

WANN BIN ICH BEHINDERT?

DAS NEUE BUNDESTEILHABEGESETZ BTHG, DIE ICF UND EINE NEUE DEFINITION VON BEHINDERUNG

KRANK ODER BEHINDERT?

In meiner beruflichen Tätigkeit als Amtsärztin im Fachdienst Eingliederungs- und Gesundheitshilfe bin ich täglich von Menschen mit Behinderungen umgeben und soll begutachten, welche Teilhabebeeinträchtigungen am Leben in der Gesellschaft aus medizinischer Sicht vorliegen. Das stellt mich immer wieder neu vor die Frage, was das Wort Behinderung eigentlich bedeutet und was der Begriff bzw. die Zuschreibung für den einzelnen Menschen bedeutet, der zu mir kommt. Lange habe ich in meinen Begutachtungen und Untersuchungsgesprächen vorsichtig gefragt, an welchen Einschränkungen der Mensch leidet oder welche er bei sich wahrnimmt im täglichen Leben. Den Begriff Behinderung auszusprechen, fiel mir schwer, lieber umschrieb ich ihn mit „Besonderheiten“ oder „Einschränkungen“..., bis ein Betroffener ziemlich unwirsch und verärgert zu mir meinte: „Nein, das Wort passt und beschreibt genau die Realität! Ich bin nicht besonders, sondern behindert, denn meine Behinderung/Erkrankung behindert mich sehr, sie hindert mich an vielem!“ Schwierig fand ich bis vor einiger Zeit auch die Unterscheidung, ob bei einer Person nur eine „Behinderung“ vorlag oder gar eine „wesentliche Behinderung“, die zum Recht auf Gewährung von Maßnahmen der Eingliederungshilfe führten, sowie die Abgrenzung und Abwägung, welche Art der Behinderung bei ihr im Vorder-

grund der Teilhabebeeinträchtigung lag: die körperliche Behinderung, die geistige Behinderung oder die seelische Behinderung? Können wir Menschen sozusagen aufteilen in seine verschiedenen Anteile wie es früher die Griechen taten? Auf dem Hintergrund des biblisch-christlichen Menschenbildes, das den Menschen als ungeteiltes Wesen aus Körper, Seele und Geist mit unterschiedlichen Beziehungsaspekten versteht, fiel mir diese Beurteilung besonders schwer!

STÄRKUNG DER TEILHABE VON MENSCHEN MIT BEHINDERUNGEN

Hier hat das deutsche Bundesteilhabegesetz BTHG, das im Januar 2020 in Kraft getreten ist, zu deutlichen Verbesserungen geführt. Nichtsdestotrotz beinhaltet es neue Herausforderungen für die Gesellschaft und die Hilfeplanung bzw. Eingliederungshilfe der Kreise und Länder.

Einige Hilfen zum Verständnis, worum es geht: Das BTHG bezeichnet das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen. Die Kernaussage des BTHG kann in einfachen Worten wiedergegeben werden: „Mehr Selbstbestimmung für Menschen mit Behinderung“. Ziel des BTHG ist es, die Möglichkeiten einer den persönlichen Wünschen entsprechenden Lebensplanung und -gestaltung im Sinne von mehr Teilhabe und mehr Selbstbestimmung zu stärken und die Einglie-

derungshilfe zu einem modernen Teilhaberecht weiterzuentwickeln.

Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten Menschen, die aufgrund ihrer Behinderung wesentlich in ihrer Fähigkeit eingeschränkt sind, an der Gesellschaft teilzuhaben (wesentliche Behinderung) oder die von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind. Bei der Prüfung, ob eine Behinderung wesentlich ist, gilt: Es kommt für die Beurteilung nicht entscheidend auf den Umfang der Beeinträchtigung an, sondern darauf, wie sich die Beeinträchtigung auf die Teilhabe auswirkt. Die Leistungen der Eingliederungshilfe sind sehr vielfältig und umfassen viele Hilfen, konkret z.B. Betreuungsleistungen (z.B. ambulant und teilstationär betreutes Wohnen, Besuch einer Werkstatt für behinderte Menschen), Sachleistungen (z.B. behinderungsgerechten Umbau), Geldleistungen (z.B. Beförderungspauschalen für die Mobilität), ein persönliches Budget etc... Bisher waren die Regelungen in verschiedenen Gesetzen zu finden, seit dem 1. Januar 2020 sind sie nun in Teil 2 des Sozialgesetzbuches IX zusammengefasst und in Leistungsgruppen aufgeteilt: Medizinische Reha, Teilhabe am Arbeitsleben, Teilhabe an Bildung und Soziale Teilhabe.

