsform benötige, die ich auch bis ins hohe Alter praktizieren kann.“ Der Weg zum Qigong und später auch zu den eigenen Räumlichkeiten war gefunden. Dort begleitet Frauke Reese ihre Besucher mit Freude und Energie in einen „lebevollen“ Alltag. ●

lebevoll – Praxis für Gesundheitskultur
Karl-Hofer-Str. 4-6
14163 Berlin
030 64834934
lebevoll.de

Weiterführende Informationen:
qigong-yangsheng.de
mbsr-verband.de

ROBERT TARGAN

Freier Texter, Autor & Redakteur.
roberttargan.de

STEUERFREIE BEIHILFEN

Der Berateralltag umfasst auch Fragen, wie der Arzt steuerfreie Leistungen zum ohnehin geschuldeten Gehalt zahlen kann.

Eine beliebte Möglichkeit ist die sogenannte Erholungsbeihilfe. Diese kann statt einem steuerpflichtigen Urlaubsgeld auch steuerfrei, zumindest für den Arbeitnehmer, gezahlt werden.

Diese kann der Arzt pro Jahr bis zu den Höchstgrenzen wie folgt zahlen:

- » 156 € für den Arbeitnehmer
- » 104 € für den Ehegatten des Arbeitnehmers
- » 52 € je Kind, für das Kindergeld bezogen wird (bitte den Nachweis anfordern)

Beachten Sie: Es handelt sich um eine sogenannte Freigrenze, welche bei Überschreiten sofort einen steuerpflichtigen Arbeitslohn darstellt.

Tipp: Interessant dabei ist, wenn beide Ehegatten in derselben Praxis angestellt sind, kann der Arzt beide Ehegatten mit den o. a. Beträgen begünstigen.

Beispiel: Ehegatten in derselben Praxis, drei Kinder, für die Kindergeldanspruch besteht; beide Ehegatten hätten die Möglichkeit, jeweils eine Erholungsbeihilfe von 416 € zu beziehen.

Auch Minijobbern kann der Arzt neben dem Minijobgehalt die Erholungsbeihilfe gewähren. Natürlich gibt die Finanzverwaltung nicht ganz klein bei und verlangt auf die gezahlte Erholungsbeihilfe eine pauschale Steuer von 25 Prozent. Das wiederum eröffnet die Möglichkeit, dass die Erholungsbeihilfe sozialversicherungsfrei gestellt ist. Die Erholungsbeihilfe muss für die Erholung des Arbeitnehmers bestimmt sein. Davon kann ausgegangen werden, wenn die Erholungsbeihilfe im zeitlichen Zusammenhang mit einem Urlaub des Arbeitnehmers gewährt wird. Als zeitlicher Zusammenhang werden drei Monate vor oder nach dem Antritt des Urlaubs angesehen.

Empfehlenswert für die Praxis: Lassen Sie sich vom Arbeitnehmer bestätigen, dass die Erholungsbeihilfe für den Urlaub verwendet wird. Der Arbeitnehmer muss nicht unbedingt verreisen. Auch ein Urlaub auf „Balkonien“ wird anerkannt!

Eine weitere steuerfreie Beihilfe kann gewährt werden, in Form einer „Notfallbeihilfe“. Auch, wenn der Anlass nicht so schön ist für den einzelnen Arbeitnehmer, hat der Arzt die Möglichkeit seinem Arbeitnehmer mit bis zu 600 € je Kalenderjahr zu unterstützen. Dies kann der Fall sein, wenn Krankheits- und Unglücksfälle (OP, Kur etc.), Tod naher Angehöriger oder sonstige Notlagen auf Grund höherer Gewalt (Vermögensverlust wegen Naturkatastrophen) vorliegen.

Beachten Sie: Hat der Arbeitgeber weniger als fünf Mitarbeiter beschäftigt, reicht es aus, wenn einer der o. a. Notfälle glaubhaft gemacht werden kann.

Bei mehr als fünf Arbeitnehmern muss zusätzlich eine der u. a. Voraussetzungen erfüllt sein:

- » Die Unterstützung wird von einer mit Mitteln des Arbeitgebers geschaffenen, aber von ihm unabhängigen und mit ausreichender Selbstständigkeit ausgestatteten Einrichtung, gezahlt.
- » Der Betriebsrat oder eine andere Arbeitnehmervertretung, auf die der Arbeitgeber keinen maßgeblichen Einfluss hat, zahlt die Unterstützung aus Mitteln, die der Arbeitgeber zur Verfügung stellt.
- » Der Arbeitgeber zahlt die Unterstützung nach Anhörung des Betriebsrats (oder einer anderen Arbeitnehmervertretung) selbst aus.
- » Der Arbeitgeber zahlt die Unterstützung nach einheitlichen Grundsätzen aus, denen der Betriebsrat oder die Arbeitnehmervertretung zugestimmt haben.

Tipp: Bei besonderen Notfällen kann der Arbeitgeber auch mehr als 600 € steuerfrei zahlen. Bei der Beurteilung, ob ein solcher Notfall vorliegt, sind die Einkommensverhältnisse und der Familienstand des Arbeitnehmers zu berücksichtigen. Ist sich der Arbeitgeber nicht sicher, ob ein besonderer Notfall vorliegt, sollte er eine verbindliche Auskunft beim Finanzamt einholen.

Sollten Sie in Erwägung ziehen, eine der Beihilfen zusätzlich zum Lohn/Gehalt zu zahlen, sprechen Sie Ihren Berater an, damit dieser die Lohnabrechnung entsprechend ergänzt. ●



TORSTEN FEIERTAG
STEUERBERATER

stb-feiertag.de

Foto: © PassStudio

GOÄ 800: Eingehende neurologische Untersuchung

auch in Kombination
mit der Nummer 7
abrechenbar

Weitere GOÄ-Tipps unter:
ihre-pvs.de/goae

Nummer 800: Eingehende neurologische Untersuchung – gegebenenfalls einschließlich der Untersuchung des Augenhintergrundes

Die Leistungslegende führt im Detail keine Einzelleistung auf. Deutlich wird jedoch aus der Formulierung „eingehende“, dass nur eine allgemeine, aber keine symptombezogene neurologische Untersuchung nach dieser Nummer berechnet werden kann.

Nummer 5: Symptombezogene (neurologische) Untersuchung

Die originäre Nummer 5 (80 Punkte, 1,0-fach – 2,3-fach, 4,66 € – 10,72 €) wird angesetzt, sofern die erbrachte Leistung nicht spezifischeren Positionen (Nummer 825, 826 oder 830) zugeordnet werden kann. Sie ist allerdings nicht neben den Nummern 6, 7 oder 8 berechnungsfähig (Achtung: Behandlungsfall beachten!).

Nummer 7: Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: das gesamte

Hautorgan, die Stütz- und Bewegungsorgane, alle Brustorgane, alle Bauchorgane, der gesamte weibliche Genitaltrakt (ggf. einschließlich Nieren und ableitende Harnwege) ggf. einschließlich Dokumentation

Ein vollständiger neurologischer Status nach Nummer 800 kann ebenfalls in Kombination mit der Nummer 7 berechnet werden (z. B. bei den Brustorganen: Auskultation und Perkussion von Herz und Lunge sowie Blutdruckmessung). Unter einer vollständigen neurologischen Untersuchung nach Nummer 800 ist unter anderem die Untersuchung der Hirnnerven, Reflexe, Motorik, Sensibilität, Koordination und des Vegetativum zu verstehen.

Die Gebühr für die eingehende neurologische Untersuchung ist in der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) im Abschnitt G „Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie“ aufgeführt. Strittig ist neben dem Leistungsinhalt auch, wer diese Leistung berechnen darf.

Oft wird behauptet, dass die Leistung nach Nummer 800 GOÄ nur von Neurologen und Psychiatern erbracht werden könnte, da nur diese auf den Abschnitt G zugreifen dürften. Die Gliederung der GOÄ nach einzelnen Fachgebieten ist zur besseren Übersichtlichkeit erfolgt und stellt, anders als im Einheitlichen Bewertungsmaßstab, keine grundsätzliche Zugriffsbeschränkung für bestimmte Facharztgruppen dar. Die Berechnung der Nummer 800 GOÄ ist daher auch für Ärzte anderer Fachgebiete möglich, soweit die Leistung nach den Regeln der ärztlichen Kunst im Rahmen des medizinisch Notwendigen erbracht wurde.

Quelle: Deutsches Ärzteblatt 104, Heft 42 (19.10.2007), Seite A-2904

MARTIN KNAUF

Nach seiner Ausbildung bei der PVS übernahm er die Teamleitung der Korrespondenzabteilung. Seit 2013 leitet er das Gebührenreferat.

mknau@ihre-pvs.de



DIE PRIVATABRECHNUNG DER SEDIERUNG UND ANALGOSEDIERUNG

durch Anästhesisten und Nicht-Anästhesisten in der Humanmedizin und Zahnmedizin

Mit Hilfe einer Analgosedierung können Angst- und Stressreaktionen reduziert werden. Patienten können Interventionen besser tolerieren, was die Durchführung der Intervention erleichtert. Die Ergebnisqualität kann in der Folge verbessert werden und nicht zuletzt der Patientenkomfort erhöht werden. Demgegenüber stehen die möglichen mit einer Analgosedierung verbundenen Risiken bis hin zu vital gefährdenden Komplikationen. Die Analgosedierung kann in unterschiedlicher Tiefe durchgeführt werden, die Übergänge der Analgosedierungsstadien sind fließend und reichen bis hin zur Allgemeinanästhesie.¹⁾

Meist kommt eine Kombination von sedierend und analgetisch wirkenden Substanzen zum Einsatz. Hierfür stehen verschiedene Substanzgruppen zur Verfügung. Oft verwendet werden Hypnotika (Propofol), Benzodiazepine (z. B. Midazolam), Opioidanalgetika (z. B. Fentanyl) und Nichtopioidanalgetika (z. B. Metamizol oder Paracetamol). Ergänzend kann eine Lokalanästhesie hilfreich sein. Je nach Eingriff ist auch eine ausschließliche Sedierung ohne systemische Analgesie möglich. Insbesondere bei kurzen, wenig schmerzhaften Eingriffen in der Zahnmedizin hat auch der inhalative Einsatz von Lachgas Verbreitung gefunden.²⁾

Bei Interventionen in Analgosedierung ist neben dem Operateur eine Person erforderlich, deren ausschließliche Aufgabe die Durchführung und Überwachung der Analgosedierung ist. Bei bis zu moderaten Analgosedierungen ohne Beeinträchtigung der Schutzreflexe und Vitalfunktionen kann dies durch hierfür qualifiziertes nicht-ärztliches Personal sichergestellt werden. Bei

tiefen Analgosedierungen ist ein weiterer entsprechend qualifizierter Arzt oder Anästhesist hinzuzuziehen. Außerdem sind apparative Voraussetzungen zu erfüllen: Für minimale Analgosedierungen ist eine Pulsoxymetrie ausreichend, für moderate und tiefe Analgosedierungen ist eine Ausstattung zur Überwachung und Unterstützung von Atmung, Herz und Kreislauf notwendig.¹⁾ Die minimale Sedierung durch inhalative Lachgasapplikation kann vom behandelnden Arzt oder Zahnarzt, parallel zum Eingriff, selbst durchgeführt werden. Auch hier muss eine Pulsoxymetrie vorhanden sein.²⁾

Es bleibt somit festzuhalten, dass Analgosedierungen fließend in eine Allgemeinanästhesie übergehen können und eine personelle und apparative Ausstattung erfordern, wie sie auch für die Allgemeinanästhesie erforderlich ist. Zur Abrechnung von Analgosedierungen durch Humanmediziner, z. B. durch Gabe einer Kombination aus Hypnotikum und Analgetikum, können daher die Nummern 451/452 GOÄ für intravenöse Narkosen herangezogen werden. Etwas zur Überwachung der Analgosedierung notwendige Maßnahmen, z. B. die Pulsoxymetrie, sind ohne Vorliegen einer eigenständigen Indikation im Sinne des Zielleistungsprinzips in den Nummern 451/452 GOÄ enthalten und können nicht gesondert berechnet werden. Die Sedierung ohne Analgesie, z. B. durch alleinige Gabe eines Benzodiazepins, stellt keine Analgosedierung oder gar Narkose dar, sodass stattdessen die Nummern 271/272 GOÄ für die intravenöse Infusion oder die Nummer 253 GOÄ für die intravenöse Injektion bzw. die Nummer 261 GOÄ für die Einbringung von Arzneimitteln in den parenteralen Katheter zur

Anwendung kommen. Hier kann jedoch die Pulsoxymetrie zusätzlich mit der Nummer 602 GOÄ angesetzt werden, da sie entsprechend der Leitlinien medizinisch indiziert und nicht bereits im Rahmen der o. g. Nummern abgegolten ist. Die Nummern 271/272 GOÄ sind je Zugang einmal, insgesamt jedoch nicht mehr als zweimal, je Behandlungstag berechnungsfähig. Für die zweimalige Berechnung ist die gesonderte Punktion verschiedener Blutgefäße Voraussetzung. Bei Propofol handelt es sich um ein Narkotikum, somit können hier auch bei alleiniger Applikation die Nummern 451/452 GOÄ berechnet werden.³⁾ Für die Lachgassedierung durch Ärzte wird die Nummer 450 GOÄ zur Abrechnung gebracht.

Nach § 6 Abs. 2 GOZ können Zahnärzte auf die Nummern 271/272, 253 und 261 GOÄ zugreifen, jedoch ohne ärztliche Approbation nicht auf die Nummern 450, 451/452 und 602 GOÄ. Somit kommen auch für den Fall einer Analgosedierung hier statt der Nummern 451/452 GOÄ die Nummern 271/272 oder 253 bzw. 261 GOÄ in Frage. Das Monitoring durch Pulsoxymetrie kann durch den Zahnarzt nach § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet werden. Ein alternativer Ansatz der Abrechnung der Analgosedierung durch den Zahnarzt ist die Abrechnung der gesamten Analgosedierung gemäß § 6 Abs. 1 GOZ ohne Rückgriff auf die Nummern 271/272 und 253 bzw. 261 GOÄ.⁴⁾ Auch für die Lachgassedierung durch den Zahnarzt besteht die Möglichkeit der Analogabrechnung nach § 6 Abs. 1 GOZ. Bei der Wahl einer nach Art-, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Nummer der GOZ für die Analogabrechnung, ist eine Orientierung an den entsprechenden Nummern der GOÄ hilfreich. ●



**DR. MED.
MARKUS MOLITOR**
MBA, M.D.R.A. | Arzt und Zahnarzt
Medizinisches Gebührenreferat,
interne & externe Weiterbildung
mmolitor@ihre-pvs.de

Quellen:

¹⁾ Analgosedierung für diagnostische und therapeutische Maßnahmen bei Erwachsenen, Entschließung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten, Anästh Intensivmed 2010;51:S598-S602 Aktiv Druck & Verlag GmbH

²⁾ Gemeinsame Stellungnahme, Einsatz von Lachgas zur minimalen Sedierung von Kindern in der Zahnheilkunde, Anästh Intensivmed 2013;54:323-326 Aktiv Druck & Verlag GmbH

³⁾ Kommentar: Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), 3. Auflage, Kohlhammer

⁴⁾ Berechnung der Analgosedierung, LZK BW, 11/2017



GRUNDLAGEN ZUM RECHTSWIRKSAMEN ABSCHLUSS EINER HONORARVEREINBARUNG

Ärzte dürfen im Rahmen des § 2 GOÄ Honorarvereinbarungen mit ihren Privatpatienten und Wahlarztpatienten treffen. Damit ermöglicht es die GOÄ den Ärzten, individuelle vertragliche Regelungen zu vereinbaren, die ihnen höhere Erlöse erschließen. Die rechtlichen Anforderungen an eine Honorarvereinbarung ergeben sich aus § 2 GOÄ, der sowohl den Minimal- als auch den Maximalinhalt regelt. Eine Honorarvereinbarung darf somit weder mehr Inhalte noch weniger Inhalte aufweisen als von dieser Norm gefordert werden. Ansonsten wäre die Honorarvereinbarung in der Regel nichtig, d. h., sie würde als rechtlich nicht existent betrachtet werden. Nach § 2 GOÄ sind für eine rechtssichere Gestaltung einer Honorarvereinbarung die folgenden Punkte zu beachten:

1. Kein Ausschluss

Leistungen nach den Abschnitten A, E, M und O dürfen nicht Gegenstand einer Honorarvereinbarung sein. Notfall- und akute Schmerzbehandlungen dürfen nicht vom Abschluss einer Honorarvereinbarung abhängig gemacht werden. Bei wahlärztlichen Leistungen kann sich eine Honorarvereinbarung nur auf vom Wahlarzt höchstpersönlich erbrachte Leistungen beziehen.

