



Die DAGST e. V.

ist eine originäre Schmerzgesellschaft und setzt sich seit ihrer Gründung 2002 ausschließlich für eine qualitativ hochwertige Ausbildung in ganzheitlicher Schmerztherapie ein.

Unsere Ziele:

- Bessere Behandlung von Schmerzpatienten durch ganzheitlichen Ansatz
- Berufsbegleitende qualifizierte Schmerztherapie-Ausbildung mit Zertifikat zum Tätigkeitsschwerpunkt „Ganzheitliche Schmerzbehandlung“
- Interaktive Vorträge mit Beteiligung des Auditoriums und Demonstration von Behandlungsverfahren
- Umsetzung der Ergebnisse aktueller Schmerzforschung in die Ausbildung und Therapie
- Intensiver kollegialer Austausch sowie Bildung von interdisziplinären Netzwerken

Deutsche Akademie für ganzheitliche Schmerztherapie e. V.

1. Vorsitzender: Prof. Dr. med. Sven Gottschling (Schriftleitung)
2. Vorsitzende: Birgit Scheytt

Weitere Informationen:

Fortbildungsbüro DAGST
 Amperstr. 20A
 82296 Schöngeising
 Telefon: 08141 318276-0
 Fax: 08141 318276-1
 E-Mail: kontakt@dagst.de

Redaktion:

Christine Höppner
 E-Mail: ch@orgaplanung.de

www.dagst.de

E-Rezept, DIGAs und Cannabislegalisierung

Ist das Gesundheitswesen noch zu retten?

In diesen Tagen verkündete Gesundheitsminister Karl Lauterbach vollmundig: „Es geht jetzt mit der Digitalisierung los.“ Im gleichen Atemzug versprach er, dass alle Patienten ab dem 1. Juli ihr E-Rezept „ganz einfach mit ihrer Versichertenkarte in den Apotheken abrufen“ könnten. Schließlich seien bis dahin „80 % der Apotheken an das System angeschlossen“ und das „E-Rezept sei endlich alltagstauglich.“ Doch wie viel davon können wir unserem „Ankündigungsminister“ tatsächlich glauben? Zur „Alltagstauglichkeit“ des E-Rezepts (Stand 1. Juli 2023):

- Zulasten der GKV können ausschließlich verschreibungspflichtige Medikamente verordnet werden. Grüne, BtM- und Privatrezepte sowie Heil-/Hilfsmittel sind nicht vorgesehen.
- Änderungen können nicht vorgenommen werden. Bei fehlerhaften Rezepten oder Lieferengpässen muss also ein neues E-Rezept ausgestellt werden.
- Die vorgesehene Übertragung über eine App ist noch nicht vollständig implementiert (vom Datenschutz ganz zu schweigen!).
- Der reibungslose Ablauf über die Versichertenkarte konnte in der einzigen Pilotregion – Westfalen-Lippe – nicht gezeigt werden, es sind etliche Fehler aufgetreten.
- Vor kurzem wurde das einmillionste E-Rezept gefeiert, wobei der Probelauf mehrere Monate gedauert hat. Im Alltag wird das Aufkommen aber etwa doppelt so hoch sein – und zwar täglich. Dafür wurde das System aber nicht ausreichend getestet.

Somit wird es einen gigantischen bürokratischen Mehraufwand geben, und bei einem Systemabsturz, wie es vor gut zwei Monaten beim Hackerangriff auf Bitmark der Fall war, müssen am Ende doch wieder Papierrezepte ausgestellt werden.



„Eine von den praktisch Tätigen im Gesundheitswesen akzeptierte Reform kann nicht von oben durch realitätsferne Theoretiker aufoktroiert werden.“

Alexander Philipp

Facharzt für Anästhesiologie
 Spezielle Schmerztherapie
 Homöopathie / Naturheilverfahren
 Akupunktur / LASER-Zentrum
 Ludwigsburg