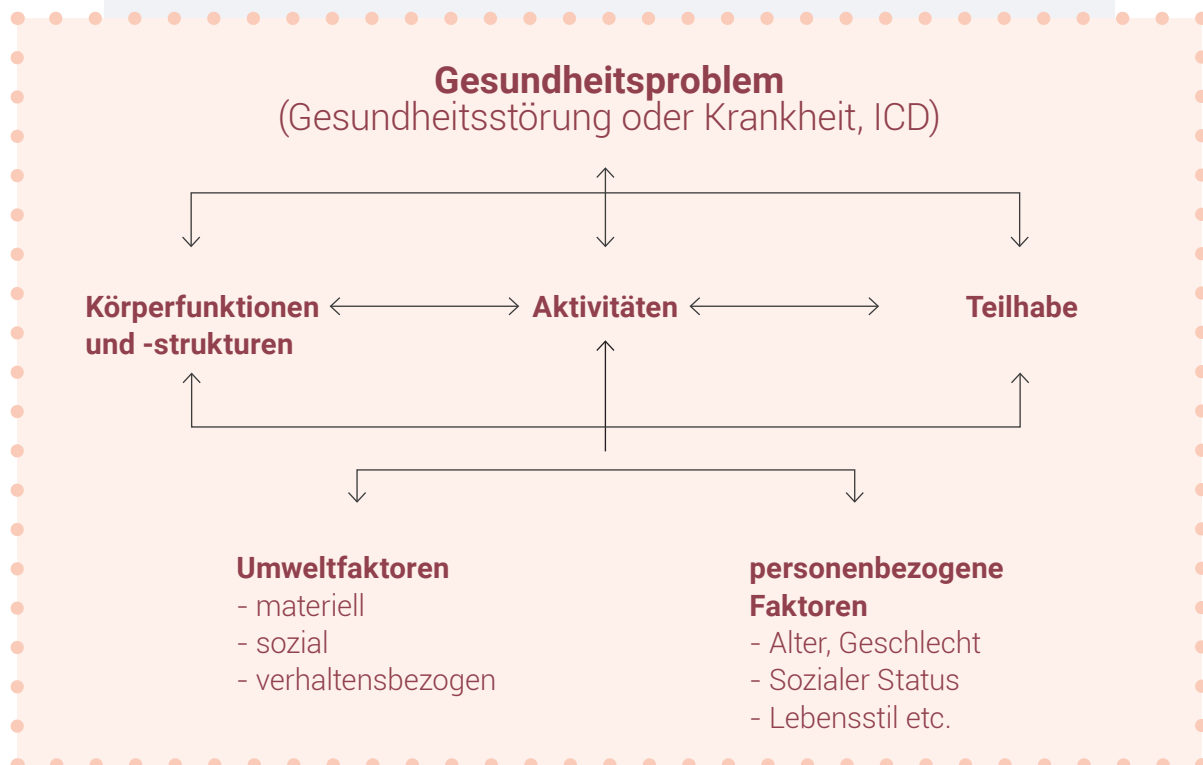
WAS BRAUCHT UNSER MITEINANDER?