2. Honorarvereinbarung auf einem gesonderten Schriftstück mit eigenhändigen Unterschriften

Die Honorarvereinbarung muss in einem gesonderten Schriftstück getroffen werden, d. h. sie darf nicht mit anderen Vereinbarungen verbunden oder in diese integriert werden. Wird eine Honorarvereinbarung mit anderen Rechtsgeschäften auf demselben Schriftstück geschlossen, führt dies zur Nichtigkeit der Honorarvereinbarung. Da die Schriftform Wirksamkeitsvoraussetzung ist, müssen Arzt und Patient die Honorarvereinbarung eigenhändig unterschreiben. Ein Faksimilestempel oder ähnliches ist also nicht ausreichend. Ein Abdruck der Honorarvereinbarung muss dem Zahlungspflichtigen ausgehändigt werden.

3. Persönliche Absprache im Einzelfall zwischen Arzt und Zahlungspflichtigem

Da die Honorarvereinbarung nach persönlicher Absprache im Einzelfall zwischen Arzt und Zahlungspflichtigem getroffen werden muss, ist eine Delegation an andere Personen

nicht möglich. Des Weiteren impliziert eine persönliche Absprache, dass der Gegenstand der Honorarvereinbarung individuell verhandelt wird. Die Höhe der Gebührensätze muss daher grundsätzlich zur Disposition gestellt werden.

4. Keine rückwirkende Vereinbarung

Eine Honorarvereinbarung kann sich nur auf noch bevorstehende Behandlungen beziehen, eine rückwirkende Honorarvereinbarung ist unwirksam. Wenn eine Behandlung schon begonnen wurde, ist es zulässig, für zukünftige Behandlungsschritte eine Honorarvereinbarung abzuschließen.

5. Von der GOÄ abweichende Gebührenhöhe als Inhalt

Die Honorarvereinbarung bietet ausschließlich die Möglichkeit, eine von der GOÄ abweichende Gebührenhöhe festzulegen. Divergierende Punktzahlen oder andere Punktwerte dürfen daher nicht vereinbart werden. Da der Gebührenhöchstsatz gemäß § 5 Abs. 1 GOÄ bei 3,5 liegt, können über den Steigerungsfaktor 3,5 hinausgehende Gebührensätze in jedem Fall Gegenstand einer Honorarvereinbarung sein. Problematisch sind dagegen Gebührensätze oberhalb von 2,3 und bis zu 3,5 in Honorarvereinbarungen. Da § 2 GOÄ nur eine abweichende Vereinbarung über die Gebührenhöhe zulässt, wird zum Teil vertreten, dass bei Gebührensätzen in diesem Bereich in einer Honorarvereinbarung die Begründungspflicht nach § 12 Abs. 3 GOÄ bestehen bleibe, der Arzt mithin nicht durch die individuelle Regelung mit dem Patienten davon suspendiert werde. Nur durch die Verständigung auf Gebührensätze oberhalb von 3,5 in einer Honorarvereinbarung ist es daher für den Arzt gewiss, dass ihn das Begründungserfordernis nicht trifft.

6. Hinweispflicht

§ 2 Abs. 2 Satz 2 GOÄ statuiert eine Hinweispflicht zum Schutz der Zahlungspflichtigen. Daher muss eine Honorarvereinbarung neben den dort genannten Angaben (GOÄ-Ziffer, Leistungsbezeichnung, Steigerungssatz, vereinbarter Betrag) konstatieren, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. In diesem Zusammenhang ist unbedingt darauf zu achten,

dass der genaue Wortlaut aus der Norm aufgegriffen wird.

7. Ärztliches Berufsrecht beachten: Angemessenheit des Honorars

Eine Honorarvereinbarung befreit den Arzt nicht davon, das ärztliche Berufsrecht und damit insbesondere § 12 der Musterberufsordnung in der für den jeweiligen Kammerbereich geltenden Fassung einzuhalten. Daraus ergibt sich, dass die Honorarforderung des Arztes angemessen sein muss. Der Arzt muss daher die besonderen Umstände im konkreten Fall, insbesondere die Schwierigkeit und den Zeitaufwand, nach billigem Ermessen berücksichtigen. Zum einen darf er auch mittels der Abbedingung in einer Honorarvereinbarung nicht unangemessen hohe Gebührensätze veranschlagen, zum anderen ist es ihm verwehrt, die üblichen Sätze in unlauterer Weise zu unterschreiten. Was die Grenze der Angemessenheit ist, lässt sich nicht pauschal beurteilen, da es hierfür stets auf die Gesamtumstände des Einzelfalls ankommt.

Fazit

Der Ordnungsgeber lässt Honorarvereinbarungen in den von § 2 GOÄ gesteckten Grenzen zu. „Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten“, heißt es in § 2 Abs. 2 Satz 3 GOÄ. Das bedeutet: Wird eine Honorarvereinbarung mit überflüssigen Inhalten überfrachtet, geht dies nicht bloß zu Lasten der Transparenz, sondern führt zur Nichtigkeit der Honorarvereinbarung. Dies ist ein Beispiel dafür, dass „gut gemeint“ in vertragsrechtlichen – wie generell in juristischen Angelegenheiten – oft nicht „gut gemacht“ ist. Dann nämlich, wenn die Honorarvereinbarung z. B. mit weiteren Hinweisen für den Patienten versehen wird, ist die Honorarvereinbarung in der Regel nichtig und damit unrettbar verloren.

Bei Fragen zu diesem Thema wenden Sie sich bitte gerne an die Rechtsabteilung der PVS holding.



TOBIAS KRAFT

studierte Rechtswissenschaften in Bochum und war zwölf Jahre selbstständig als Rechtsanwalt in Dortmund und Bochum, unter anderem im Medizinrecht tätig. Seit Juni 2018 verstärkt er die Rechtsabteilung der PVS holding.

Tel. 0208 4847-194 | tkraft@ihre-pvs.de



PER ANALYSE ZUM ERFOLG

Foto: © everythingpossible - stock.adobe.com

Zur Ableitung von Abrechnungspotenzialen im Rahmen typischer Eingriffe definiert die PVS stetig leitliniengerecht, welche Ziffern bei einem Eingriff von Relevanz sind. So können Häufigkeit und Steigerungen der Ziffern eingriffsbezogen mit denen der Fachgruppe verglichen werden. Stefan Hövel, Leitung Abteilung Analyse und Reporting der PVS holding GmbH, erläutert, wie diese Systematik im Rahmen von Benchmarks bei der Interpretation der Ergebnisse hilft und sich zielgerichtete Dokumentationshinweise ableiten lassen.

PVS: Aus welcher Problematik heraus wurde der Fallgruppen-Benchmark eingeführt?

Stefan Hövel: Ein Blick in die Vergangenheit zeigt, dass wir für unsere Kunden stets ein großes Angebot an Reporting-Lösungen bereitgehalten haben. Ärzte wurden mit relevanten, automatisch erstellten Informationen versorgt, vordergründig zu betriebswirtschaftlichen Kennzahlen

bis hin zu entsprechenden Häufigkeiten von Gebührenziffern. Das Interesse einer „Standortbestimmung“ der eigenen Abrechnung war und ist bei unseren Kunden sehr hoch. Leider kommt es beim Vergleich von medizinischen Leistungen sehr auf das Detail an, sodass pauschalierende Darstellungen häufig keinen Erkenntnisgewinn bieten.

Können Sie hierfür zum besseren Verständnis ein Beispiel nennen?

Nehmen wir einmal an, wir vergleichen die Ansetzung der GOÄ-Ziffer 1002 (CTG) der gynäkologischen Fachabteilungen zweier Kliniken. In Klinik A werden im Durchschnitt 4 CTGs pro Patient abgerechnet, in Klinik B nur 2 CTGs. Ein einfacher Schluss könnte sein, dass Klinik B

aufgrund mangelnder Dokumentation der CTGs im Kreißsaal nur halb so viele CTGs2 abrechnet wie Klinik A. Tatsächlich ist Klinik B spezialisiert auf Geburten mit Komplikationen, die mit geplanten Kaiserschnitten einhergehen und weist somit im Vergleich zu länger andauernden natürlichen Geburten deutlich weniger CTGs auf.

Wie lässt sich dieses Problem in den heutigen Benchmark-Analysen umgehen?

Wir arbeiten seit nunmehr vier Jahren beim Thema „Benchmark“ erfolgreich mit GOÄ-Fallgruppen. Diese sind vergleichbar mit den DRGs aus dem GKV-Bereich. Finden wir in den Rechnungen eine bestimmte Ziffer, dann kennzeichnen wir diese Rechnungen mit einer bestimmten GOÄ-Fallgruppe.

ROBERT TARGAN

Freier Texter, Autor & Redakteur.
roberttargan.de

Hätten Sie auch hier ein Beispiel parat?

Bleiben wir bei der Geburtshilfe. Wenn wir auf einer Rechnung die Ziffer 1022 (Beistand bei einer Geburt) finden, dann wissen wir, dass es sich um eine natürliche Geburt handelt. Finden wir hingegen 1032 (Schnittentbindung), dann liegt die GOÄ-Fallgruppe „Sectio“ vor. Nun kann ich innerhalb der Fallgruppen die Häufigkeiten zählen. Um an unser Beispiel anzuknüpfen: Im Rahmen der natürlichen Geburt finden im Schnitt ca. vier CTGs statt; liegt eine primäre Sectio vor, werden eher ein bis zwei CTGs durchgeführt. Der Grundgedanke der Benchmark-Analyse auf Basis von GOÄ-Fallgruppen ist das Herstellen eines guten Vergleichs, der zu aussagekräftigeren Hypothesen hinsichtlich des Abrechnungsverhaltens führt.

Wie sehen solche Hypothesen denn konkret aus?

Wir beschränken uns bei den GOÄ-Fallgruppen auf Leistungsziffern, die typischerweise im Rahmen eines Eingriffs gemeinsam erbracht werden. Dadurch findet schon einmal eine Fokussierung auf die wesentlichen Ziffern statt. Tritt bei einer Ziffer eine markante Abweichung auf, so lässt sich sofort erkennen, ob diese Abweichung in einer selteneren Ansetzung oder einer geringeren Steigerung begründet ist. Das hilft wiederum bei der zielgerichteten Beratung. Bei selteneren Ansetzungen haben wir es sehr häufig mit einer vergessenen Dokumentation der Leistung zu tun; bei geringen Steigerungen fehlt es häufig am Erkennen der Steigerungsgründe.

Moment Mal, die Ärzte müssen doch schon aus berufsrechtlicher Verpflichtung umfassend dokumentieren – wie kann da etwas vergessen werden?

Hier spielt der Charakter der GOÄ als System der Einzelleistungsvergütung eine Rolle. Für die PVS ist nur abrechenbar, was auch dokumentiert ist. Das heißt, aus Sicht der Leistungserbringer kann eine Dokumentation in dem Sinne vollständig sein, dass ein anderer Leistungserbringer ein vollständiges Bild zur Behandlung hat, und trotzdem wesentliche Leistungen für die GOÄ-Abrechnung nicht erkennbar sind. Auch bemerken wir, dass die fortschreitende Digitalisierung dazu führt, dass nicht unbedingt

jede Leistung für uns erkennbar in der Patientenakte dokumentiert ist, sondern teilweise nur im KIS des Krankenhauses vorliegt. Hier hilft die Analyse auf Basis der GOÄ-Fallgruppen sehr gut, Dokumentationsdefizite aufzuzeigen.

Funktioniert denn diese Art der Analyse auch für den ambulanten Sektor?

Im Bereich der niedergelassenen Ärzte haben wir deutlich weniger GOÄ-Fallgruppen zur Verfügung, sodass dieses Mittel oft nicht nutzbar ist. Allerdings haben wir unsere Beratungsleistungen hier auf andere Bereiche der Abrechnung ausgeweitet. Neben den angesetzten Ziffern spielen im ambulanten Bereich auch die Auslage wie Verbrauchsmaterial oder Medikamente eine Rolle. Auch hier gibt es Abhängigkeiten, die sich für eine zielgerichtete Abrechnungsberatung nutzen lassen.

Wie muss man sich das vorstellen?

Nehmen wir beispielsweise die GOÄ-Ziffer 346 (Kontrastmitteleinbringung). Wie der Leistungstext erwarten lässt, sollte neben der Ziffer auch das Kontrastmittel als Auslage auf der Rechnung stehen. Diese Zusammenhänge lassen sich im Rahmen einer Analyse ebenfalls quantifizieren und aus Abweichungen Beratungsansätze ableiten.

Herr Hövel, das hört sich alles sehr schlüssig an, aber setzt die PVS mit der Analyse nicht zu spät an?

Betrachtet in einem größeren Kontext unserer Dienstleistung bieten wir eine Aufnahmeberatung hinsichtlich Ziffernansetzungen an, auch rund um Steigerungsgründe. Gleichzeitig veranstalten wir mit unserem „PVS forum“ Fachseminare und Schulungen. Wichtig aber ist vor allem, dass wir im Rahmen der beginnenden Kundenbeziehung sehr intensiv die Rechnungen prüfen und mit entsprechenden Dokumentationshinweisen auf den Kunden zugehen. Doch da die Auslegung der GOÄ-Abrechnung der ständigen Rechtsprechung und Kommentierung unterliegt, ist eine regelmäßige Standortbestimmung mit Hilfe eines Benchmarks eine sinnvolle Zusatzmaßnahme.

Und das gibt es nur bei der PVS?

Sicherlich agieren auch andere Abrechnungsunternehmen mit Ziffern-Benchmarks und Abrechnungsberatung. Meiner Erfahrung nach kommt es neben einer gut durchdachten Analyse-Systematik auch auf genügend Vergleichsfälle im Benchmark an. Hier kommt uns natürlich unsere marktführende Stellung im Bereich der Privatabrechnung zu Gute. ●

STEFAN HÖVEL

(Dipl. Wirt.-Inf.)

Leitung Abteilung Analyse
und Reporting der PVS holding
shoevel@ihre-pvs.de



MACHT FACEBOOK DEPRESSIV?

Es ist ständiger Begleiter und aus dem Alltag kaum noch wegzudenken – das Smartphone. Besonders Social Media-Angebote wie Facebook und Instagram erfreuen sich bei Nutzern einer hohen Beliebtheit, bergen aber auch Gefahren. Betrachtet man die dortige Bilderflut aus tollen Urlauben, süßen Kindern und bunter Freizeitgestaltung, kann sich mitunter der Eindruck aufdrängen: „Alle anderen sind besser als ich.“ Begünstigen Facebook und Co. gar Depressionen? An der Ruhr-Universität Bochum ist man dieser Frage nachgegangen.