Ärztliche Kunst und Therapiehoheit

Zudem sollten digitale Gesundheitsanwendungen (DIGAs) die Digitalisierung im Gesundheitswesen vorantreiben. Jedoch kämpfen die DIGAs seit dem ersten Tag mit den Hürden des Datenschutzes. Hinzu kommt, dass der Arzt-Patienten-Kontakt bewusst vermindert, Diagnosen und Therapien auf Leitlinienniveau reduziert und die ärztliche Kunst zunehmend als Gleichung definiert wird. Auch in anderen Bereichen treten Spannungen auf: Die bereits auf dem Markt befindlichen DIGAs kosten viele Hunderte Euro – Beträge, für die manch niedergelassener Arzt einen Patienten über viele Jahre unbegrenzt oft sehen und behandeln muss, was eine absolute Unverhältnismäßigkeit in der Bezahlung und dem Wert der jeweiligen Leistung darstellt.

Ideologie vor Menschenverstand

Auch die Legalisierung von Cannabis im Freizeitkonsum löst keines der Probleme im Gesundheitswesen, wird aber eine Fülle neuer Herausforderungen schaffen. Der Zugang zu Cannabis wird nicht mehr zu kontrollieren sein, insbesondere Jugendliche kommen viel leichter an

ihren „Stoff“. Auch die Frage der Fahrtüchtigkeit ist nicht geklärt, da konstante Wirkspiegel bei der Verdampfung nicht erreicht werden, sondern bis zu 170-fach höher liegen als bei der oralen Aufnahme, was mit einer Fahrtüchtigkeit nicht vereinbar ist. Auch hier geht wieder einmal Ideologie vor Sicherheit und gesundem Menschenverstand.

Cui bono?

Dies sind nur einige der Beispiele für den ausgeprägten Realitätsverlust vieler Politiker, denen Technikverliebtheit, Ideologie und völliges Fehlen von Berufserfahrung den Blick auf die drängenden Probleme versperren. Eine gute, suffiziente und von den praktisch Tätigen im Gesundheitswesen akzeptierte Reform kann nicht von oben durch realitätsferne Theoretiker aufoktroiert werden.

Das Gegenteil ist der Fall: Das System muss vom Kopf auf die Füße gestellt werden, den Bedürfnissen der Patienten muss mehr Rechnung getragen werden. Kleinteilige Regelungen müssen abgeschafft werden, Bürokratie und der Einfluss der GKV massiv reduziert und dort Einsparpotenziale genutzt werden. Gerade im ambulanten Bereich muss die Versorgung extrem gefördert werden, auch finanziell, da durch die demografische Entwicklung eine doppelte Belastung auf uns zukommt. Doch nicht nur die Patienten werden immer älter, sondern auch die Behandler. In Deutschland wird ein Großteil der heute noch tätigen Ärzte in den nächsten fünf bis sieben Jahren in den Ruhestand gehen.

Der Mangel ist also bereits da, für die meisten Politiker aber immer noch nicht Realität geworden. Dass die neuen Ärzte dann aber Einsteiger sind, die zudem miese Rahmenbedingungen für die Niederlassung vorfinden und immer mehr auf Work-Life-Balance Wert legen, verschärft die Situation zunehmend. Die (noch) Tätigen im Gesundheitswesen, die sich mit Riesenschritten der Rente nähern, sollten also von allen Verantwortlichen auf Knien gebeten werden, so lange wie möglich weiter zu arbeiten, um den absehbaren Absturz abzufedern.

Leider ist das Gegenteil der Fall, die Arbeitsbedingungen verschlechtern sich zunehmend, im niedergelassenen Bereich heftiger als in der Klinik, doch die

DAGST-Veranstaltungen



Kongress

Den Termin für den diesjährigen Homburger Schmerz- und Palliativkongress entnehmen Sie bitte demnächst unserer Homepage oder dem Veranstaltungskalender des Homburger Zentrums für altersübergreifende Palliativmedizin.

Kursvorschau

Datum	Kursort	Weiterbildung
09.09.2023	Straßberg	Akupunktur statt NSAR? Französische Ohrakupunktur als nebenwirkungsfreie Alternative bei Schmerzen Leitung: Hardy Gaus
28.10.2023	Straßberg	Zahn- Mund-Kiefer: unbeachtete Ursachen für chronische Schmerzen Leitung: Hardy Gaus

Gerne stehen wir Ihnen weiterhin zum persönlichen Austausch im Videochat zur Verfügung, zu folgenden Themen oder anderen Fragen aus Ihrer Praxis an unsere Experten.