Die ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO) = Interna-

tional Classification of Functioning, Disability and Health, wurde schon 2001 durch die World Health Assembly verabschiedet. ‚Functioning‘ bedeutet übersetzt Funktionsfähigkeit und funktionale Gesundheit. Sie ist ein Konstrukt aus a) körperlicher, seelischer und geistiger Integrität, b) angemessenen Aktivitäten und c) Einbezogen sein (Teilhabe) in relevante Lebensbereiche. Die ICF hat folgende „Funktionen“, sie ist eine Konzeption/Philosophie und sie ist ein Schema zur Klassifikation. Die ICF und ICD ergänzen sich. Die eine Klassifikation kann jedoch die andere nicht ersetzen. Der ICD-Code ist ein weltweit anerkanntes System, mit dem medizinische Diagnosen einheitlich benannt werden. (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems = Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme.) Die ICF hat im neuen BTHG eine große Bedeutung und viele Einsatzmöglichkeiten in der Eingliederungshilfe

beim Fallmanagement und in der Hilfeplanung als ein interdisziplinäres Geschehen. Früher begutachteten die Amtsärzte nach dem ICD und eigener Einschätzung, ob bereits eine wesentliche Behinderung vorlag oder eine Behinderung drohte, wesentlich zu werden, wodurch ein Rechtsanspruch auf Gewährung einer Maßnahme der Eingliederungshilfe bestand. Heute birgt das neue BTHG u.a. durch die Einbeziehung der ICF neben den Verbesserungen für die Betroffenen aber auch neue Herausforderungen und vergrößert den Umfang der Hilfeplanung in den Behörden enorm. Für den Betroffenen und auch die Leistungserbringer (Einrichtungen) entstand ein hoher Mehraufwand im Verstehen und Ausfüllen der zahlenmäßig größer gewordenen vielen Formulare. Nicht selten werden hierfür nun zusätzlich die Einrichtung einer rechtlichen Betreuung bzw. die Unterstützung durch einen rechtlichen Betreuer benötigt und bei den zuständigen Gerichten beantragt.

BIO-PSYCHO-SOZIALES MODELL DER ICF



Das Bio-psycho-soziale Modell der ICF (Abbildung) zeigt das Zusammenspiel verschiedener Voraussetzungen und Faktoren auf, anhand derer in der Hilfeplanung der Eingliederungshilfe der jeweils individuelle persönliche Bedarf und passgenaue Hilfen ermittelt werden: Voraussetzung ist das Vorliegen eines „Gesundheitsproblems“ als Oberbegriff für (akute oder chronische) Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Verletzungen oder Traumata. Gesundheitsprobleme werden nach ICD-10 kodiert. Dieses Gesundheitsproblem wirkt sich dann aus in Einschränkungen in Körperfunktionen und -strukturen, physiologischen Funktionen von Körpersystemen (einschließlich psychologischer Funktionen). Körperstrukturen sind anatomische Teile des Körpers, wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile.

In der Mitte stehen die Aktivitäten und die Partizipation (=Teilhabe), was bedeutet, dass es erstens um die Aktivität geht, die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung durch eine Person. Sie repräsentiert die individuelle Perspektive der Funktionsfähigkeit (sprechen, etwas heben, essen, sich pflegen). Zweitens steht die Partizipation (=Teilhabe) im Zentrum der Hilfeplanung und dessen, was der/die Betroffene benötigt, das Einbezogenensein in eine Lebenssituation. Sie repräsentiert die gesellschaftliche Perspektive der Funktionsfähigkeit (Haushalt führen, Konzert besuchen, Dienstleistung in Anspruch nehmen). Einschränkungen der Teilhabe sind daher Probleme, die eine Person bezüglich ihres Einbezogenenseins in Lebenssituation bzw. Lebensbereiche erlebt.

Auf diese Aktivitäten nehmen dann außerdem Personbezogene Faktoren Einfluss, die sich in Geschlecht, Alter, Lebensstil, Gewohnheiten, Erziehung, sozialer Status und Lebenserfahrung darstellen, sowie Umweltfaktoren, die die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt bilden, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten.

Somit bezieht sich die Behinderungsdefinition in der ICF nicht mehr allein auf das zugrundeliegende Gesundheitsproblem, die Erkrankung und/oder die Behinderung gem. ICD, sondern auf die negative Wechselwirkung zwischen einer Person (mit einem Gesundheitsproblem, ICD) und ihren Kontextfaktoren auf ihre Funktionsfähigkeit (Behinderung allgemein), sowie auf ihre Teilhabe an einem Lebensbereich (Behinderung speziell).