In sozialen Netzwerken regiert meist die Sonnenseite des Lebens: Es wird gelacht, gereist und gefeiert und alles dank unzähliger Filtermöglichkeiten ins rechte Licht gerückt. Was macht das mit dem Wahrnehmungsapparat des Nutzers, der sich Tag für Tag durch diese vermeintliche Glückseligkeit scrollt? Hält er das Leben der Anderen für besser als das eigene? Ein Team der Psychologie der Ruhr-Universität Bochum (RUB) um Dr. Phillip Ozimek hat hierzu eine Studie angestellt und he-

rausgefunden, dass vor allem Menschen, die soziale Netzwerke passiv nutzen, gefährdet sind, depressive Symptome zu entwickeln. „Es liegt in unserer menschlichen Natur, sich mit anderen sozial zu vergleichen“, weiß Dr. Phillip Ozimek. „In sozialen Medien wird das aber zum Problem, denn dort besteht die Möglichkeit, negative Aspekte auszublenden. Der Rezipient sieht in der Hauptsache positive Eindrücke und zieht daraus falsche Schlüsse, nämlich, dass alle anderen stets im Urlaub

sind, gutes Essen genießen und ständig neue Dinge kaufen können.“ Unser Verstand blendet dabei aus, dass diesen Menschen im Alltag ebenso negative Dinge begegnen – und schon leidet das Selbstwertgefühl.

Risiko, eine Depression zu entwickeln

Die Studie der RUB, deren Ergebnisse im Juli 2019 veröffentlicht wurden, rückt also die passive Nutzung von Facebook, Instagram und Co. in den Fokus. Soll sagen: Nicht das Verwenden sozialer Netzwerke per se kann zu einer negativen Stimmungslage führen, sondern vielmehr das unbeteiligte Betrachten schillernder Statusmeldungen. Dr. Phillip Ozimek: „Es geht um das neugierige Durchstöbern von Fotos, das wir alle so gerne betreiben, das Checken von Newsfeeds und Lesen von Kommentaren – all das geht einher mit sozialen Vergleichen, denn diese werden dabei automatisch ausgelöst.“ Der Experte führt den Gedanken weiter: Werden eben jene Vergleiche mit dem Eindruck gepaart, dass es allen Freunden und Followern durchweg gut geht, entsteht der Irrglaube, dass wir immerzu schlechter abschneiden. Fakt ist: Ein geringer Selbstwert steht in Verbindung mit dem erhöhten Risiko, eine Depression zu entwickeln. Interessant ist in diesem Zuge die Frage, was beim oft hastigen Scrollen durch die Informationsflut überhaupt beim Empfänger hängenbleibt. „Mehr als man denkt“, so Dr. Ozimek. „Das, was wir da mitunter aus dem Augenwinkel wahrnehmen, hat einen langfristigen Effekt. Wir erleben die Inhalte nicht unbedingt bewusst, bekom-

„Die anderen sind alle besser als ich!“ – Dieser Irrglaube kann durch Social Media-Angebote schnell an Fahrt aufnehmen.





Dr. Phillip Ozimek (links) und Prof. Dr. Hans-Werner Bierhoff haben untersucht, welche Auswirkung die Nutzung sozialer Medien auf unsere Psyche hat.

men nach einigen Woche aber vielleicht den Eindruck, dass draußen das pralle Leben stattfindet, während wir in unserem trüben Büro hocken.“

Auswirkungen auf den Selbstwert

Wie aber sahen nun die experimentellen Untersuchungen an der RUB aus? Die Bochumer Forscherinnen und Forscher ließen zwei Gruppen von Versuchspersonen fünf Minuten lang entweder auf ihrer Facebook-Pinnwand oder auf der Mitarbeiterwebseite der Katholisch-Theologischen Fakultät der RUB Informationen über die ersten fünf Personen heraus schreiben, die sie sahen. Eine dritte Kontrollgruppe übersprang diese Aufgabe; im Anschluss füllten sämtliche Teilnehmerinnen und Teilnehmer einen Fragebogen aus, der über ihr Selbstwertgefühl Auskunft gab. Dr. Phillip Ozimek blickt zurück: „Wir wollten herausfinden, ob soziale Medien tatsächlich diesen speziellen Charakter besitzen oder ob positive Informationen generell Auswirkungen auf den Selbstwert des Betrachters haben – denn schließlich hielt die Mitarbeiterwebseite ebenfalls erfolgreiche Lebensläufe bereit.“ Im Gegensatz zur dritten Kontrollgruppe (kein Betrachten von Informationen) stellte das Team der Psychologie fest, dass die Konfrontationen mit positiven und vorteilhaften Fakten im Internet tatsächlich zu einem geringeren Selbstwertgefühl

führten. Daran anknüpfend unterstreicht Dr. Phillip Ozimek den bereits genannten Trugschluss: „Beim Gedanken, dass andere Menschen ein glücklicheres Leben führen, spielt der Kopf uns einen Streich. Wir schließen dabei vom Einzelfall auf das Allgemeine; dieses Phänomen nennt sich »Fundamentaler Attributionsfehler«.“

Chancen einer digitalen Entgiftung

Fast möchte man da von einem Teufelskreis sprechen, öffnen wir Angebote wie Facebook und Instagram doch gerade aus dem Grund, um etwas Schönes und Positives zu erleben – und verspüren doch mitunter Neid und Missgunst. Letztlich sind diese Apps nach dem Belohnungsprinzip konzipiert: Nachrichten poppen auf, neue Follower werden vermeldet und geteilte Beiträge geliked und kommentiert. Viele Nutzer erkennen allerdings zunehmend, dass solcherlei Dopaminausstöße nur einen kurzen Effekt besitzen: „Social Media Detox“ heißt das Zauberwort; eine digitale Entgiftungskur, sozusagen. Das Schaffen bewusster Smartphone-Auszeiten kann dabei helfen, Stress abzubauen und den Blick für wesentlichere Dinge des Alltags zu schärfen. Ein herkömmlicher Wecker neben dem Bett etwa macht das Smartphone im Schlafzimmer überflüssig; zudem lassen sich Push-Funktionen und blinkende Signale am Gerät deaktivieren. Und dann wären da noch – so paradox es

klingen mag – allerlei Apps, die beim „Detox“ helfen: Die Programmierer der Anwendung „Forest“ versprechen beispielsweise, dass Bäume gepflanzt werden, rührt der Nutzer sein Mobilgerät eine bestimmte Zeit nicht an. Die App „Offtime“ hingegen fragt nach gewünschten Auszeiten und blockiert dementsprechend Programme, Benachrichtigungen und sogar Anrufe. „Space“ ist noch neugieriger und möchte wissen, weshalb der Nutzer zum Smartphone greift – zum Arbeiten, zur Unterhaltung oder zum Zeit totschiessen? Die App erstellt ein Profil und verlangt nach einer Zielsetzung: Wie viele Smartphone-Minuten sollen es am Tag sein und wie oft wird das Gerät entsperrt? Es scheint, als müssten wir uns ein wenig selbst austricksen, soll der Social Media-Konsum auf ein gesundes Maß heruntergefahren werden. Die Erkenntnisse der Bochumer Studie zeigen jedoch, dass dies eine lohnenswerte Strategie ist. ●

psy.ruhr-uni-bochum.de

ROBERT TARGAN

Freier Texter, Autor & Redakteur.
roberttargan.de

DAS GEFÜHL, DAZUZUGEHÖREN

Deutschlands Sportart Nummer Eins, der Fußball, kann vieles sein – Meisterschaftskampf vor über 80.000 Zuschauern oder Kreisliga-Kick auf Asche. Im Falle der dritten Seniorenmannschaft des Traditionsclubs Rot-Weiss Essen ist er aber vor allem eines: wichtige Stütze im Leben von Menschen, die mit psychischen Erkrankungen, Sucht oder dem Gesetz zu kämpfen haben. Vor rund sieben Jahren wurde das „Team III“ von der Sozialinitiative „Essener Chancen“ ins Leben gerufen und in Kooperation mit der Prof. Dr. Eggers-Stiftung als Erfolgsmodell etabliert.



Mit Herzblut für das Essener „Team III“: Trainer Benjamin de Biasi (links) und Frank Kremer, Geschäftsführer der Prof. Dr. Eggers-Stiftung.

» Wir hatten von Beginn an mit Vorurteilen zu kämpfen“, blickt Benjamin de Biasi auf die Anfangszeit des Projekts zurück. Der Trainer von Rot-Weiss Essens „Team III“ berichtet von Provokationen durch gegnerische Spieler, von Ablehnung und beleidigenden Sprüchen. Da braucht es starke Nerven und jede Menge Disziplin, um bei Sticheleien jener untersten Kategorie einen kühlen Kopf zu bewahren. Dass dies auf dem Platz anfangs nicht immer gelungen ist, daraus macht de Biasi, der auf eine Tätigkeit im ambulanten psychiatrischen Pflegedienst zurückblickt, keinen Hehl. Doch kann er auch stolz von Fortschritten berichten: „Unser Team hat die Funktion einer großen Familie und wirkt deeskalierend. Spieler, die früher nach Provokationen vielleicht handgreiflich geworden wären, halten sich heute zurück.“ Und genau

darum geht es bei diesem Kreisliga-Team, das sowohl aus Freizeitfußballern als auch eben aus Spielern von ganz unterschiedlichen sozialen Einrichtungen besteht: das Gefühl, dazuzugehören. Mehr Inklusion geht kaum.

Auf dem Platz neuen Mut schöpfen

Nicht nur die Spieler dieser besonderen Mannschaft hatten und haben mit Vorurteilen zu kämpfen – auch die Menschen, die das „Team III“ Ende 2012 ins Leben riefen, stießen zuerst auf Ablehnung. Frank Kremer, Geschäftsführer der Prof. Dr. Eggers Stiftung, erinnert sich: „Wir waren damals mit dem Präsidium eines anderen großen Vereins in der Region im Gespräch; Fanclubs hatten sich zudem dazu bereiterklärt, die Spieler zu trainieren. Leider scheiterte das Vorhaben an recht festgefahrenen Ansichten, denn man wollte uns in einer gesonderten Liga für Menschen mit Behinderung auflaufen lassen.“ Von Inklusion also keine Spur. Auf offene Ohren stieß man allerdings beim damaligen geschäftsführenden 1. Vorsitzenden

von Rot-Weiss Essen, Prof. Dr. Michael Welling; als „Team III“ stand dem Start in der Kreisliga-C bald nichts mehr im Wege. Diese unterste Amateurliga hat es – gelinde gesagt – in sich: In der Hauptsache vereint sie Stadtteilteams des Essener Nordens, Bezirke, die sich mitunter an der „Grenze der Integrationsfähigkeit“ befinden, wie es die Frankfurter Allgemeine Zeitung einst ausdrückte. Und dort sollten ehemalige und akut betroffene Suchtkranke, Straffällige und Depressive neuen Mut schöpfen? „Klar, wir waren da von Beginn an die »Psychos« der Liga“, so Frank Kremer augenzwinkernd. „Da ging der Gegner schon mal eine Nummer härter in die Zweikämpfe.“ Er weiß: „Psychisch erkrankte Menschen werden nach wie vor in unserer Gesellschaft massiv diskriminiert, etwa bei der Wohnungssuche oder im Vorstellungsgespräch.“ Sucht, Depressionen, Schizophrenie – das sind medizinisch anerkannte Krankheiten, die leider weiterhin auf wenig Akzeptanz stoßen.

Dem verbalen und nicht selten auch handfesten Gegenwind, den die Spieler

DIE PROF. DR. EGGERS-STIFTUNG

Ziel der Stiftung ist es, psychisch erkrankte Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene auf dem Weg in eine allmähliche Verselbständigung zu unterstützen. Neben einer Verminderung der Rückfallquote und der Förderung der persönlichen, schulischen und beruflichen Weiterentwicklung, zielt die Betreuung auf spezifische Bedürfnisse der jungen Menschen ab. Angebote aus den Bereichen Kunst, Reittherapie oder eben Fußball zählen unter anderem zu den Projekten der Stiftung.



Foto: © Laurien Brinkert

Freizeitfußballer und Spieler mit psychischen Erkrankungen ziehen für Rot-Weiss Essens „Team III“ an einem Strang.

auf dem Platz erfahren, kann Frank Kremer aber auch etwas Positives abgewinnen: „Die von der Allgemeinheit oft stigmatisierten jungen Menschen lernen, dagegenzuhalten, nicht aufzugeben.“ Denn klar ist auch: Für einen Menschen, der unter einer Depression leidet, kann es schlichtweg eine große Herausforderung sein, die Wohnung zu verlassen und in der Gruppe die Fußballschuhe zu schnüren. Und wer Suchtdruck hat, wägt vielleicht ab: „Beschaffe ich mir jetzt etwas oder gehe ich trainieren?“ Feste Uhrzeiten, Pünktlichkeit, Teamwork und blindes Vertrauen auf dem Platz – all diese Faktoren bringen den Alltag Stück für Stück zurück in das Leben der Kicker. „Für die Krankheitsbewältigung ungemein wichtig“, verdeutlicht der Geschäftsführer der Prof. Dr. Eggers-Stiftung.

„Hier ist etwas zusammengewachsen“

Mittlerweile hat sich das „Team III“ in der Liga einen Namen gemacht; längst geht es neben dem inklusiven Aspekt auch um sportlichen Ehrgeiz. Trainer Benjamin de Biasi freut sich: „Alle Spieler sind mit Herzblut dabei – die Jungs wollen aufsteigen.“ Motivierend wirken da, wie so oft im Leben, kleine und große Erfolgserlebnisse: So darf das Image der „Bad Boys“ längst revidiert werden, landen die Kicker in Fairplay-Wertungen doch stets weit oben. Auch berichtet der Trainer von den Versuchen höher spielender Teams, Spieler abzuwerben: „Deren Entscheidung, dennoch beim „Team III“ zu bleiben, ist der beste Beweis dafür, dass hier etwas zusammengewachsen ist.“ Da verwundert auch

Benjamin de Biasi Antwort auf die Frage, wie sich diese Geschlossenheit neben dem Spielfeld gestaltet, kaum: „Ich bin an sieben Tage die Woche rund um die Uhr Ansprechpartner für die Jungs.“ Somit ist klar, dass das Projekt nicht mit Abpfiff endet: Bedarf an Ratschlägen und Unterstützung gibt es immer. Sollte diese Erkenntnis den Weg in weitere Führungsetagen populärer Vereine finden, wäre das ein Gewinn für alle Beteiligten. ●

eggersstiftung.de
essener-chancen.de

ROBERT TARGAN

Freier Texter, Autor & Redakteur.
roberttargan.de

EINMAL NOCH ANS MEER



Der Arbeiter-Samariter-Bund macht es möglich: Freiwillige Helfer erfüllen die letzten Wünsche schwerkranker Menschen.

Fotos: © Arbeiter-Samariter-Bund Regionalverband Ruhr e. V.

Der Besuch des Lieblings-Musicals, ein Ausflug ins Fußballstadion oder die Fahrt in den Urlaubsort der Kindheit: Keine ungewöhnlichen Freizeitunternehmungen, die jedoch um ein Vielfaches kostbarer erscheinen, wenn sie besondere Herzensangelegenheiten am Ende eines Lebens darstellen. Der Wunschewagen des Arbeiter-Samariter-Bunds nimmt sterbenskranke Menschen mit auf eine letzte große Reise – behutsam und würdevoll.

Inspiziert von einem niederländischen Vorbild, ging das Projekt „Wunschewagen“ im Jahr 2014 in Essen an den Start. Dabei handelt es sich um umgebaute Krankenwagen, die – neben einer modernen notfallmedizinischen Ausstattung – speziell auf die Bedürfnisse der Reisenden abgestimmt sind. Entsprechende Stoßdämpfer, eine Musikanlage und harmonisches Licht sorgen dafür, dass dabei nichts an einen Krankentransport erinnert. Auch sprechen die Wunschewagenführer von „Fahrgästen“, nicht etwa von „Patienten“. Seit 2015 ist der Mülheimer Peter Brill (73) ehrenamtlich mit an Bord, wenn der ASB-Wunschewagen Reisen unternimmt, die eine pflegerische medizinische Betreuung benötigen oder wo Angehörige eine weitere Begleitung

wünschen. „Ich kannte das Projekt damals nicht und wollte eigentlich mit meinem Golden Retriever beim ASB die Besuchsausbildung für Seniorenheime und Hospize absolvieren“, erinnert sich der pensionierte Sozialpädagoge und Psychotherapeut zurück. „Die Leiterin der Abteilung in Essen fragte mich dann, ob ich mir auch ein Engagement für den Wunschewagen vorstellen könnte.“ Da war das Interesse von Peter Brill geweckt.