Wir bitten um Anmeldung per E-Mail (kontakt@dagst.de), damit wir Ihnen den Zugangslink zusenden können.

Termine und Themen

- 26.07.2023, 15:00–16:00 Uhr: Birgit Scheytt: Neue Therapiemöglichkeiten bei Migräne
- 04.08.2023, 09:00–10:00 Uhr: Hardy Gaus: Ganzheitliche Zahnmedizin bei chronischen Zahn- und Gesichtsschmerzen
- 23.08.2023, 14:00–15:00 Uhr: Dr. L. Distler: Komplementärmedizinische Ansätze in der Schmerztherapie und Palliativmedizin
- 20.09.2023, 13:00–14:00 Uhr: B. Scheytt: Trigemino-autonome Kopfschmerzen



Bitte verfolgen Sie die aktuellen Kursangebote auch auf unserer Webseite. Alle Kurse können Sie auch bequem online buchen unter: www.dagst.de. Programmänderung vorbehalten.

zunehmende Arbeitsverdichtung ohne entsprechenden Ausgleich betrifft alle Bereiche – von der überbordenden Bürokratie, den Regressen und der zunehmenden Einschränkung der (ärztlichen) Therapiehoheit durch Gesetze und vor allem durch die Krankenkassen. Die Politiker, die ihre „Meilensteine“ vorstellen möchten, die Krankenkassen, die Behörden, die ihre Existenzberechtigung

verkaufen müssen, sowie die Industrie, primär die neuen Player aus der IT-Branche – jeder hält die Hand auf!

Was braucht es also, um eine Wende in der Gesundheitspolitik herbeizuführen? E-Rezepte, Cannabis und DIGAs definitiv nicht!

Mit kollegialen Grüßen

Alexander Philipp



So unterschiedlich die Menschen sind, so unterschiedlich sind auch die Vorstellungen von Spiritualität.

© Sergio / Generated with AI / Stock.adobe.com

Spirituelle Begleitung von schwer erkrankten Menschen

Große Fragen auch in kleinen Momenten zulassen

Beatrice Quirin

Zu allen Zeiten haben Menschen versucht, Antworten auf die existenziellen Fragen ihres Lebens zu finden. Angesichts schwerer oder sogar lebenslimitierender Erkrankungen kann sich dieses Bedürfnis verstärken. Wie begegnen wir der Spiritualität der Patientinnen und Patienten und bleiben in der Kommunikation anschlussfähig?

Wenn Sie diesen Artikel in Händen halten, um zu erfahren, was unter Spiritualität konkret zu verstehen ist, dann sparen Sie sich besser die Lektüre und nutzen die Zeit anderweitig – denn dies ist kein wissenschaftlicher Artikel im eigentlichen Sinne, der auf einer Fülle von Fachliteratur basiert. Er ist eher eine Reflexion meines erlebten Alltags aus meiner beruflichen Praxis als Klinikseelsorgerin

auf der Palliativstation und in der ambulanten häuslichen Versorgung, von Begegnungen mit Menschen, die jeweils ihre eigene Persönlichkeit haben – und demnach auch ihre eigene Spiritualität. Wenn ich, etwa im Rahmen einer Fortbildung für Ehrenamtliche, die Frage stelle: „Was ist für Sie Spiritualität?“, dann werden die Antworten immer unterschiedlich ausfallen. So verschieden die Menschen, so verschieden auch ihre

Vorstellungen von Spiritualität. Und wenn auf diese Frage noch vor einigen Jahren Antworten gefolgt wären, die sich ausschließlich auf religiöse Aspekte beziehen, so ist die Vorstellung von Spiritualität heute wesentlich weiter gefasst. Oder anders ausgedrückt: Es kommt auf die Perspektive an.