Mit diesem umfassenden Behinderungsbegriff des ICF ergeben sich Verbesserungen in der gerechteren Unterstützung von Menschen mit Behinderungen, denn der Mensch wird nicht mehr nur auf seine medizinischen Einschränkungen reduziert, sondern mit allen anderen Kontextfaktoren wahrgenommen. So kann es nun beides berücksichtigt werden, dass bei einem Menschen trotz vorliegender starker Einschränkungen in seinen körperlichen Funktionen und Strukturen nur wenig oder gar keine Einschränkungen in seiner Teilhabe am Leben der Gemeinschaft vorliegen, als auch,

dass bei einem Menschen mit nur geringen oder keinen Einschränkungen in seinen Körperfunktionen und -strukturen in anderen Lebensbereichen und Kontextfaktoren hohe Teilhabebeeinträchtigungen vorliegen mit Hilfebedarf.

Ich bin dankbar für die vielfältigen Möglichkeiten an Unterstützung durch Staat und Gesellschaft in Deutschland. Und ich kann darin die Liebe und Fürsorge Gottes für uns Menschen erkennen, auch wenn unsere menschlichen Möglichkeiten natürlich weit hinter Gottes Möglichkeiten mit seiner Liebe, Nähe, Trost und Ermutigung zurückbleiben! ■

Bettina Gundlach, Amtsärztin
im Fachdienst Eingliederungs-
und Gesundheitshilfe, Mitglied
CiG-Vorstand, Aumühle



Anzeige

**WIR
BRINGEN
ÄTHIOPISCHE
JUDEN
NACH ISRAEL.**

Ihre Unterstützung macht den Unterschied!

Helfen Sie bedürftigen Juden bei der Einwanderung nach Israel (Alijah) und bei der Integration in die moderne israelische Gesellschaft.

Weitere Infos unter: www.patenschaft.icej.de

ICEJ  INTERNATIONALE
CHRISTLICHE
BOTSCHAFT
JERUSALEM

STELLEN SIE SICH EINE WELT VOR, IN DER JEDER WILLKOMMEN IST!



WARUM DAS MOTTO DES NEUFELD VERLAGES VIEL MEHR IST ALS EIN SLOGAN:

In den Medien werden Menschen mit Behinderung immer häufiger sichtbar. Das freut mich! Und ich finde es gut, dass wir endlich beginnen, sie als Persönlichkeiten wahrzunehmen, die sich nicht zuerst als „Behinderte“ erleben, sondern – als Menschen. Wenn ich dann über Formulierungen stolpere wie „er leidet am Down-Syndrom“ (Tut er das wirklich?), „Sie ist an den Rollstuhl gefesselt“ (Ach ja? Mit Ketten oder mit einem Seil?) oder „Trotz seiner Behinderung ist er ein fröhlicher junger Mann“ (Warum „trotz“?), dann greife ich manchmal zum Telefon und frage den Redakteur, ob er sich dessen bewusst ist, was er da zum Ausdruck bringt. Natürlich, das sind eingeführte Formulierungen, die einem beim Schreiben ganz einfach in den Sinn kommen. Aber dahinter stehen ja Bilder. Sichtweisen. Sind Menschen mit Behinderung generell zu bemitleiden? Leiden sie alle unter ihren Einschränkungen? (Ob jemand behindert ist oder behindert wird, ist ja ohnehin noch eine Frage für sich ...) Und steht von vornherein fest, dass ein Leben mit Beeinträchtigung weniger lebenswert ist?

Die Tatsache, dass in der Pränataldiagnostik immer gezielter nach Auffälligkeiten gesucht wird, könnte den Eindruck entstehen lassen: Ein Kind mit Behinderung kommt besser gar nicht auf die Welt. Was für eine Täuschung! Zum Glück haben die leiblichen Eltern von Alexander (20) und Samuel

(15) vor der Geburt nicht gewusst, dass bei ihnen das 21. Chromosom dreifach vorhanden ist. Die beiden Jungs hätten das wohl nicht überlebt. Meine Frau und ich konnten uns damals vorstellen, uns auf das etwas andere Leben mit einem besonderen Kind einzulassen. Und wir wurden reich beschenkt! Alexander kam mit sechs Wochen zu uns, Samuel dann einige Jahre später im Alter von drei Monaten.