Auf das Wunschziel konzentrieren

Mittlerweile sind in vielen Bundesländern die besonderen Wagen unterwegs, um die letzten Herzensangelegenheiten der Fahrgäste Wirklichkeit werden zu lassen: Über 1.500 Wünsche konnten

dank der rund 1.300 freiwilligen Begleiter deutschlandweit umgesetzt werden. Mal ist das der Besuch im nahegelegenen Theater, mal die weite Reise in einen mit Erinnerungen aufgeladenen Urlaubsort. Immer jedoch ist es eine wertvolle Bereicherung für den Menschen in der letzten Phase seines Lebens. „Auf all meinen bisherigen Fahrten war der Tod nie Thema“, berichtet Peter Brill. „Ich biete mich zwar als Gesprächspartner an, bestimme aber nicht die Thematik. Auch denke ich, schon durch die Wunschäußerung hat der Fahrgast akzeptiert, dass er am Ende seines Lebens steht.“ Von diesem Moment an, so Brill, könne der Reisende all seine Kräfte und Sinne auf das Wunschziel konzentrieren und die Unternehmung genießen.

Laut Arbeiter-Samariter-Bund soll möglichst jeder Wunsch seine Erfüllung finden; dennoch spielt die Machbarkeit eine Rolle. Jede Fahrt wird daher von qualifizierten Fachkräften begleitet – das sind etwa Pfleger, Krankenschwestern, Palliativmediziner, Rettungskräfte oder Feuerwehrleute. Alleamt engagieren sie sich ehrenamtlich. Peter Brill ergänzt: „Wir erhalten Unterlagen zum gesundheitlichen Zustand des Fahrgastes sowie eine ärztliche Bestätigung über die Transportfähigkeit.“ Rund 140 Fahrten führt der ASB Ruhr jährlich durch; nicht wenige davon müssen aufgrund einer akuten Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder sogar wegen eines Todesfalls abgesagt werden. Peter Brill hat Letzteres zweimal erlebt: „Da bin ich vor das Hospiz gefahren und erfahre, dass der Gast in der Nacht zuvor verstorben ist.“ Ein Umstand, der leider stets mitbedacht werden muss.

Wohin mit der Trauer?

Auch, wenn der Tod im Wünschewagen sehr oft kein Thema ist, lässt sich eine gewisse Schwere rund um die Fahrten nicht leugnen. Peter Brill erinnert sich etwa an eine ältere Dame, der er nach einer Reise ans Meer noch einen weiteren, vermeintlich kleinen Wunsch erfüllen wollte: Ein letztes Mal Kaffeetrinken in der Stadt, um den Menschen beim Flanieren zusehen zu können. „Als ich sie für diese Fahrt abholen wollte“, so Brill, „erklärte sie mir, dass sie sich gerade mit einer anderen Reise beschäftigen würde – sie nickte mit dem Kopf Richtung Fenster, dorthin, wo hinter dem Hospiz der Friedhof lag.“ Die Frage, wie viel Trauer die Ehrenamtler an sich heranzulassen dürfen, beantwortet der 73-jährige mit einer weiteren Geschichte: Für ein vierjähriges Mädchen, das über keinerlei Muskelbildung verfügte und das künstlich ernährt und beatmet wurde, stand ein Besuch im Zoo an. Peter Brill beschreibt die kindliche Freude bei der Beobachtung der Tiere und verdeutlicht: „Die Trauer, die ich als Begleiter in dieser Situationen empfand, behielt ich für mich. Vielmehr konnte ich die Freude mit dem Mädchen teilen und meine Traurigkeit später zu Hause mit meiner Frau besprechen.“

Zukünftige Helferinnen und Helfer durchlaufen vor der ersten Fahrt eine umfassende Schulung, stellt die Betreuung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase doch hohe Anforderungen an alle Beteiligten. Der ASB setzt auf ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in der Regel



Die ASB-Wünschewagen: Umgebaute Krankenwagen, speziell auf die Bedürfnisse der Reisenden abgestimmt.

fachliche Berufserfahrungen aus den Bereichen Gesundheit, Pflege und Palliativmedizin, sowie der Pädiatrie und Geriatrie mitbringen. Bei einer hohen Einstufung des Betreuungsaufwands kann eine dritte Person ohne einschlägige Qualifikation an der Fahrt teilnehmen. Alle Begleiterinnen und Begleiter vereint, dass sie in der Lage sein müssen, die eigene Gefühlswelt in den Hintergrund zu rücken. Peter Brill betont aber auch: „Ich kann mir das Engagement einteilen und stets entscheiden, ob ich eine Fahrt übernehme oder nicht. Vielleicht erlaube ich mir eine Pause und bin einen Monat später wieder dabei.“

Momente der Auszeit, die helfen, um bei der nächsten Fahrt wieder mit vollem Einsatz für Menschen da zu sein, an deren Lebensende noch ein kleiner oder großer Wunsch steht.

wuenschewagen.de | asb.de

ROBERT TARGAN

Freier Texter, Autor & Redakteur.
roberttargan.de



Seit 2015 ist der Mülheimer Peter Brill (links) ehrenamtlich mit an Bord des Wünschewagens.

Das Projekt des Wünschewagens ist für den Fahrgast kostenfrei; der Arbeiter-Samariter-Bund kann jedoch mit Spenden unterstützt werden:

Arbeiter-Samariter-Bund
Deutschland e. V.
Volksbank Mittelhessen
IBAN: DE07 5139 0000 0060 8253 51
BIC: VBMHDE5FXXX
Stichwort: Wünschewagen

„TRAUERN KANN MAN LERNEN“

Wie sage ich den Kindern, dass ihr Vater sterben muss? Wie viel Trauerzeit benötigen Hinterbliebene? Wie mache ich Menschen mit Behinderung einen Verlust begreiflich? Fragen, auf die Gina Krause (26) die passenden Antworten findet. Im Hauptberuf in der Hospizkoordination tätig, widmet sie sich als Dozentin und Trauerbegleiterin verschiedenen Bewältigungsstrategien, Zugangsweisen und Formen der Unterstützung. Dabei stellt sie immer wieder fest, dass viele Menschen das Trauern nie richtig gelernt haben.



Foto: © Black Brush - stock.adobe.com

PVS: *Wie viel Platz findet das Thema „Trauer“ in einer Gesellschaft, in der mehr und mehr jeder nur auf sich achtet?*

Gina Krause: Wenig Platz. Und das liegt mitunter daran, dass Trauer in unserer Gesellschaft kaum sichtbar ist. Früher trug man im Trauerjahr etwa schwarze Kleidung – traf man jemanden in diesen Farben auf der Straße, wusste man, dass dieser Mensch einen Verlust zu beklagen hatte. Man ging mit dieser Person dann vielleicht anders um. Das war quasi eine Aufforderung zur aktiven Unterstützung. Heute ereignet sich Trauer eher im kleinen Kreis; oft steht in Anzeigen: „Wir bitten von Beileidsbekundungen am Grab abzusehen“ oder „Die Trauerfeier findet im engsten Familienkreis statt“.

Was bedeutet diese Entwicklung?

Die Gesellschaft wird dadurch ausgeschlossen. Dabei kann es so hilfreich sein, wenn viele Menschen zur Trauerfeier kommen und ganz unterschiedliche Unterstützungen anbieten. Hinzu kommt

die Professionalisierung: Die meisten Menschen sterben im Krankenhaus; nach deren Ableben rufen wir direkt den Bestatter an, der sich um alles Weitere kümmert. Nur noch selten – etwa in dörflichen Regionen – sieht man zum Beispiel, dass der Sarg von Nachbarn zum Grab getragen wird.

Trauer wird also regelrecht „weggeschoben“ – was verbaut man sich dadurch?

Wir haben es in gewisser Weise verlernt, zu trauern – doch würde es den Betroffenen so gut tun, wenn auf der Beerdigung jeder Gast die Hand reichen und somit Beistand signalisieren kann. Natürlich ist das immer ein trauriger, rührender Moment. Aber genau darum geht es ja: Hilfe anbieten. Das darf anrühren.

Verlernen ist eine Sache – manch einer hat das Trauern vielleicht auch nie gelernt ...

Ganz genau. Oft fallen nach einem Verlust Sätze wie „Du bist so stark, gehst schon wieder arbeiten und bist gar nicht traurig.“ Da wird das Wort „stark“ falsch

verwendet. „Stark“ wären wir, wenn wir unsere Gefühle ausleben würden. Trauern kann man tatsächlich von Beginn an lernen, doch oftmals werden Kinder oder auch Menschen mit Behinderung von Beerdigungen ferngehalten. Man möchte sie nicht „traurig machen“, nimmt sie nicht mit oder erzählt ihnen nichts. Dabei hat die Trauer ja einen Sinn: Wenn jemand stirbt, dann ist das zwar schlimm. Doch fehlt die Fähigkeit, zu trauern, dann kann das auf Dauer krankmachen.

Wie schnell schwindet denn schon mal die Akzeptanz von Trauer?

Es fallen durchaus Sätze wie „Ist denn jetzt nicht auch mal langsam gut?“. Wer trauert ist eben mehr bei sich, muss mehr auf sich achten und lebt weniger im Außen. Das passt leider nicht in unser heutiges System und in die Zeit, in der wir leben: höher, schneller, weiter. Da erhalten solche Gefühle keinen Platz.

Wie wichtig ist es, Kinder frühzeitig mit der Realität eines Verlustes vertraut zu machen?

Das spielt von der Geburt an eine Rolle, denn mit dem Abschied aus dem Mutterleib erleben Babys ja bereits ihren ersten Verlust. Später sterben geliebte Haustiere. Das muss dem Kind begreiflich gemacht werden; Worte reichen da mitunter nicht aus. Vielleicht beerdigt man das Haustier gemeinsam und die Kinder dürfen zuvor Blumen aussuchen. Aktiv in der Gemeinschaft etwas tun, statt nur die nötigsten Informationen zu vermitteln – das macht es für alle Beteiligten erträglicher.

Können Sie weitere Tipps geben?

Es existieren mittlerweile viele Kinderbücher und -filme, die man zu diesem Thema gut nutzen kann. Ein Friedhofsbesuch darf zudem auch stattfinden, wenn es gerade keinen Verlust gab. So erfahren die Kinder schon früh, dass der Tod zum Leben zwar dazugehört und dass irgendwann mal alle Lebewesen sterben müssen – dass man dann aber eben nicht alleine ist in der Trauer und gemeinsam diese Zeit durchsteht.

In Ihrem Buch „Menschen mit Behinderung in ihrer Trauer begleiten“ berichten Sie davon, dass diesem Personenkreis Trauer oftmals abgesprochen wird ...

Da machen es sich viele Menschen mit Äußerungen wie „Der versteht das doch gar nicht“ sehr einfach. Fällt solch ein Satz, hat das aber nichts mit dem Menschen mit Behinderung zu tun, sondern mit der Person, die ihn sagt und nicht weiß: „Wie kann ich es begreiflich machen?“ Es geht nicht darum, das zu verurteilen – denn Menschen, die das nicht weitergeben können, haben es vielleicht selbst nicht gelernt. Da sind wir wieder beim bereits genannten gesellschaftlichen Problem.

Wie kann sich eine Trauerbegleitung von Menschen mit Behinderung denn ohne eine gemeinsame Sprache gestalten?

Man geht etwa zusammen auf den Friedhof, schaut sich Bilder an oder entzündet gemeinsam eine Kerze. Sich viel Zeit nehmen und ein verlässliches Gegenüber sein: Das strahlt Ruhe aus und bezieht alle mit ein.

Kann und sollte Trauer ein Ende besitzen?

Es gibt das Bild vom „Trauerberg“: Trauer ist Arbeit, und wenn jemand einen Verlust erlebt, dann ist das so, als würde vor ihm ein riesiger Berg auftauchen. Diesen gilt es

abzutragen, was für jeden Menschen eine unterschiedliche Bedeutung haben kann. Am Ende aber bleibt immer ein Stein von diesem „Trauerberg“ übrig – das ist die Erinnerung an den Verstorbenen. Diesen sprichwörtlichen Stein steckt man sich in die Hosentasche und hat ihn immer bei sich. Man muss nicht loslassen und darf eine Verbindung haben: ans Grab gehen, an den Menschen denken oder auch zu ihm sprechen.

Als Trauerbegleiterin werden Sie oft auf Ihr junges Alter angesprochen – wie gehen Sie mit etwaigen Vorbehalten um?

Ich vertrete in meiner Arbeit die Ansicht, dass Trauer und Verluste Themen sind, die jeden Menschen in jedem Alter betreffen. Manch einer setzt sich schon sehr früh damit auseinander – so wie ich, seitdem ich 15 bin –, manch einer trotz vorhandener Lebenserfahrung eher weniger. Vielleicht ist es sogar die gewisse Unbekümmertheit, die ich mitbringe. Dass ich bei diesem schweren Thema dennoch lächeln und auch mal fröhliche Dinge erzählen kann. Ich möchte dieser Schwere etwas entgegensetzen.

Dennoch ist es sicher oft eine Gratwanderung zwischen Distanz und Nähe, oder?

Auch damit habe ich mich schon früh auseinandergesetzt, denn meine Mutter ist Kinderkrankenschwester auf einer Inten-

sivstation. Sie hat mir gezeigt, dass man sich anrühren lassen darf – dass das, was mir auf der Arbeit jedoch begegnet, nicht in meinem Privatleben stattfindet. Die Menschen, die ich begleite, leben ihr Leben, und ich lebe meins.

Letztlich bleibt die Erinnerung: Aufgestellte Fotos können diese bewahren und helfen, dem verstorbenen Menschen weiterhin einen Platz zu geben ...

... und da muss die trauernde Person selbst den richtigen Weg finden; ich kann dazu die richtigen Fragen stellen. Finden sich zum Beispiel im gesamten Haus noch unzählige Fotos oder Gegenstände des Verstorbenen, existiert also kein einziger trauerfreier Raum, dann frage ich: „Wie geht es Dir damit?“ Dann entscheidet mein Gegenüber, was gut tut. Vielleicht ist man noch nicht soweit, sich von gewissen materiellen Dingen zu verabschieden. Zeit spielt da eine wichtige Rolle – in dieser aber muss etwas passieren, denn Zeit allein heilt keine Wunden. ●

ginakrause.de

ROBERT TARGAN

Freier Texter, Autor & Redakteur.
roberttargan.de



Gina Krause, Mechthild Schroeter-Rupieper: Menschen mit Behinderung in ihrer Trauer begleiten. Ein theoriegeleitetes Praxisbuch. Vandenhoeck & Ruprecht, 144 Seiten, 17,00 €



DIE RICHTIGEN WORTE FINDEN

Wenn ein Familienmitglied verstirbt oder ein geliebtes Haustier das Zeitliche segnet, dann stellen Kinder Fragen: Nach dem „Warum“ etwa, oder zu dem, was „danach kommt“. Unbefangene Antworten fallen dann manchmal schwer, erst recht, wenn Eltern auf solcherlei Fragen nicht vorbereitet sind. Viele Kinderbücher beschäftigen sich mit dem Tod, mit Trauer und mit Abschied – und bieten auf behutsame Weise eine Erklärungshilfe.

WOLF ERLBRUCH Ente, Tod und Tulpe KUNSTMANN



ENTE, TOD UND TULPE

Schon seit längerem hat die Ente das Gefühl, dass da irgendetwas nicht stimmt: „Wer bist du – und was schleichst du hinter mir her?“ Es ist der Tod, der sich in Wolf Erlbruchs Erzählung „Ente, Tod und Tulpe“ als treuer Begleiter herausstellt; schon immer da, ganz unbemerkt. Klar, dass die gefiederte Hauptfigur sich sorgt: „Kommen Enten in den Himmel oder braten sie in der Hölle?“ Längst ist das 2007 erschienene Buch ein Klassiker, wenn es um die Kinderfragen geht, auf die viele Eltern nicht sofort zufriedenstellende Antworten parat haben. Das liegt vor allem an den leichtfüßigen Dialogen, die sich zwischen Ente und Tod entspinnen: „Schön, dass du mich endlich bemerkst. Ich bin der Tod.“ // „Und jetzt kommst du mich

holen?“ // „Ich bin schon in deiner Nähe, so lange du lebst – nur für den Fall.“ Große Fragen werden da mit kleinen poetischen Bildern beantwortet; die beiden Protagonisten freunden sich an, verbringen Zeit miteinander, klettern gemeinsam auf Bäume. Als die Ente friert, wird sie von ihrem Freund gewärmt – bis sie doch stirbt und samt Tulpe auf einem Fluss hinweg treibt.