Versuch einer kurzen Begriffsbestimmung

Aus Sicht der Theologie steht die religiöse Dimension im Fokus, in der Spiritualität als Beziehungsgeschehen zwischen Gott und Mensch beschrieben werden kann. Aus anthropologischer Perspektive gehört die Spiritualität originär zum Gesamtphänomen des Menschseins und ist im Sinne einer

komplexen Betrachtung des Menschen in ihm verortet. Nicht zuletzt ist es die Pionierin der Hospizbewegung, Cicely Saunders, die in ihrem ganzheitlichen Ansatz der Beschreibung des Menschen mit dem Konzept des „total pain“ auch die spirituelle Dimension des Menschen elementar in den Blick genommen hat: Der Mensch erlebt sich als körperliches Wesen, hat eine psychische Dimension, lebt in sozialen Bezugssystemen und hat spirituelle Bedürfnisse. Und was hinsichtlich eines spirituellen Bedürfnisses des einen Kraftquelle ist, hat für eine andere Person keine Bedeutung. Spiritualität kann sich in expliziten religiösen Traditionen und Ritualen oder durch den Glauben und religiöse Praxis ausdrücken, ist aber ebenso auf einer säkularen Ebene zu verorten. Spiritualität ist integraler Bestandteil des menschlichen Daseins.

Jeder und jede Einzelne bewegt sich in einem eigenen Lebens-Kontext innerhalb eines spezifischen gesellschaftlichen und kulturellen Systems, mit der Geschichte der eigenen (familiären) Herkunft, seiner Bezugspersonen und mit einer konkreten Biografie. Dieses Setting bildet den Bezugsrahmen der ganz allgemeinen oder auch der tiefergehenden existenziellen und spirituellen Fragen, die sich in jedem Lebensalter stellen, doch angesichts einer schweren Erkrankung für die Patientinnen und Patienten (und auch für deren Bezugspersonen!) umso bedeutsamer werden.

Diesen Fragen können begleitende Personen einen Raum geben, denn „das ist Sinn und Ziel von spiritueller Begleitung: Es geht darum, den Menschen diesseits und jenseits der Grenze des Machbaren mit dem Geheimnis von Leben und Sterben in Berührung zu bringen und so das Leben von seinem Geheimnis her verstehen zu lernen.“ [1]

Das „Geheimnis von Leben und Sterben“ – hier tut sich eine beinahe mystische Dimension auf, denn wie können wir mit dem Geheimnis unseres Lebens in Verbindung treten und uns auf diese Sinnsuche begeben, die Menschen zu allen Zeiten bewogen hat, Antworten auf existenzielle Fragen zu finden? Über das „sinnieren“ (in diesem Kontext ist dieses beinahe aus der Mode geratene Verb passend, drückt es doch das sinnsuchen-

de Nachdenken in einem Wort aus) darüber, was das Innere bewegt. Dabei kann nicht jedem alltäglichen Geschehen bis ins Letzte ein tiefer Sinn zugesprochen werden, doch das gilt es auszuhalten. In der spirituellen Sinnsuche muss auch Raum für das Unlösbare, Unklärbare oder Un-Sinnige sein. Und das braucht Zeit! Gerade in den Systemen der gesundheitlichen Versorgung, ob stationär oder ambulant in der häuslichen Versorgung, wo Zeit eher eine Mangelerscheinung ist und vieles nur unter enormen Zeitdruck geschieht.

Insbesondere im palliativen Kontext sind die Patientinnen und Patienten oft in einer absoluten Ausnahmesituation und erleben eine Zeit existenzieller Nöte und Sorgen, wenn mit der Diagnose ei-

Die Sinndeutung ist nicht Aufgabe der Gesprächspartnerin oder des -partners; sie könnte eingleisig in deren Deutungshorizont führen.

ner lebenslimitierenden Erkrankung gewissermaßen der „worst case“ eingetreten ist: etwas, das in dieser Form nicht erwartet oder, vielleicht schon sehr lange, verdrängt wurde. Die Betroffenen erleben eine emotional intensive Zeit und eine Fülle an medizinischer und pflegerischer Versorgung, das Für und Wider möglicher Therapien, finanzielle Fragen werden besprochen. Diese primäre und notwendige medizinische Versorgung lässt sich in großen Teilen ähnlich einer Checkliste abarbeiten.