Tatsächlich erleben wir auf vielfältige Weise, wie unsere Adoptivöhne mit Down-Syndrom uns inspirieren. Sie helfen uns, den Augenblick „zu pflücken“ und ganz im Jetzt zu leben. Ich habe noch keinen Menschen getroffen, der so lebendig ist



wie Alexander. Wenn er im Gottesdienst unserer Gemeinde vorne am Cajon sitzt und strahlend eine Mischung aus Entertainment und Anbetung zelebriert, dann verkörpert er durch sein ganzes Sein, dass wir alle bei Gott willkommen sind, so wie wir sind.

Von Samuel lerne ich, dass man sich auch mal zurückziehen und alleine sein muss, um ganz bei sich zu sein (auch wenn er ein ziemlich ausgeprägtes Bedürfnis danach hat). Ich lerne, dass es nicht viel braucht, um einen Tag zu einem glücklichen Tag zu machen. Gerade eben kommt Alexander von der Schule nach Hause, stürmt in mein Büro und erinnert mich daran, dass ich heute Morgen versprochen habe, ihm den Klassiker „We will rock you“ von Queen auf seinen mp3-Player zu kopieren. Jetzt tigert er durchs Haus und singt lautstark mit ...

Von meinen Jungs schaue ich mir ab, dass es nicht so wichtig ist, was andere über mich denken. Das befreit! Dass es nicht immer vernünftig ist, noch mehr zu arbeiten. Dass jeder, dem ich begegne, ein Mensch ist. Und dass es dabei keine Rolle spielt, ob andere ihn für wichtig und einen „Leistungsträger“ halten oder ob er im Rollstuhl sitzt und auf Assistenz angewiesen ist. Und ich lerne staunend, was für ein Glück es ist, sein Leben buchstäblich Jesus anzuvertrauen. Sich weniger Sorgen zu machen und stattdessen ernst zu nehmen, dass Gott uns sieht, uns kennt und für uns sorgt. Das könnte man nun als „kindlichen“ Glauben abtun mit dem Argument: Kinder oder Menschen mit geistiger Behinderung wissen es ja nicht besser, sie können das halt noch nicht verstehen. Dabei ist es andersherum: Sie wissen es offenbar tatsächlich tiefer, dass Gott Realität ist.

Natürlich, zu unserem Thema gehört auch Schmerz. Für Eltern ist es erstmal ein Schock, ein Kind zu bekommen, das so ganz anders ist als erwartet. Und für viele betroffene Ehen und Familien ist der Alltag tatsächlich enorm belastend. Weil vieles anders ist. Weil man massiv gefordert ist. Weil Ängste und Sorgen mit im Haus wohnen. Und manchmal auch, weil man einsam ist – können die anderen wirklich verstehen, wie unser Leben sich anfühlt?

Doch ich will weiterhin von Herzen einladen, dass wir immer mehr entdecken: Menschen mit Behinderung gehören dazu. Und sie haben uns etwas zu sagen.

Als wir uns als Verlag anlässlich unseres zehnjährigen Bestehens damit beschäftigten, wie wir unser Profil kurz und knackig auf den Punkt bringen könnten, kamen wir auf: „Stellen Sie sich eine Welt vor, in der jeder willkommen ist!“ Es hatte ein wenig gedauert, bis ich realisierte, wie sehr unsere Kinder unseren Lebensweg und auch das Programm des Neufeld Verlages prägen. Heute scheint mir, dass Gott uns nicht nur als Familie, sondern auch als Verlag etwas Besonderes anvertraut hat. ■

WIR ERMUTIGEN ...

- Eltern von Kindern mit Behinderung durch authentische Erfahrungsberichte und kompetente Sachbücher, ihren Alltag zu meistern.
- Erzieherinnen und Lehrkräfte mit farbenfrohen Bilderbüchern, ein inklusives Miteinander in Kita und Schule zu gestalten.
- werdende Eltern mit den bezaubernden Fotografien von Conny Wenk, zu entdecken, wie Menschen mit Down-Syndrom das Leben bereichern.
- Menschen mit Behinderung durch lebensfrohe Biografien, ihr Leben selbstbewusst in die Hand zu nehmen.
- Elterngruppen, Therapeuten oder Institutionen mit kleinen Geschenken zum Verteilen, dass Menschen mit Behinderung in der Öffentlichkeit ganz neu und positiv wahrgenommen werden.