Wolf Erlbruch – bis 2009 Professor für Illustration an der Bergischen Universität Wuppertal – erhielt vor zwei Jahren den renommierten „Astrid Lindgren Memorial Award“ für sein Gesamtwerk. Weitere Auszeichnungen sind der Gutenbergpreis der Stadt Leipzig, der Sonderpreis des Deutschen Jugendliteraturpreises sowie die Verleihung der Hans Christian Andersen Medaille. „Ente, Tod und Tulpe“ wurde als animierter Kurzfilm umgesetzt (Harry Rowohlt spricht den Tod); auch als Kindertheaterstück ist Erlbruchs Erzählung sehr erfolgreich.

Wolf Erlbruch:
Ente, Tod und Tulpe
Verlag Antje Kunstmann
32 Seiten, 14,90 €

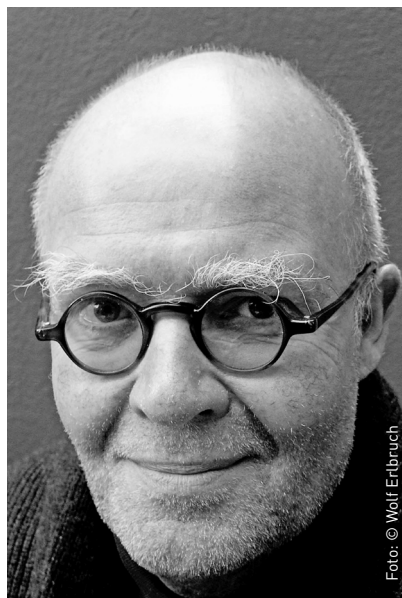
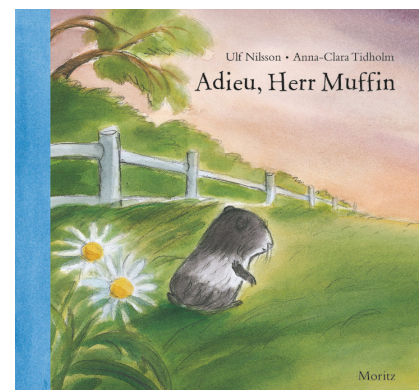


Foto: © Wolf Erlbruch



ADIEU, HERR MUFFIN

Einfühlsam und tröstend: In „Adieu, Herr Muffin“ erzählen Ulf Nilsson und Anna-Clara Tidholm davon, was geschieht, wenn ein Meerschweinchen alt wird. Herr Muffin hockt in seinem blauen Haus, das eigentlich ein umgedrehter Karton ist. Er hat Schmerzen; die Tierärztin schüttelt nach der Untersuchung den Kopf. Auf Herr Muffins Beerdigung finden sich kleine Trauergäste ein, die sich fragen, wo das geliebte Haustier nun ist und was es an diesem unbekannten Ort erlebt. Gemeinsam kommen sie zu dem Schluss: „Jetzt weißt du mehr als wir, Herr Muffin.“ Ein Buch, das anrührt und Ängste nimmt: Zu Recht erhielt „Adieu, Herr Muffin“ mit dem Strindberg-Preis die höchste Auszeichnung für ein schwedisches Kinderbuch. Im Buch wird nach dem Verlust des geliebten Haustieres die Zeit kurz angehalten, um gemeinsam innezuhalten und mit Kindern über das Leben, aber eben auch den Tod nachzudenken.

Ulf Nilsson, Anna-Clara Tidholm:
Adieu, Herr Muffin
Moritz Verlag, 40 Seiten, 14,00 €

DIE BESTEN BEERDIGUNGEN DER WELT

Der Titel von Ulf Nilssons Erzählung lässt es bereits vermuten: Hier wird das Thema „Tod“ mitunter von der humorvollen Seite angepackt. Da gründen Ester, Putte und „ich“ aus Langeweile ein Beerdigungsinstitut – mit dem Ziel, für all jene toten Tiere, die sonst keiner beachtet, die besten Beerdigungen der Welt auszurichten. Los geht's mit einer toten Hummel und einer klaren Aufga-



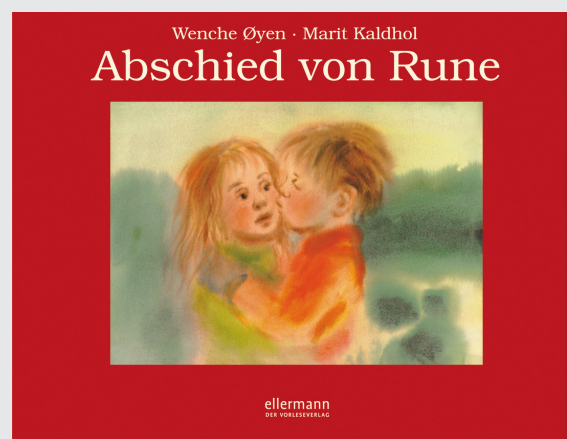
benverteilung: Ester schnappt sich die Schaufel, „ich“ sagt am Grab ein Gedicht auf und der kleine Putte ist fürs Weinen verantwortlich. Schnell wird klar, dass eine Beerdigung allein nicht ausreicht – der Griff zum Telefon soll Abhilfe schaffen ...

Kinder lernen hier das ernste Spiel von Leben und Tod durch eine leichte Herangehensweise kennen; Erwachsene hingegen erfahren etwas über den befreienden Umgang mit dem Tod. Dank der Illustrationen von Eva Eriksson zählt „Die besten Beerdigungen der Welt“ bereits zu den modernen Bilderbuch-Klassikern.

Ulf Nilsson und Eva Eriksson:
Die besten Beerdigungen der Welt
Moritz Verlag, 40 Seiten, 13,95 €

ABSCHIED VON RUNE

Das Unaussprechliche verstehen und die Ratlosigkeit in Worte fassen: „Abschied von Rune“ kann dabei eine große Hilfe sein. Im Bilderbuch von Marit Kaldhol (Illustration: Wenche Øyen) muss Sara lernen, den Tod ihres Freundes Rune zu verstehen – dieser ist beim Spielen im Wasser ertrunken. Das Werk ist ein mehrfach ausgezeichnete Klassiker und kommt unaufdringlich und ohne falschen Pathos daher (ab 5 Jahren). „Abschied von Rune“ ist Hilfe zum Gespräch mit Kindern über den Tod, zeigt Wege der Verarbeitung auf und lässt auch mal Mutlosigkeit zu. Der Leser nimmt Teil an Saras Schmerz, an ihrer Trauerarbeit und an den vielen Erinnerungen. Die Bilder Wenche Øyens rufen beim Betrachter Verständnis und Trost hervor, gleiten jedoch nie ins Sentimentale oder Kitschige ab.



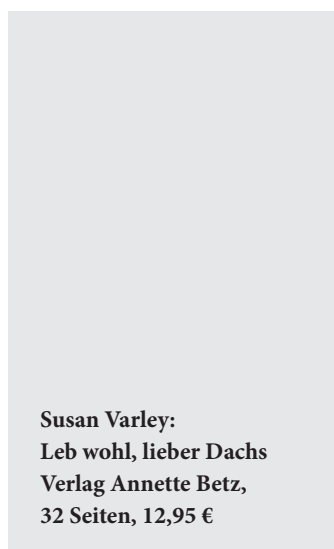
Saras Gefühlswelt ist gekennzeichnet von Angst und Schwermut, aber auch von der Suche nach Geborgenheit. All das gehört zum Trauerprozess dazu.

Marit Kaldhol und Wenche Øyen:
Abschied von Rune,
Oetinger, 32 Seiten, 12,00 €

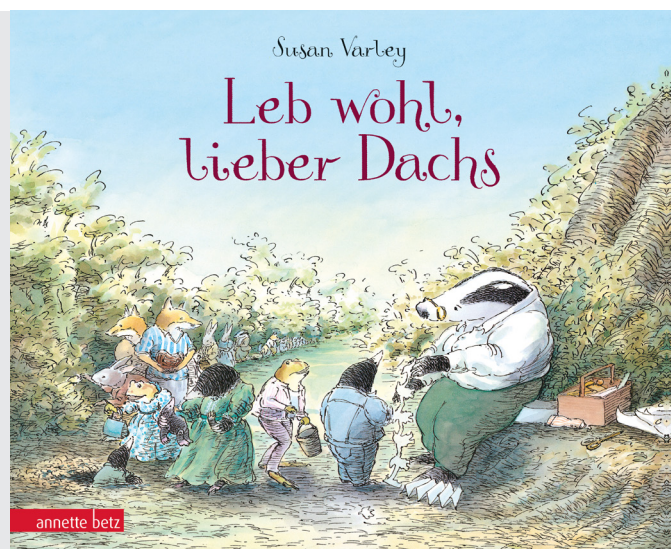
LEB WOHL, LIEBER DACHS

„Der Dachs war verlässlich, zuverlässig und immer hilfsbereit. Er war auch schon sehr alt, und er wusste fast alles. Der Dachs war so alt, dass er wusste, er würde bald sterben.“ Als der beliebte Geselle tatsächlich eines Tages nicht mehr da ist, sind es die vielen schönen Erinnerungen, die den befreundeten Tieren helfen, den Tod zu akzeptieren und gemeinsam die Trauer zu überwinden. Und das tut jedes Tier auf seine ganz eigene Weise: Der Maulwurf berichtet von gemeinsamen

Bastelstunden mit seinem Wegbegleiter, der Frosch hingegen erinnert sich daran, wie der Dachs ihm das Schlittschuhlaufen beibrachte. Dem Fuchs zeigte der Dachs, wie man eine Krawatte bindet und Frau Kaninchen schwört noch heute auf das Lebkuchenrezept ihres Freundes. Susan Varley erzählt sehr einfühlsam von Trauer und Abschied und verdeutlicht, wie kostbar Erinnerungen an einen verstorbenen Freund sein können. Empfohlen für Kinder ab 4 Jahren.



Susan Varley:
Leb wohl, lieber Dachs
Verlag Annette Betz,
32 Seiten, 12,95 €





ERSCHÖPFT ERINNERUNGEN

Was wird aus unseren alt gewordenen Eltern? Und was machen wir mit deren Zuhause? Wie viele Menschen ihrer Generation muss sich auch Ursula Ott, Jahrgang 1963, eines Tages mit diesen Themen auseinandersetzen. Schon bald bemerkt die Chefredakteurin des Magazins „chrismon“, dass jene Überlegungen neue Fragen mit sich bringen: Wohin mit den unzähligen Möbeln und Erinnerungen? Was kann weg, und was darf bleiben? Und warum war es früher immer so kalt im Haus? In ihrem Bestseller „Das Haus meiner Eltern hat viele Räume“ zeichnet Ursula Ott den Prozess des Loslassens mit viel Herz, Humor und auch Wehmut nach.

PVS: Direkt zu Beginn beschreiben Sie die Entscheidung für den Umzug Ihrer Mutter – mit den Worten: „Ich fürchte, ich muss jetzt wirklich erwachsen werden.“

Ursula Ott: Dieser Satz meint: Jetzt fehlt plötzlich dieses Elternhaus, in dem man eines Tages vielleicht nochmals hätte Unterschlupf finden können. Es gibt Studien darüber, dass viele Menschen im späteren Lebensalter nochmal bei den eigenen Eltern Zuflucht suchen – wenn sie etwa von Arbeitslosigkeit oder einer Scheidung gebeutelt werden. Der Gedanke dahinter ist:

Wenn alles irgendwann zusammenbricht, kann ich immer noch bei meinen Eltern unterkommen. Das fiel im Moment des Hausverkaufs weg.

Man kann sich also nicht früh genug mit dem Thema auseinandersetzen?

Ich denke, dass viele Menschen meiner Generation vor diesem Thema zurückschrecken, weil sie dann auch mit der eigenen Vergänglichkeit konfrontiert werden. Für die Eltern ist es der letzte Umzug, und die nächsten, die dran sind, sind wir. Auch ich

hatte mir das anders vorgestellt: Als mein Vater verstarb, kam erstmals die Frage auf, ob meine Mutter im Haus wohnen bleiben soll. Ich rief bei der Stadt Ravensburg an und dachte, dort hätte man ein paar passende Vorschläge für mich.

Aber?

Weit gefehlt! Es gibt keine zentrale Stelle, die einem bei dieser Frage behilflich ist. Tenor der Immobilienmakler war: „Sie sind viel zu spät dran – da hätten Sie schon vor 20 Jahren mit der Recherche beginnen müssen.“

Aufbewahren oder Weggeben? Bei einer Haushaltsauflösung stößt man auf unzählige Erinnerungen.

Umschrieb mit „Das Haus meiner Eltern hat viele Räume“ eindrücklich den Prozess des Loslassens und landete einen Bestseller: Ursula Ott.

Foto: © Pawlo - stock.adobe.com



Foto: © Lena Uphoff

Meine Schwester hat dann eine Wohnanlage in Stuttgart aufgetan. In dem Moment, in dem wir meiner Mutter etwas Konkretes zeigen konnten, wurde es für uns alle spruchreif.

Im Buch verurteilen Sie einen Satz, der in solchen Situationen oft fällt: „Einen alten Baum verpflanzt man nicht“ ...

Ich empfinde diesen Satz als sehr diskriminierend, denn er spricht alten Menschen ab, sich neu zu entwickeln. Inzwischen hat mir bei einer Lesung ein Besucher einen neuen

Satz geschenkt: „Bäume haben Wurzeln, Menschen haben Beine.“ Natürlich existieren immer noch Verbindungen zu Ravensburg – meine Mutter besucht dort das Grab meines Vaters und hat auch ihren Dialekt beibehalten. Dennoch wurden viele neue Schritte getan: Als ich sie kürzlich besucht habe, hat sie mit einer Suppe aus Süßkartoffeln, Koriander, frischer Minze und Kokosmilch gekocht. Zutaten, die im Ravensburger Haus in 50 Jahren nicht vorgekommen sind (lacht). Zudem ist meine Mutter ehrenamtlich sehr aktiv und betreut etwa drei Kinder bei den Hausaufgaben.

Sie zeichnen auch das Bild einer Generation nach: Wie schwer fällt den „Kriegskindern“ eine Haushaltsauflösung?

Zu diesem Aspekt erhalte ich viele Mails und Briefe. Etwa von Frauen meines Alters, die schreiben, dass es sie beim Lesen gefröstelt hätte, weil sie dachten, ich würde ihr Haus beschreiben. Ich bin in einem schönen Haus aufgewachsen – aber mir war immer „kalt“. Das lag nicht an der Bauweise, sondern, so glaube ich, daran, dass die Generation meines Vaters nicht über Gefühle sprechen konnte. Eine leistungsorientierte, harte und

eben kalte Atmosphäre. Die Forschung beschäftigt sich mit dieser Generation der „Kriegskinder“: Deren Protagonisten haben die Zähne zusammengebissen und uns wenig über Schuld und vor allem Leid erzählt. Man hat alles in sich hineingefressen. Das spürt man in diesen Häusern. Beim Aussortieren habe ich allerlei Zeugnisse, Uhren und Messgeräte gefunden; kalte Gegenstände, die dieses extreme Leistungsdenken unterstreichen.

Sie stießen aber auch auf einst kostspielige Gegenstände, etwa eine alte Musiktruhe. Mussten Sie da beim Ausmisten eine gewisse Emotionslosigkeit an den Tag legen?