Doch die Gespräche mit Patientinnen und Patienten oder mit den in die Versorgung eingebundenen Personen erfordern Zeit und Vertrauen, um einen Raum zu ermöglichen, in dem auch die Themen angesprochen und vertieft werden können, die an anderer Stelle nur wenig oder keinen Platz haben. Vielleicht ist es das Ringen darum, zu verstehen, was passiert ist. Den Ängsten und Sehnsüchten, dem Schmerz oder auch der Freude Ausdruck zu verleihen – und das lässt sich nicht einfach in ein Koordinatensystem eintragen und verorten. Es sind die existenziellen Fragen eines Menschen angesichts elementarer Veränderungen und Umbrüche, eine innere Zwiesprache mit sich selbst, ein Dialog mit dem Gegenüber.

Spirituelle Kommunikation

Ein Schlüsselwort für die Begegnung mit Patientinnen und Patienten und das Wahrnehmen deren existenzieller, spiritueller Bedürfnisse ist „Kommunikation“ in einer weit gefassten Definition, im Sinne von: „Man kann nicht nicht kommunizieren“, wie es der Kommunikationswissenschaftler Paul Watzlawick einmal formulierte. Die Patienten und Patientinnen werden nicht explizit über ihre „Spiritualität“ oder ein „spirituelles Thema“ sprechen. Sie werden aber die Themen vorgeben, über die sie sprechen möchten. Das kann sich manchmal situativ aus dem Moment heraus ergeben: während der pflegerischen Versorgung, in der Physiotherapie oder im Smalltalk mit der Reinigungskraft. An dieser Stel-

le können alle mit der Versorgung der Erkrankten betrauten Personen nur ermutigt werden, sich diesen Gesprächsmomenten – wenn es das Zeitbudget zulässt – zu öffnen, die Patientinnen und Patienten werden es ihnen danken! Begleitende Personen dürfen einfach da sein, zuhören, gedanklich mitgehen und an der Seite des Erzählenden bleiben. Vielleicht sogar bei Themen, für die es schon lange keine Zuhörenden mehr gab, wo andere weggehört haben, weil die Themen zu belastend waren – und die dennoch für die Erkrankten so wichtig sind. Für das bessere Verständnis können Rückfragen an die Betroffenen gestellt werden. In vielen Gesprächsmomenten kann es auch wichtig sein, gemeinsam die Stille auszuhalten und zu schweigen. Es muss nicht alles kommentiert werden, es muss nicht auf alles eine (vorschnelle) Antwort gegeben werden. Aber den Patientinnen und Patienten kann sich ein Resonanzraum eröffnen, in den sie sich mit ihren Hoffnungen, Ängsten oder spirituellen Fragen und Gedanken behutsam begeben können. Nicht alles wird eindeutig benannt, sondern viele formulieren symbolhaft, in Bildern oder in beinahe kryptisch anmutenden Formulierungen. Und wenn eine Person beispielsweise von ihrem



© Joel bubble ben / Stock.adobe.com

Spiritualität kann sich durch religiöse Praxis ausdrücken, ist aber ebenso auf einer säkularen Ebene zu verorten.

oder seinem „schönen Garten, in den ich so gerne noch mal möchte“ spricht – und in dem sie oder er jetzt viel lieber wäre, als im Krankenbett zu liegen – so ist das auf den ersten Blick vielleicht der Sehnsuchtsort „zu Hause“; es kann sich jedoch auch eine stellvertretende Funktion dahinter verbergen, unter der sich viele andere Bedeutungen subsumieren ließen, zum Beispiel:

- „Dort habe ich immer entspannt und das schöne Wetter genossen.“
- „Es war der Ort, der mir immer viel und schwere Arbeit abverlangt hat.“
- „Ich bin immer gerne in der Natur, das ist meine Kraftquelle, mein Ort der Inspiration.“
- „Dort habe ich immer mit meinen Kindern gespielt, als sie noch klein waren, das war eine schöne Zeit, nun schon lange vorbei.“ (Wobei das Kind vielleicht schon verstorben ist ...)
- „Ich hatte noch so vieles vor und werde das alles nun nicht mehr schaffen.“