Doch jeder Mensch möchte willkommen sein, geliebt und geschätzt. Und bei Gott sind wir willkommen – so, wie wir sind! Ich durfte selbst vor einigen Jahren ganz neu erleben, dass das auch mir persönlich gilt. Deshalb liegt uns auch am Herzen, dass Menschen erfahren:

- Der christliche Glaube ist keine Religion, sondern lebt von Beziehung.
- Es gibt nichts Besseres, als mit Jesus zu leben.
- Es lohnt sich, die Bibel für das eigene Leben zu lesen.
- Die Gemeinschaft mit anderen Christen fordert uns heraus und hilft uns.

Mit diesen beiden Programmbereichen sind wir leidenschaftlich unterwegs. Die Menschen merken rasch, dass es sich bei unserem Motto nicht um Marketing handelt, sondern dass es unsere Berufung zum Ausdruck bringt. Und das ist offenbar ansteckend ...

David Neufeld (51) ist Verleger des Neufeld Verlages und lebt mit seiner Familie in Cuxhaven. www.neufeld-verlag.de

VERZWEIFELTE PATIENTEN, GESTRESSTE ÄRZTE & CO

WIE DIE PATIENTENBEZIEHUNG HEILSAMER WERDEN KANN

Unter diesem Titel fand im April diesen Jahres ein digitaler Workshop im Rahmen der Reihe „30 Minuten plus – Praxistage im Fokus“ von Christen im Gesundheitswesen statt, in dem der langjährige Hausarzt und Allgemeinmediziner Dr. Horst Schramm und die chronisch kranke Patientin, Theologin und Buchautorin Frauke Bielefeldt von ihren Erfahrungen berichteten. Hier eine Zusammenfassung ihrer Ausführungen.

Die Begegnung mit dem Arzt oder anderen Behandlern aus dem Gesundheitswesen hat besonders für chronisch kranke Patienten eine wichtige Bedeutung für ihr Leben und die Bewältigung ihrer Erkrankung. Leider prallen hier oft ganz besonders die verschiedenen Erwartungen konflikthaft aufeinander, sodass auf beiden Seiten viel Frust entstehen kann. In gemeinsamen Gesprächen haben wir versucht, die Dynamiken zu ergründen, die im Verhältnis zwischen Behandlern und chronisch Kranken aktiv sind und unterschwellig für jede Menge Frust und Stress sorgen können, bis hin zu Verzweiflung (besonders auf Seiten der Patienten) und Rückzug (besonders auf Seiten der Behandler). Die Fülle an Beobachtungen haben wir in fünf Fällen gefasst, die im Hintergrund lauern und die Patientenbeziehung lähmen können.

DIE ZEITFALLE

Die zeitliche Begrenzung des Patientenkontaktes ist besonders für die ärztlichen Berufsgruppen einfach ein Fakt. Hausarztpraxen haben Taktungen von 5 oder 10 Minuten pro Patient, Fachärzte fokussieren sich auf die Erhebung von Befunden und verlagern die weitere Auswertung zu den Allgemeinmedizinerinnen. Chronisch Kranke mit vielfachen Beschwerden finden oft kaum ein Setting, in dem sie überhaupt die Komplexität ihrer Erkrankung durchsprechen und nach substantziellen Ansatzpunkten suchen können.