Diese ist mir nicht unbedingt gegeben, aber natürlich besitzen bestimmte Dinge eine hohe Emotionalität. Im Falle der Musiktruhe stelle ich mir vor, dass meine Eltern damit viele schöne Stunden verbracht haben. Gleichzeitig stellt sie einen aus heutiger Sicht „erschöpften“ Gegenstand dar, der seine Zeit und Wichtigkeit längst hatte. Das gilt auch für andere Möbel, wie etwa ein schweres Sofa, das nicht – wie heute üblich – in drei Teile zerlegt werden konnte. Wir fanden glücklicherweise eine Familie von Geflüchteten, die just von einer Massenunterkunft in die erste eigene Wohnung zog und für viele Dinge Verwendung hatte. Ein gutes Gefühl, dass den Möbeln noch mal Leben eingehaucht wurde.

Sie schreiben augenzwinkernd: „Die Geflüchteten sind die Traum-Zielgruppe für alle Menschen, die ausräumen.“

Weil sie einiges gebrauchen können, aber natürlich auch nicht alles. Schwere Schrankwände finden in den kleinen Wohnungen keinen Platz. Doch Handtücher und Tischdecken sind stets gefragt; viele Menschen finden beim Aussortieren ja sogar noch unbenutzte Bettwäsche aus der Aussteuer.

Bestand damals die Gefahr, dass man sich in der „Kramerei“ verliert?

Manchmal musste ich tatsächlich eine Pause einlegen. Soweit möglich, sollte man sich für solch eine Aktion viel Zeit nehmen. Beim Aufräumen entdeckte ich alte „Emma“-Artikel von mir: Mein Vater hatte sie gesammelt und sogar meinen Namen darunter eingekreist. Das hat mich dann noch mal angerührt, denn mein Vater war ein konservativer Mann und fand es ganz schlimm, dass ich bei der „Emma“ gearbeitet habe. Dieser Fund hat mir dann aber rückblickend gezeigt, dass er dennoch auch stolz auf mich war. Das Verhältnis zu den eigenen Eltern wird da nochmal ganz neu „angekuckt“.

Leider ist nicht alles, was man beim Ausmisten findet, schön. Wie geht man mit Funden aus der NS-Zeit um?

Dass man „Nazi-Kram“ findet, ist leider sehr wahrscheinlich. Es ist einfach diese Zeit, die man da ausräumt – das kann eine Tasse mit Hakenkreuz auf dem Boden sein. In meinem Falle waren es entsprechende Urkunden meines Groß-

vaters, die ich fand. Unsere Eltern haben uns nicht genug davon erzählt. Vielleicht haben wir auch nicht genug nachgefragt. Ich kann mich durchaus daran erinnern, dass meine Schwester und ich anklagende Fragen gestellt haben, als das Thema bei uns im Geschichtsunterricht aufkam. Nun konnte ich meine Mutter in einer ruhigeren Atmosphäre fragen, weshalb mein Opa in der Partei war. Darüber bin ich sehr froh, denn dieses Kapitel wäre niemals zur Sprache gekommen, hätte ich nicht diese Urkunden gefunden.

Wie ist es heute, wenn man zurückkommt: Da sitzen plötzlich andere Menschen auf dem Balkon des alten Hauses ...

Uns war es damals wichtig, wer nach unserer Mutter dort einzieht. Und das waren nicht die, die am meisten Geld bezahlt hätten. Wir haben uns für eine Familie mit zwei Kindern und Hund entschieden, denn sowohl meine Mutter, als auch meine Schwester und ich hatten sofort das Gefühl, dass es passt. Es kam wieder Leben in die Bude! Da wir weiterhin ein gutes Verhältnis zu unseren einstigen Nachbarn pflegen, sind wir hin und wieder dort. Dann sehen wir den Hund im Garten toben und die Tochter vorm Haus radeln. Das ist ein überwiegend schönes Gefühl und wir haben keine Minute mit unserer Entscheidung gehadert.

Mit Blick auf die eigenen Kinder: Sollen diese später mal vorm Ausmisten bewahrt werden?

Es würde super klingen, könnte ich heute verkünden, dass ich aus dem Ausräumen gelernt habe – aber so einfach ist es leider nicht. Es gibt allerdings den Vorschlag, nicht so viel zu hinterlassen wie meine Eltern. Denn die haben einfach zu wenig weggeworfen. Das habe ich auch in Gesprächen mit Psychologen erörtert: Die Kriegsgeneration konnte sich schlecht von angesammeltem Besitz trennen. Nach diesem Jahr des Ausräumens bei meiner Mutter war ich so sehr im Flow, dass ich in Absprache mit meinem Sohn, der sich gerade für ein Jahr in Afrika befand, dessen Zimmer ausräumte und renovierte. Nach seiner Rückkehr war er plötzlich beleidigt, dass wir seine „komplette Kindheit“ abgeräumt hatten. Was ich also gelernt habe: Man kann nur schwer für andere aufräumen – und jeder hat dabei seine eigene Geschwindigkeit.

URSULA OTT

Das Haus meiner Eltern hat viele Räume

btb

Vom Loslassen,
Ausräumen und
Bewahren



Ursula Ott:
Das Haus meiner Eltern
hat viele Räume.
Vom Loslassen, Ausräumen
und Bewahren
btb, 192 Seiten, 18,00 €

DEN LETZTEN UMZUG PLANEN

Im Alter weiterhin in vertrauter Umgebung wohnen – das ist dank verschiedener Hilfs- und Betreuungsangebote heutzutage keine Seltenheit. Doch auch wenn diese Möglichkeit nicht mehr besteht, existieren hierzulande umfangreiche Alternativen der Pflegeversorgung. Für die meisten gilt dabei: Wer sich frühzeitig informiert, steigert die Chance auf eine passende Lebens- und Wohnform. Eine Übersicht:

PFLEGE ZU HAUSE

Für viele Menschen ist es ein großer Wunsch, so lange wie möglich in den eigenen vier Wänden zu leben und in vertrauter Umgebung gepflegt zu werden. Dies kann für Angehörige und Verwandte jedoch eine große Belastung darstellen; hier bieten ambulante Pflegedienste eine Möglichkeit der Unterstützung. Ausgebildetes Fachpersonal übernimmt etwa die Grundpflege, sollte sich diese als zu aufwändig und schwierig gestalten (zum Beispiel Ernährung und Körperpflege). Die häusliche Pflege kann durch Leistungen aus der Pflegeversicherung finanziert werden; auch bestehen Zuschussmöglichkeiten, wenn im gewohnten Umfeld Umbauten vorgenommen werden müssen.

TEILSTATIONÄRE PFLEGE

Für Menschen, die Angehörige zu Hause pflegen, stellen teilstationäre Einrichtungen eine große Entlastung dar. Pflegebedürftige Menschen wohnen bei diesem Modell grundsätzlich zu Hause, können aber zeitweise (tagsüber oder nachts) in der entsprechenden Einrichtung untergebracht werden. Besonders für Menschen mit nächtlicher Unruhe oder Laufendenzen (bei Demenz), bietet sich die Nachtpflege an. Die Pflege am Tage hat gleich mehrere Vorteile: So können nicht nur neue Kontakte geknüpft, sondern beispielsweise auch therapeutische Maßnahmen zur Feinmotorik und zum Gehvermögen durchgeführt werden. Das Modell überbrückt zudem etwaige Fehlzeiten von Haushaltskräften.

VOLLSTATIONÄRE EINRICHTUNG/PFLEGEHEIM

Bei einer vollstationären Versorgung kommen je nach Budget verschiedene Unterbringungsmöglichkeiten infrage: Das Angebot reicht vom Pflegeheim über Seniorenresidenzen bis hin zum luxuriösen Seniorendomizil. Bei vielen Einrichtungen

sind pflegerische Schwerpunkte auszumachen – etwa in der Versorgung nach einem Schlaganfall oder bei dementen Menschen. Oberstes Gebot: frühzeitig kümmern! Plätze in der stationären Pflege werden häufig nachgefragt und vergeben. Auskünfte zu Anträgen gibt die Beratung der Pflegekasse; eine „Heimnotwendigkeitsbescheinigung“ stellt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung aus.

BETREUTES WOHNEN

Eine Wohnform mit vielen Vorteilen: Menschen mit geringem Hilfebedarf kommen hier meist in den Genuss einer dem betreuten Wohnen angeschlossenen stationären Pflegeeinrichtung. Die Wohnungen mit integriertem Badezimmer befinden sich in einem separaten Bereich und zeichnen sich durch Barrierefreiheit, breite Türen und eine ebenerdige Dusche aus. Bei Bedarf kann zudem ein ambulanter Pflegedienst engagiert werden. Im Notfall erfolgt per hausinterner Rufanlage umgehend Hilfe.

PFLEGE- UND WOHNGEMEINSCHAFT

Hier ist zwischen „selbst organisierten Wohngemeinschaften“ und „Pflege-Wohngemeinschaften“ zu unterscheiden. Neben der gemeinsamen Nutzung von Garten, Küche und Bad verfügen die Seniorinnen und Senioren in der Wohngemeinschaft über jeweils eigene Zimmer. Auch bei dieser Wohnform kann – je nach Bedarf – ein ambulanter Pflegedienst die Versorgung übernehmen. Es besteht zudem die Möglichkeit, direkt eine Wohngemeinschaft mit angeschlossener Betreuung durch ausgebildete Kräfte in Anspruch zu nehmen.

MEHRGENERATIONENHAUS

Hier finden alte und junge Menschen gleichermaßen ein Zuhause: Unter einem Dach entwickelt sich im Mehrgenerationen-

nenhaus ein gemeinschaftliches Miteinander, das zum Wissensaustausch und gegenseitiger Hilfe genutzt werden kann. Generationen verschiedener Altersklassen begegnen sich auf Augenhöhe und lernen aktiv voneinander. Zwar besitzt jeder Bewohner ein eigenes Zimmer; man trifft und vernetzt sich jedoch in vorhandenen Gemeinschaftsräumen. Bei Bedarf kommen auch hier ambulante Pflegedienste zum Einsatz.

WOHNEN GEGEN HILFE

Ältere Menschen, die sich für diese Betreuungsform entscheiden, sind nicht ständig auf Hilfe oder Pflege angewiesen, nehmen aber einen „Untermieter“ auf, der – je nach Vereinbarung – Aufgaben des Alltags übernimmt. Oft sind es junge oder alleinstehende Menschen, die etwa Einkäufe erledigen, die Wohnung putzen oder einfach „nur“ Gesellschaft leisten. Im Gegenzug zahlen diese Helfer keine oder eine geringere Miete.

PALLIATIVPFLEGE/HOSPIZ

Gerade in der letzten Lebensphase kommt es auf eine würdevolle Versorgung an. Unheilbar erkrankten Menschen stehen Palliativ-Pflegeplätze in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen oder in Hospizen zur Verfügung. Dabei spielt der Erhalt der Lebensqualität eine wichtige Rolle: Der betroffene Mensch wird im Umgang mit dem Sterbeprozess begleitet; auch eine enge Betreuung der Angehörigen ist in dieser schweren Phase garantiert. Palliativ- und Hospizberatungsstellen geben Auskunft. ●

ROBERT TARGAN

Freier Texter, Autor & Redakteur.
roberttargan.de

Dr. Florian Reuther, Direktor des Verbandes
der Privaten Krankenversicherung e. V.:

DIE VORTEILE DES LEBENDIGEN SYSTEMWETTBEWERBS IM DEUTSCHEN GESUNDHEITSSYSTEM

Deutschland hat eines der besten Gesundheitssysteme weltweit. Es bietet ein flächendeckendes Netz von niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern und Apotheken. Die Wartezeiten sind kurz, die Zuzahlungen gering und die Teilhabe am medizinischen Fortschritt ist für alle Patienten gesichert. Garanten dieser Leistungsstärke sind die rund 5 Millionen Beschäftigten, die sich dafür kompetent und mitfühlend einsetzen, allen voran Ärztinnen und Ärzte. Ihnen sagt die Private Krankenversicherung mit ihrer aktuellen Informationskampagne „Für unsere Gesundheit“ Dankeschön.

Unverzichtbar für die Qualität der Versorgung ist aber auch das Zusammenwirken von Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung (PKV). Unser zweigegliedertes Versicherungssystem führt nämlich eben nicht zu Zwei-Klassen-Medizin, sondern ist im Gegenteil die beste Prävention gegen eine Behandlung in Abhängigkeit vom privaten Geldbeutel: Alle Versicherten in Deutschland – gesetzlich wie privat – haben grundsätzlich Zugang zu denselben hochklassigen Versorgungseinrichtungen.

Dagegen gibt es in Ländern mit einheitlichem Sicherungssystem gravierende Ungleichheiten. In der Praxis ist die Versorgung dort meist von erheblichen Rationierungen sowie separaten Strukturen für Arm und Reich geprägt: Wer es sich leisten kann, organisiert seine Behandlung am dürftigen Einheitssystem vorbei. Das deutsche, zweigegliederte System wirkt einer solchen Entwicklung entgegen. Als Wettbewerber zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist die PKV dabei ein wichtiger Innovationsmotor – und ein Vergleichsmaßstab, der es der Politik schwerer macht, Leistungen in der GKV zu kürzen.

Und noch aus einem weiteren Grund ist der hohe Standard für alle ein Verdienst eines lebendigen Systemwettbewerbs: Privatversicherte zahlen für viele medizinische Leistungen höhere Honorare. Dadurch fließen im Jahr mehr als 13 Milliarden Euro zusätzlich ins Gesundheitssystem. Diese Einnahmen ermöglichen es Ärzten und Krankenhäusern, in moderne Geräte und Behandlungsmethoden zu investieren. Diese kommen wiederum allen zugute: privat und gesetzlich Versicherten.

Mit über 6,4 Milliarden Euro entfällt immerhin fast die Hälfte dieses Mehrumsatzes auf die ambulante ärztliche Versorgung. Rein rechnerisch bedeutet dies ein Plus je Praxis von über 54.000 Euro pro Jahr. Dabei tragen die Privatversicherten gerade auch in ländlichen Regionen überproportional zu den Einnahmen und damit zum Fortbestand der Arztpraxen bei. Das zeigen die Daten aus den neuen PKV-Regionalatlanten, die bislang für Bayern, Hessen und das Saarland vorliegen. Sie schlüsseln die zusätzlichen Einnahmen der Arztpraxen durch Privatversicherte nach Städten und Landkreisen auf.

Weil Privatpatienten auf dem Land im Schnitt älter sind und weil in den Balnuzentren Mieten, Gehälter und andere Kosten höher liegen, ist der Mehrumsatz auf dem Land besonders wertvoll: So profitieren etwa Landärzte in Bayern von Mehrumsätzen im Realwert von durchschnittlich 65.000 Euro pro Jahr, in den Praxen der bayerischen Metropolen sind es „nur“ 53.000 Euro. Die Regionaldaten widerlegen damit die These, dass sich Ärzte angeblich seltener in ländlichen Regionen niederlassen, weil es dort weniger Pri-



vatversicherte gibt. Und die Werte zeigen, dass eine Vereinheitlichung der Vergütungssysteme von Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung, wie sie etwa die SPD anstrebt, keineswegs zu einer besseren Verteilung der Ärzte in Deutschland führen würde.

Denn, wer die Mehrumsätze der Privatpatienten streicht, gefährdet die medizinische Versorgung durch niedergelassene Ärzte auf dem Land stärker als in den Städten. Die Unterschiede zwischen Stadt und Land werden sich in der Zukunft aufgrund des demografischen Wandels und der Urbanisierung weiter zuspitzen. Umso wichtiger ist es, dass sich in der Politik das Verständnis durchsetzt, dass eine gleichmäßigere Verteilung von Ärzten weniger eine Frage der Vergütung ist, sondern vor allem die kommunale Infrastruktur und Standortpolitik berührt.