Vielleicht sind es freud- und hoffnungsvolle Erinnerungen, welche der oder die Erkrankte mit einem Ort verknüpft. Es können aber auch Leid, Schmerz oder Enttäuschung damit assoziiert werden. Bei der Äußerung, dass der Patient oder die Patientin in diesem „Garten“ unbedingt noch etwas arbeiten möchte oder muss, reicht die Bedeutung dieses „Arbeitens“ eventuell weit über die reine Gartenarbeit hinaus und steht stellver-

trehend für all jenes, das im Leben nicht fertig wurde, das unvollendet blieb, wovon immer nur geträumt und das nie realisiert werden konnte. Allein die Erkrankten selbst wissen um die Bedeutung dessen und werden ihm einen Sinn geben können. Diese (Sinn-)Deutung ist nicht die Aufgabe der Gesprächspartner oder -partnerinnen und könnte eingeleitet in deren eigenen Deutungshorizont führen. Doch kann sich im authentischen und aufmerksamen „Da-Sein“ für die Erkrankten sowie im Hören und Wahrnehmen des Mitgeteilten ein Ort des Vertrauens und der Intimität eröffnen, in dem die Betroffenen ihren innersten Gedanken, Hoffnungen oder Bedürfnissen Ausdruck geben. Diese spirituellen Gespräche können sich in kleinen, zufälligen Begegnungen ereignen oder aber in längeren Gesprächen auf beiden Seiten intensiv Zeit und Kraft kosten – können aber gleichzeitig eine immens entlastende Wirkung haben.

Spiritualität und religiöse Rituale

Insbesondere für ältere Menschen haben religiöse Rituale eine elementare Bedeutung und es ist beispielsweise für gläubige Katholiken der älteren Generation sehr oft noch selbstverständlich, dass spätestens in der Sterbephase ein Priester für das Sakrament der Krankensalbung gerufen wird. Auch die Krankenkommunion oder die Feier des

Abendmahls ist nicht nur ein ritualisiertes Brauchtum, sondern spirituelle Kraftquelle und innere Stärkung. Die zeichenhaften Handlungen beinhalten eine tiefe, die Sinne ansprechende Symbolik. Für viele ist ein gemeinsames Gebet als Abschluss eines Gesprächs bedeutsam. Ein Gebet, in das die Ängste, aber auch die Hoffnungen mit hineingenommen werden, kann eine entlastende Wirkung haben. Für viele Patientinnen und Patienten ist das beinahe formelhafte (Mit-) Sprechen altbekannter und vertrauter Gebetstexte hilfreich, da es Struktur und Halt gibt. Und so manches Mal kehrt mit diesen Gebeten eine „heilige Stille“ in das hektische Krankenzimmer ein, die sich auch auf die übrigen Anwesenden übertragen kann.

Ich erinnere mich an eine Situation, als ich zu einer betagten Dame gerufen wurde, die sehr mit ihrer Diagnose haderte und die ein Gespräch mit einer Seelsorgerin wünschte. Ich traf sie in ihrem Zimmer im Bett liegend an, es war ein Mehrbettzimmer und sie hatte noch eine „Mitbewohnerin“. Die Patientin erzählte von den Freuden und Sehnsüchten, aber auch von den Kümernissen und Enttäuschungen in ihrem Leben. Am Schluss des Gesprächs war sie sehr dankbar und sichtlich erleichtert, alles in ein Gebet „hineinlegen“ zu können, das ich frei formulierte und in das ich einiges von dem mit aufnahm, was sie erzählt hatte und das wir abschließend gemeinsam sprachen. Es war für uns beide sehr emotional. Beim Abschied von der Patientin blickte ich mich im Zimmer um. Ihre Mitbewohnerin saß am Tisch, ein Buch ungelesen im Schoß, und sagte, mit einem zarten Lächeln im Gesicht, leise und beinahe ehrfürchtig: „Ach, das hat mir jetzt mal richtig gutgetan.“

Literatur

1. Weiher E. Das Geheimnis des Lebens berühren – Spiritualität bei Krankheit, Sterben, Tod. Eine Grammatik für Helfende. Stuttgart: Kohlhammer; 2014

Beatrice Quirin

Klinikseelsorgerin Palliativstation
 Caritas Klinikum Saarbrücken St. Theresia
 Rheinstraße 2
 66113 Saarbrücken
 b.quirin@caritasklinikum.de