Hier prallen die unterschiedlichen Erwartungen aufeinander: Für den Arzt ist dieser Patientenkontakt einer unter z.B. 50 an diesem Tag, während der Patient wochenlang auf diesen Termin gewartet hat und die Ergebnisse für sein Leben existenziell bestimmend sein können. Steht diese Begegnung von Anfang an auch unter dem Druck der zeitlichen Begrenzung, steigt die Spannung, dem Patienten nicht gerecht werden zu können bzw. als Patient mit leeren Händen und einem Sack voller unbeantworteter Fragen nach Hause gehen zu



müssen. Wer noch nie länger als ein paar Wochen am Stück krank war, kann vielleicht kaum ermessen, welchen existenziellen Leidensdruck es erzeugt, nicht nur dauerhaft unter schweren Beschwerden zu stehen und nicht zu „funktionieren“, sondern in dieser bedrohlichen Situation auch keinen Ansprechpartner zu finden, mit dem man sich Stück für Stück der Sache annehmen und nach Lösungen suchen kann.

TIPPS FÜR DIE PRAXIS

- **Behandler:** Geben Sie dem Patienten zu verstehen, wie viel Zeit Sie für diesen Termin haben. Klären Sie, ob der Patient seinerseits mit konkreten Fragen oder Anliegen kommt. Stecken Sie ab, worüber Sie sprechen wollen (und was Sie ggf. auslassen müssen), und stellen Sie die Fortsetzung zu einem späteren Termin in Aussicht. Das signalisiert dem Patienten, dass Sie an einer weiteren Erörterung interessiert sind, und hilft ihm, seine Erwartungen an diese Begegnung ggf. anzupassen.
- **Patient:** Klären Sie mit dem Behandler, mit welchen Erwartungen Sie in diesen Termin gehen. Wenn Sie viele Fragen haben, können Sie diese auch schriftlich mitbringen, damit sich der Behandler einen Überblick verschaffen und sortieren kann, was in dieser Begegnung Platz hat und was anderweitig (von ihm oder anderen) behandelt werden kann. Am besten bringen Sie dies gleich am Anfang des Gesprächs ein, bevor der Behandler vielleicht einen Monolog beginnt, der an Ihrer Situation vorbeigeht (weil er z.B. über Dinge informiert, die Sie schon wissen).

2 DIE „FALL“-FALLE

Angesichts der Fülle an Patienten liegt es nahe, dass Behandler sich nicht auf jeden einzelnen Kontakt tiefer einlassen können, sondern sich auf die Aspekte beschränken wollen, die ihre berufliche Aufgabe betreffen. Für den Patienten kann es allerdings unangenehm sein, dauerhaft auf organisch-mechanische Aspekte reduziert zu werden. Für eine gelingende Patientenbeziehung hilft es sehr, wenn auch einmal durchscheint, dass hier zwei Personen miteinander sprechen und nicht ein Ingenieur eine kaputte Maschine auf dem Tisch liegen hat. Dies beginnt schon in der Begrüßung, die freundlich und ver-

bindlich sein kann, z.B. indem man sich kurz in die Augen schaut. Patienten haben ein feines Gespür dafür, ob sie als Menschen wahrgenommen werden oder nur als Zahlen und Körperfunktionen. Einfache Sätze wie „Das ist sicher nicht leicht für Sie“ oder „Ich wünsche Ihnen alles Gute!“ signalisieren dem Patienten, dass sein Leid wahrgenommen wird. Wer mit kranken Menschen arbeitet, steht immer in der Gefahr, sich zu sehr vom Leid seiner Patienten belasten zu lassen, aber die Lösung besteht nicht darin, sich auf die Sachaspekte zu beschränken, sondern zu lernen, das Leid wahrzunehmen, ohne es selbst zu tragen und sich unter Druck zu setzen, es auslöschen zu können.

TIPPS FÜR DIE PRAXIS

- **Behandler:** Begegnen Sie dem Patienten als Person, nicht nur als „Fall“. Zeigen Sie auch mal Empathie – auch wenn Sie vielleicht das Gefühl haben, damit nichts ändern zu können. Für den Patienten macht es einen großen Unterschied, einem mitfühlenden Behandler zu begegnen, der um die täglichen Auswirkungen weiß. Widmen Sie sich jedem Fall mit einer gewissen Sorgfalt, auch wenn er auf Sie diffus oder wenig spektakulär erscheinen mag.
- **Patient:** Rechnen Sie damit, dass Ihr Behandler täglich vielen anderen Kranken begegnet und Ihrem Leid vielleicht nicht immer die Tragweite beimessen kann. Begegnen Sie Ihrerseits dem Behandler als Person, nicht nur als „Erfüllungsmaschine“ – er ist auch nur ein Mensch und Sie auch nur ein Kranker unter vielen.