Im Koalitionsvertrag heißt es mit Blick auf die Überarbeitung der ärztlichen Gebührenordnungen: „Sowohl die ambulante Honorarordnung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (EBM), als auch die Gebührenordnung der Privaten Krankenversicherung (GOÄ) müssen reformiert

werden.“ Die von der Bundesregierung eingesetzte Reformkommission ist gut beraten, diesen Auftrag wörtlich zu nehmen und die Spielräume innerhalb der beiden bestehenden Systeme auszuloten.

Eine ideale Blaupause für den GOÄ-Bereich ist dabei im Wesentlichen konsentiert: Unser gemeinsam mit Ärzteschaft und Beihilfe entwickeltes Konzept umfasst den neuesten Stand der Medizin, es ist offen für eine rasche Integration zukünftiger Innovationen und es stärkt die „sprechende Medizin“, also die persönliche Zuwendung der Ärzte zu ihren Patienten. Damit bietet das vorliegende Konzept ein gutes Fundament, auf dem der Gesetzgeber noch in dieser Wahlperiode eine umfassende GOÄ-Reform errichten könnte.

Unser Gesundheitssystem, um das wir in nahezu der ganzen Welt beneidet werden und das auch von großer Bedeutung für die Gesamtwirtschaft ist, ist viel zu kostbar, um es mit Radikalooperationen zu gefährden. Darin ist die kapitalgedeckte PKV auch angesichts unserer alternden Bevölkerung unverzichtbar: Denn fast 9 Millionen Privatversicherte treffen mit ihren Beiträgen Vorsorge für die im Al-

ter steigenden Gesundheitsausgaben und sichern so die Generationengerechtigkeit. Für sie müssen unsere Kinder und Enkel nicht aufkommen. Bis jetzt hat die PKV für ihre Versicherten rund 260 Mrd. Euro für höhere Gesundheitsausgaben im Alter aufgebaut. Jedes Jahr kommen mehrere Milliarden Euro hinzu – der jeweils aktuelle Stand kann übrigens im Internet unter www.zukunftsuhr.de aufgerufen werden. Damit tragen die Alterungsrückstellungen maßgeblich zum Investitionsvolumen und damit zum hohen Wohlstandsniveau in Deutschland bei.

Die Menschen in Deutschland erkennen die großen, grundsätzlichen Vorzüge unseres Gesundheitssystems, das dank seiner Vielfalt und Wahlfreiheiten allen Versicherten eine individuelle und gute Versorgung bietet. Regelmäßige Umfragen des Meinungsforschungsinstituts Allensbach belegen die anhaltende Zustimmung auf höchstem Niveau. Die Vehemenz, mit der sich manche für einen radikalen Systemwechsel in der Gesundheitskostenfinanzierung einsetzen, verwundert also nicht zuletzt, weil solche Überlegungen völlig am Empfinden der Bürger vorbeigehen. ●

Dr. Mathias Höschel, Vorsitzender des
Bundesverbandes Verrechnungsstellen
Gesundheit e. V.:

„DER GENERATIONEN- VERTRAG HÄNGT AM SEIDENEN FADEN“

Quo vadis, Pflegeoffensive? „Wer
auf Verstaatlichung setzt, hat aus
der Vergangenheit nichts gelernt.“



Foto: © Christian Niesinger

Der Pflegenotstand in Deutschland hat sich zu einem Teufelskreis entwickelt: Immer höhere Belastungen für die Pflegenden verstärken den dramatischen Mangel an Pflegekräften und verprelpen den Nachwuchs. Besserung verspricht die Konzertierte Aktion Pflege, die von den Bundesministern für Gesundheit, Arbeit und Familie auf den Weg gebracht wurde. Die Frage nach der Refinanzierung bleibt jedoch offen. „Wir müssen auf mehr Eigenverantwortung setzen“, fordert Dr. Mathias Höschel, Vorsitzender des Bundesverbandes Verrechnungsstellen Gesundheit e. V. Man müsse den Blick auf die Gesamtsituation richten statt nach Fachkräften aus dem Ausland zu rufen. Bernd Meurer, Präsident des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste, sieht keine Alternative für ausländische Pflegekräfte. Er plädiert zudem für geringere Fachkraftquoten und kritisiert im Videointerview: „Es fehlt an politischem Willen.“

Herr Dr. Höschel, würden Sie Ihren Kindern zu einem Pflegeberuf raten?

Wenn es nach zukunftssträchtigen Jobs geht, dann kann man die Pflege mit Sicherheit empfehlen. Das ist ein Job mit Zukunft in einer alternden Gesellschaft. Der Bedarf an Pflege wird also zwangsläufig zunehmen und wenn man der Frage nachgeht, was ein zukunftssträchtiger Job ist, den es mit Sicherheit in vielen Jahren noch geben wird, dann ist die Pflege ein sehr empfehlenswerter Job.

Ein Jahr lang haben die Bundesminister für Gesundheit, Familie und Arbeit gemeinsam mit zahlreichen Gesundheits- und Pflegeinstitutionen an Lösungsvorschlägen gearbeitet, um gegen den Fachkräftemangel in der Pflege vorzugehen. Wie bewerten Sie die daraus entstandene Pflegeoffensive?

Ich sage mal so: Licht und Schatten. Nehmen wir beispielsweise die Ausbildung, da ist es völlig richtig, dass man auf Schulgeld verzichtet und eine Ausbildungsvergütung einführt. Alles in allem begrüße ich das sehr, nur dass es eigentlich viel zu spät kommt. Beim Thema Fachkräfte aus dem Ausland wird übersehen, dass alle Branchen in Deutschland ein riesenproblem haben, ausreichend qualifiziertes Personal zu finden. Deshalb kann man jetzt nicht nur nach Detaillösungen suchen für ein bestimmtes Berufsbild, sondern muss sich die Frage stellen, warum in den Ausbildungsberufen generell der Zuspruch so schlecht ist. Darüber hinaus sieht man dem Entwurf an, dass sich da diejenigen Ministerien zusammengesetzt haben, die für ein System verantwortlich sind, das sich durch Bürokratie und Regelungsdichte selbst erstickt und stranguliert. Und das Problem soll jetzt durch neue Regelungen wieder gelöst werden. Wenn das am Ende nicht den erhofften Erfolg bringt, dann gibt es nur noch eine Lösung: Verstaatlichung, was ja schon von manchen Teilen der SPD gefordert wird.

Können wir mit ausländischen Fachkräften das Problem bei der Ursache packen?

Und es stellt sich doch auch die Frage, welche Probleme wir dann im Ausland verursachen. Auch da ist ja sicherlich kein Überschuss an Pflegepersonal vorhanden. Da muss man einen Blick auf die Gesamtsituation richten, um nicht nur bei den Symptomen, sondern den Ursachen anzusetzen. Auch die Ausbildungs- und Vergütungssituation kann man nicht isoliert betrachten. Man fokussiert sich jetzt sehr auf die Pflege, aber es ist ein generelles Nachwuchsproblem in Ausbildungsberufen.

„Auf den Philippinen sitzen 30.000 junge Menschen auf gepackten Koffern und kommen nicht ins Land. Von einer Willkommenskultur für so dringend benötigte Pflegekräfte aus dem Ausland kann in Deutschland keine Rede sein.“ (Bernd Meurer, Präsident des bpa) Wie schafft man es Ihrer Meinung nach, dass Pflegekräfte angemessen bezahlt werden?

Das sehe ich anders, denn so schlecht wird die Pflege nicht honoriert. Wenn man sich die Zahlen des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung vor Augen hält: Eine Fachkraft in der Altenpflege in Westdeutschland verdient dem IAB zufolge im Jahr 2017 durchschnittlich 2.855,- Euro. In der Krankenpflege waren es nochmal 500 bis 700 Euro mehr und seit 2017 dürfte das weiter gestiegen sein. Das Geld alleine ist es also nicht, was die Pflege attraktiv oder unattraktiv macht. Es ist wirklich ein generelles Problem. Es fehlen nämlich auch zigtausend Auszubildende im Handwerk oder

auch in unseren Betrieben im ambulanten Bereich. Durch eine bessere Bezahlung wird man in der Pflege vielleicht den ein oder anderen dazugewinnen, der diesen Beruf ergreifen möchte. Gleichzeitig verstärken wir damit aber ein Personalproblem, das die ganze Wirtschaft betrifft. Wer den Mangel in der Pflege ausgleichen will, indem man Personal aus anderen Zweigen abwirbt, schafft wiederum Engpässe in anderen Bereichen.

Wie beurteilen Sie die Pläne zu flächendeckenden Tarifverträgen?

Tarifverträge ok, wenn auch alle Partner am Tisch sitzen - inklusive freie Pflegeunternehmen. Wenn sie alle an der Ausgestaltung der Tarifverträge beteiligt sind, kann ich mir das vorstellen. Aber es muss auch ein regionales Prinzip dahinter sein. Flächendeckend gleicher Lohn überall, den haben wir auch in anderen Bereichen nicht. Regionale Tarifverträge mit Beteiligung derer, die Verantwortung tragen, ja. Aber einen Einheitslohn kann ich mir nicht vorstellen.

Was sagen Sie zur Idee der Verstaatlichung, die beispielsweise von Hilde Mattheis (SPD) recht deutlich formuliert wird?

Wer ernsthaft nach Verstaatlichung ruft in dem Bereich, der hat aus der Geschichte nichts gelernt. Unsere Vergangenheit der sozialen Marktwirtschaft auf der einen Seite und dem Sozialismus auf der anderen hat ja gezeigt, dass Verstaatlichung voll und ganz gescheitert ist. Und das jetzt nochmal aufs Neue anzugehen, ist der völlig falsche Weg. Die Behauptung, nur weil es der Staat macht, ist es qualitativ besser, ist einfach historisch und vom Wettbewerbsgedanken komplett widerlegt. Nur wo Wettbewerb herrscht, kann auch Qualität entstehen. Staatliche Maßnahmen schaffen keine Qualität. Dabei geht man nämlich im Ansatz davon aus, dass den Menschen nichts zuzutrauen ist und der Staat soll's richten.

Wo machen es andere Länder im Bereich Pflege besser als Deutschland?

Ich denke ein Beispiel, wie man Altenpflege denken kann und soll, ist, wie es in den Niederlanden vor 10 Jahren entstanden ist mit dem Buurtzorg Modell (Buurtzorg=Nachbarschaftshilfe): Hier macht man den Beruf dadurch attraktiv, dass man den Pflegekräften mehr Verantwortung und auch mehr Handlungsfreiheit gibt. Hinzu kommt,

dass das Konzept auf Regionalität setzt und an den Anfang der Pflege erstmal den Gedanken stellt: Wie hilft man den Betroffenen am besten, so lange wie möglich autonom zu sein und sich selbst zu helfen? Die Niederländer setzen da eher auf Eigenverantwortung, statt noch mehr Aufgaben an den Staat zu binden. Dieser Gedanke muss meiner Meinung nach am Anfang stehen bei der Betrachtung. Und erst dann folgen die nächsten Schritte.

Sollte Herr Spahn also lieber in die Niederlande fahren als in den Kosovo?

Jens Spahn hat den Blick mit Sicherheit auch auf das niederländische Modell geschärft. Das eine ist, wie wir Personal rekrutieren und das andere ist, in welcher Art und Weise Pflege denn in Zukunft organisiert werden soll. Dieser Blick und die Offenheit ist mit Sicherheit da - zumindest beim Gesundheitsminister. Das Buurtzorg Modell ist ein Konzept für die Altenpflege, das mit hoher Zufriedenheit der Betroffenen und Pflegenden einhergeht. Auf der Seite der Pflegekräfte bildet man Teams mit flachen Hierarchien und hohen Verantwortungen und mit nicht so bürokratischen Regeln, was die Pflegezeiten und Dokumentationen anbelangt. Also das Gegenteil von dem Modell, bei dem man noch mehr kontrolliert bis ins letzte Detail hinein.

Was in der Pflegeoffensive nicht berücksichtigt wurde, ist das frühe Ausscheiden aus dem Pflegeberuf aufgrund von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Apparates. Wie kann man hier bessere Prävention erreichen?

Bei der körperlichen Arbeit, die Schwerstpflegefälle erfordern, muss eine maschinelle Unterstützung mehr zum Tragen kommen. Diese ist gerade bei schweren Pflegefällen gewaltig und es bleibt nicht aus, dass körperliche Schäden entstehen. Hier muss der Erfindungsreichtum in der Medizintechnik noch weiterentwickelt werden. Eine gezieltere Förderung ist dringend notwendig. Ich will auf keinen Fall Ängste schüren, dass nur noch Roboter pflegen, ganz im Gegenteil. Aber die Menschen, die pflegen, brauchen mehr Unterstützung für ihre körperliche Arbeit. Deutschland ist ja eine Maschinenbaunation. Wir sind Weltklasse in Fahrzeugtechnik und Produktionstechniken und vielem mehr. Jetzt ist es an der Zeit, dass wir unser Augenmerk mehr in solche Bereiche wie die Pflege lenken.

Zurück zu den Inhalten der Pflegeoffensive: Wer soll die ehrgeizigen Pläne in Ihren Augen am Ende bezahlen, wenn nicht der Patient, seine Angehörigen und alle, die am Ende in die Pflegeversicherung einzahlen?

Und der Steuerzahler. Alle. Das ist ja am Ende immer so, dass politische Entscheidungen, die Geld kosten, in irgendeiner Form umgelegt werden. Entweder wird es auf den einzelnen zukommen oder auf die Gesellschaft, auf den Steuerzahler und den Beitragszahler. Ich vermute mal, dass es auf alle umverteilt wird mit erheblichen Folgen für die nächsten Generationen. Deshalb sollte man dieses Thema Pflege und Pflegeversicherung auch vom Grundsatz her anders denken.

Auch Pflegeexperte Frank Weidner, Direktor des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung (dip) forderte im Spiegel "eine wirklich neu gedachte" Pflege. Ihm fehlt „eine Vision für eine neue Rolle der Pflege im Gesundheitswesen mit mehr Verantwortung und dadurch mehr Chancen.“ Wie können wir das erreichen?

Auf den Menschen setzen, auf Verantwortung setzen und nicht nur auf eine reine Umverteilung. Dem sollte mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden als sich auf die Frage zu fokussieren „Wie versorgen wir besser?“ Wir müssen an diejenigen denken, die das Ganze bezahlen sollen. Diese Kosten werden nämlich ganz stark auf die junge Generation abgewälzt. Was ist, wenn die jungen Generationen, neben dem Umwelt- und Klimaproblem auch die Zukunft des Sozialstaats thematisieren. Was passiert, wenn sie sagen: „Ihr habt uns nicht nur die Lasten einer wenig rücksichtsvollen Umwelt- und Klimapolitik aufgebürdet, sondern habt mit Euren exzessiven Wohltatsversprechungen auch den Sozialstaat zu unseren Lasten überdehnt.“ Wenn wir so weitermachen, hängt der Generationenvertrag am seidenen Faden. Deshalb ist es wichtig, dass die junge Generation nicht überfordert wird. Ohne Generationenvertrag können wir tausende Modelle machen. Dann wird keines davon funktionieren. ●

Quelle: rp-online.de/advertorial/nawrocki-pr/der-generationenvertrag-haengt-am-seidenen-faden_aid-45038763



DIE JAHRESHAUPTVERSAMMLUNG DER PVS FAND AM 9. OKTOBER 2019 IN MÜLHEIM AN DER RUHR STATT

Dr. Mathias Höschel, Vorstandsvorsitzender des PVS Rhein-Ruhr/ Berlin-Brandenburg e. V., betonte in seiner Begrüßung die Notwendigkeit der Weiterentwicklung einer GOÄ, die unter Berücksichtigung des Inflationsausgleichs den Stand des medizinischen Fortschritts abbildet.

Dr. med. Markus Stolaczyk, seit 2016 Leiter des Dezernats 4 „Gebührenordnung und Gesundheitsfinanzierung“ bei der Bundesärztekammer in Berlin, zeigte als Referent des

Abends den Weg zur neuen GOÄ auf und informierte in seinem Beitrag über den aktuellen Stand der Novellierung deren Umsetzung er 2020 für möglich hält. Demnach wurden über 5.300 Ziffern und 600 Zuschläge erarbeitet und implementiert. So können die heute teils sehr undurchsichtigen Analogberechnungen durch ein transparentes Vergütungssystem ersetzt werden. Dies geschieht in Zusammenarbeit mit Berufsverbänden und Fachgesellschaften, was eine realistische Einordnung und Bewertung der Leistungen ermöglicht – eine von Ärzten für Ärzte geschriebene GOÄ mit angemessenem Honorar. Für die geschäftliche Entwicklung der PVS setzte der Vorsitzende Dr. Höschel ein klar definiertes Ziel: Der Kostenanstieg darf den Gewinn nicht schmälern. Aus einer Phase des Umbruchs werde die PVS gestärkt hervorgehen. Als sichtbares Zeichen nannte er

den Neubau, der Raum für neue Arbeitsplätze bietet. Die PVS werde vorsichtig investieren und - mit einer hohen Einsatzbereitschaft für die Kunden - zukunftsgerichtet die Weichen stellen.

Entsprechend bestätigte der Bericht der Wirtschaftsprüfer die solide Gesamtleistung des Unternehmens. Für das laufende Geschäftsjahr berichtete Dieter Ludwig, dass das kräftige Wachstum bei den bearbeitenden Rechnungen, beim Honorarvolumen und bei den Bearbeitungsgebühren mit jeweils mehr als sechs Prozent nun wieder über dem Kostenanstieg liegt. Die PVS erwartet demnach für 2019 auch wieder ein gutes Ergebnis.

Vorstand und Konzernleitung dankten den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern herzlich für ihr Engagement.

DR. CHRISTINE WINKLER

Pressereferentin der PVS
cwinkler@ihre-pvs.de

Privatärztliche VerrechnungsStelle
Rhein-Ruhr/ Berlin-Brandenburg e. V.
Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung

VON ÄRZTEN FÜR ÄRZTE
GEMEINSAM BESSER.







Seminare: November 2019 bis Februar 2020

NOVEMBER

Mi. 20.	Fit am Empfang	Mülheim	Dr. med. Dipl.-Biol. Birgit Hickey
Fr. 22.	GOÄ – Augenheilkunde	Hamburg	Dr. med. Bernhard Kleinken
Fr. 22.	GOÄ – Radiologie	Berlin	Daniela Bartz
Mi. 27.	Personal Power IV: Schlagfertigkeitstraining	Mülheim	Dr. Gabriele Brieden
Mi. 27.	GOÄ – HNO-Heilkunde	Mülheim	Dr. med. Bernhard Kleinken
Mi. 27.	GOÄ-Grundlagen	Berlin	Daniela Bartz
Fr. 29.	GOÄ – Orthopädie	Hamburg	Daniela Bartz

DEZEMBER

Mi. 04.	GOÄ – Urologie	Mülheim	Dr. med. Bernhard Kleinken
Mi. 04.	Individuelles GOÄ-Coaching	München	Tiffany Bruck
Mi. 04.	GOÄ – Orthopädie	Berlin	Daniela Bartz
Mi. 04.	Google, Jameda & Co. – Die optimale Onlinestrategie	Mülheim	Nadja Alin Jung
Fr. 06.	GOÄ – Psychotherapie	Potsdam	Daniela Bartz
Mi. 11.	Perfekt am Telefon – und alles spricht für Sie	Mülheim	Dr. med. Dipl.-Biol. Birgit Hickey

JANUAR

Mi. 15.	GOÄ-Grundlagen	Mülheim	Silke Leven
Mi. 22.	GOÄ – Gynäkologie	Mülheim	Dr. med. Bernhard Kleinken
Mi. 22.	Fit am Empfang	Mülheim	Dr. med. Dipl.-Biol. Birgit Hickey
Fr. 24./Sa. 25.	Team Power I: Fit zum Führen	Mülheim	Dr. Gabriele Brieden
Fr. 24.	AVL-Workshop	Berlin	Nicole Evers
Mi. 29.	Personal Power I: Souveräne & gelassene Gesprächsführung	Mülheim	Dr. Gabriele Brieden
Fr. 31.	KFO-Recht	Mülheim	RA Michael Zach, RA Rüdiger Gedigk

FEBRUAR

Mi. 12.	GOÄ – Augenheilkunde	Mülheim	Dr. med. Bernhard Kleinken
Mi. 12.	Erfolgreich und rechtswirksam IGeLn im Team	Mülheim	Dr. med. Dipl.-Biol. Birgit Hickey
Mi. 19.	GOÄ – Dermatologie	Mülheim	Dr. med. Bernhard Kleinken
Mi. 26.	GOÄ – Orthopädie/Unfallchirurgie (niedergelassener Arzt)	Mülheim	Dr. med. Bernhard Kleinken



Fortbildungsinstitut des
PVS Rhein-Ruhr/Berlin-Brandenburg e. V.
für die Ärzteschaft

IHRE ANSPRECHPARTNERIN

Ursula Apitzsch

Tel. 0208 4847-344
uapitzsch@ihre-pvs.de



Anmeldung und weitere
Informationen zu unseren
Seminaren finden Sie unter

pvs-forum.de

Jetzt schon für 2020 planen!

Unser Seminar-Programm
Januar bis Juni 2020 ist online.

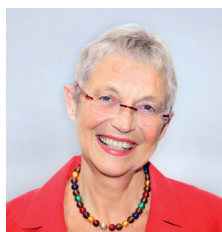


**Jetzt abonnieren: Verpassen Sie kein
Seminar mit unserem Newsletter!**

UNSERE REFERENTEN



Daniela Bartz
Mitarbeiterin der PVS,
Geschäftsstellenleiterin
der GS Potsdam und Cottbus



Dr. Gabriele Brieden
Ärztin, Kommunikations-
und NLP-Trainerin,
systemischer Coach



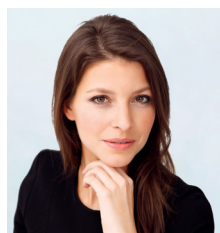
Tiffany Bruck
Referentin der PVS bayern,
GOÄ-Expertin der
Geschäftsstelle München



Nicole Evers
Betriebswirtin für Management
im Gesundheitswesen,
Praxismanagerin



**Dr. med. Dipl.-Biol.
Birgit Hickey**
Fachärztin für Allgemeinmedizin,
systemische Kommunikation/
Mediation



Nadja Alin Jung
Geschäftsführerin „m2c medical
concepts & consulting“



Dr. med. Bernhard Kleinken
Experte im Bereich
Anwendung/Weiter-
entwicklung der GOÄ



Silke Leven
Mitarbeiterin der PVS,
stv. Teamleiterin im
Förderungsmanagement

Für
gekennzeichnete
Seminare erhalten
Sie Fortbildungs-
punkte.

**Fortbildungs-
punkte**

UNSERE VERANSTALTUNGSORTE

BERLIN

PVS berlin-brandenburg-hamburg

Invalidenstr. 92
10115 Berlin

HAMBURG

Marriott Hotel Hamburg

ABC-Straße 52
20354 Hamburg

Hamburger Sparkasse

Adolphsplatz 3
20457 Hamburg

KÖLN

Technologiepark Köln

CTP Conference Services
Eupener Str. 161
50933 Köln

MÜLHEIM

PVS rhein-ruhr

Remscheider Str. 16
45481 Mülheim an der Ruhr

MÜNCHEN

PVS bayern

Arnulfstr. 31
80636 München

POTSDAM

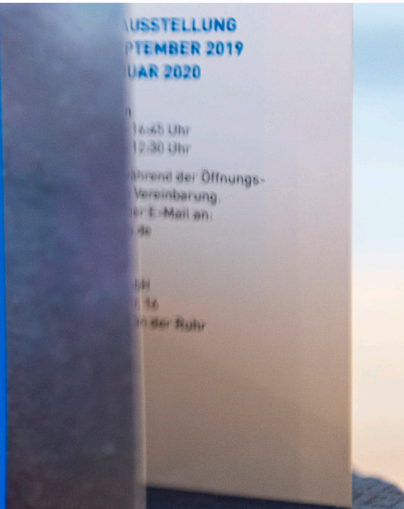
PVS berlin-brandenburg-hamburg

Pappelallee 5
14469 Potsdam

BAUEN SIE AUF EXPERTENWISSEN!

- ✓ **professionell**
- ✓ **praxisnah**
- ✓ **individuell**







50. VERNISSAGE

IN DEN RÄUMEN DER PVS

Die Künstler Sonja Zeltner-Müller (oben rechts) und Werner Wenderoth (unten links) präsentierten am 12. September in Mülheim an der Ruhr ihre Werke – die Ausstellung kann noch bis zum 16. Januar 2020 besucht werden.



Fotos: © Christian Nielinger

Ausstellungsdauer:
12.09.2019 bis 16.01.2020

Öffnungszeiten:
Mo – Do 7:30 – 16:45 Uhr
Fr 7:30 – 12:30 Uhr

ANMELDUNG UNTER:
ihre-pvs.de/kunstaussstellung oder kunst@ihre-pvs.de

Ort: Remscheider Str. 16
45481 Mülheim an der Ruhr

Besichtigung während
der Öffnungszeiten nur
nach Vereinbarung.

JETZT SCHON VORMERKEN!

Vernissage zur 51. Kunstaussstellung
am 23. Januar 2020

Unser Newsletter „PVS Kunstaussstellung“
hält Sie auf dem Laufenden.

Jetzt kostenlos anmelden unter:
ihre-pvs.de/kunstaussstellung



Tamara Kurtz, Anja Becker, Silvana Becker, Torsten Knops, Adelheid Pier-Jabakhanji, Tobias Wiedemann (Reihe oben, von links), Julia Hupperich und Nicole Schreiber (Reihe unten, von links) vertraten die PVS erfolgreich beim achten Aachener Firmenlauf.

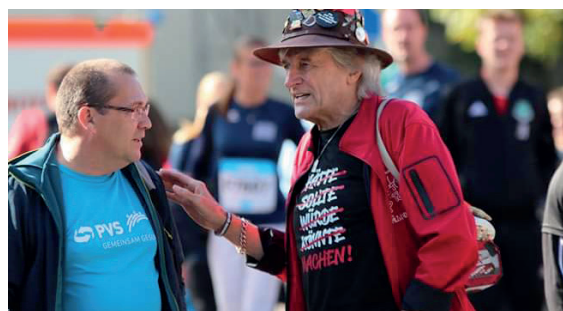
LÄUFT BEI UNS!

Am 27. September fand der 8. Aachener Firmenlauf statt

Über 8.000 Läufer aus 575 Firmen der Region Aachen gingen am 27. September beim 8. Aachener Firmenlauf an den Start. Die 4,8-Kilometer-Strecke absolvierten 1.583 Frauen und 2.051 Männer, am 7,2-Kilometer-Lauf nahmen 401 Frauen und 875 Männer teil. Auch die Mitarbeiter der PVS konnten

stolz auf ihre Leistung sein – für einige war es der erste offizielle Lauf. Mitarbeiter, Fans und Freunde feierten die Läufer an.

Weitere Eindrücke und Informationen zum Aachener Firmenlauf: aachener-firmenlauf.de



PVS-Mitarbeiter Torsten Knops (links) im Gespräch mit Peter Borsdorf, einem der drei Spendenempfänger des Aachener Firmenlaufs. Der ehemalige Marathonläufer sammelt mit seiner Organisation „Running for Kids“ seit knapp 10 Jahren Gelder für Aachener Familien in Not.

WIR GRATULIEREN ZUM PVS-FIRMENJUBILÄUM

10 JAHRE

Tanja Barfeld | Susanne Bengs | Jutta Bökert
Dominik Breidenbach | Florian Hamm
Laura Heitzmann | Meike Isabelle Hylla
Nicole Kersten | Corinna Löhr | Nina Lohmann
Nadine Navermann | Tanja Schwarzkopf
Diana Singer | Melanie Suchla | Tina Thaler

20 JAHRE

Nina Fleigl | Nejla Gürbüz | Nadine Hahnen
Sabrina Jellessen-Höper | Esther Kuvac
Dagmar Riesop | Holger Rudolf | Astrid Schäfer

25 JAHRE

Bruno Hesseling | Sandra Vinschen

30 JAHRE

Heike Lühnsdorf | Ulrike Meier | Nicole Trispel

40 JAHRE

Regine Fröder | Marita Passmann

GEWINN-SPIEL



Gewinnen Sie eine

Medisana Shiatsu-Akupressur Massagesitzauflage MC 825

Beantworten Sie folgende Frage:

Wie nennt man die getrockneten, harzhaltigen Blüten der weiblichen Hanfpflanze? (Die Antwort finden Sie in dieser Ausgabe.)

Schicken Sie uns die Lösung unter Angabe Ihrer Kundennummer bzw. Ihres Namens und Adresse bis zum 15. Januar 2020 an:

Redaktion PVS Einblick
Remscheider Str. 16
45481 Mülheim an der Ruhr
oder: gewinnspiel@ihre-pvs.de

DIE GEWINNER DER LETZTEN AUSGABE

Je 2 Karten für die TourNatur 2020 in Düsseldorf:

Dr. Bruno Daub (Olpe), Dr. Winfried Keller (Donauwiesungen), Daniel Schmuthausen (Düsseldorf)

Buch „Wenn die Sonne rauskommt, fahr ich ohne Geld.“

Mit dem Roller nach Dublin: Claudia Schmidt-Troschke (Mühlenbeck), Brigitta Schrapp (Achern), Dr. Clemens Wirtz (Düsseldorf)

Die Daten werden ausschließlich für die Zwecke des Gewinnspiels verwendet. Die Gewinner werden in der nächsten Ausgabe veröffentlicht und schriftlich benachrichtigt. Barauszahlung ist nicht möglich. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen. Mitarbeiter der PVS sind vom Gewinnspiel ausgeschlossen.



IMPRESSUM

PVS holding GmbH

v. i. S. d. P.:
Gerd Oelsner
Dieter Ludwig
Monika Heckert

Titelbild

© Chris Tefme
(stock.adobe.com)

Redaktion

Dr. Christine Winkler
Robert Targan

Grafik

Esther Zisch

Druck

Königsdruck Berlin

Auflage

20.000
auch als E-Paper

Erscheinungsintervall

Vierteljährlich

Remscheider Str. 16
45481 Mülheim an der Ruhr

Tel. 0208 4847-281
Fax 0208 4847-399

pvs-einblick@ihre-pvs.de
ihre-pvs.de

Unternehmensstruktur
GESELLSCHAFTEN



Privatärztliche Verrechnungsstelle
Rhein-Ruhr/Berlin-Brandenburg e. V.
Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung

DACHGESELLSCHAFT



Mitglied im



OPERATIVE GESELLSCHAFTEN



JETZT WEITER- EMPFEHLEN

UND WUNSCH- PRÄMIE SICHERN



Als Kunde der PVS sind Sie mit dem Abrechnungs-Service sicherlich zufrieden.
Stärken auch Sie unsere ärztliche Gemeinschaft, indem Sie uns weiterempfehlen.

UND SO FUNKTIONIERT'S:

- » GUTE ERFAHRUNG WEITERGEBEN
- » WUNSCHPRÄMIE AUSSUCHEN
- » NAMEN UND ANSCHRIFT DES INTERESSENTEN MITTEILEN

Wir werden uns mit Ihrem Kollegen in Verbindung setzen. Sobald dieser zum ersten Mal über die PVS abgerechnet hat, senden wir Ihnen Ihre Wunschprämie zu.



» UNSERE PREMIUM- PRÄMIE

BOSE SoundSport*
free wireless Headphones,
schwarz



*Nur bis 31.12.2019 verfügbar!

Alle Infos und weitere attraktive
Prämien finden Sie auf:

ihre-pvs.de/praemien

SCHNELL, INDIVIDUELL,
ABSOLUT KORREKT
UND RECHTSSICHER.
WIR MACHEN DAS.

ABRECHNUNG IM GESUND- HEITSWESEN

WIR ÜBERNEHMEN
IHRE ABRECHNUNG
GANZ NAH, GANZ SICHER.

ihre-pvs.de