DIE SPEZIALISTENFALLE

Das Facharztssystem ermöglicht es, die äußerst komplex gewordene medizinische Wissenschaft auf verschiedene Bereiche aufzuteilen. Doch diese Aufteilungen werden manchen Multisystemerkrankungen nicht gerecht, deren Eigenart gerade in der Kombination an Symptomen und betroffenen Systemen liegt (so z.B. bei ME/CFS, (Erläuterungen siehe Ende des Artikels) deren Einzelbefunde nicht spektakulär sind, obwohl der Grad an Erschöpfung und Einschränkungen viele andere Erkrankungen übersteigt). Hier fallen auch schwer Betroffene durchs Netz, weil jeder Facharzt für seinen Bereich nichts Gravierendes feststellen kann und aus der Fülle an Symptomen oft gefolgert wird, dass es eher an einer psychischen Sensibilisierung der Wahrnehmung des Erkrankten liegt (vgl. 5.). Außerdem fehlt es manchmal an der Auswertung der erhobenen Ergebnisse. So berichten z.B. Morbus-Crohn-Erkrankte, dass immer wieder Magenspiegelungen durchgeführt werden, doch am Ende kein Arzt da ist, der die Ergebnisse deuten kann. Hausärzte verlassen sich auf die Fachärzte, während Fachärzte davon ausgehen, dass alles zum Hausarzt zurückfließt. Am Ende sieht sich niemand



Anzeige

Kongresstag

Gesundheit³

Geist
Seele
Körper

Christliche
Perspektiven
im Umgang
mit Krankheit



25.09.2021
10-17 Uhr



Kraftwerk
Chemnitz

zuständig, das Puzzle zusammensetzen. Außerdem arbeiten Ärzte oft nach dem Dringlichkeitsprinzip: Sind Vitalfunktionen akut bedroht; muss eine dringende Behandlung, Einweisung ins Krankenhaus o.ä. erfolgen? Ist dies nicht der Fall, schaltet man oft auf „Entwarnung“, obwohl die anhaltenden Beschwerden den Patienten massiv einschränken können. Patienten können verzweifeln, wenn ihnen nach langjähriger Krankheit mit dauerhafter Arbeitsunfähigkeit immer noch gesagt wird, dass sie ja „nichts Schlimmes“ hätten. Physiotherapeuten u.a., die direkt am Körper arbeiten, erkennen oft Zusammenhänge zwischen verschiedenen Strukturen (z.B. Muskeln, Nerven, Blutgefäße, Haut) besser und sind näher dran als Fachärzte, die in der klassischen Hierarchie ganz „oben“ stehen. Dass chronisch Kranke inzwischen oft selbst Spezialisten für ihren Fall sind, wird oft übersehen. Was sie an Erfahrung gesammelt haben und wie sie die Abläufe in ihrem Körper und die Zusammenhänge zu Tätigkeiten, Behandlungen, Wetterbedingungen etc. beobachten, ist wichtiges „Expertenwissen“. Wer lange mit einer Erkrankung lebt, hat auch gelernt, Informationen zu sortieren, sodass es den Behandler nicht gleich zum Abschalten bewegen sollte, wenn er den klassischen Satz zu hören bekommt: „Ich hab da was im Internet gelesen ...“ Wer sich angegriffen fühlt, wenn der Patient externes Wissen mitbringt, ist vielleicht zusätzlich in die Autoritätsfalle getappt und kann sich daran erinnern, dass er kein Halbgott in Weiß sein muss. Wer Kranke als mündige Patienten versteht, kommt oft langfristig deutlich weiter.

TIPPS FÜR DIE PRAXIS

- **Behandler:** Denken Sie auch mal „out of the box“ und beachten Sie Erkenntnisse anderer Berufszweige und des Patienten selbst.
- **Patient:** Nehmen Sie ernst, was Sie an sich wahrnehmen und über die Jahre erfahren haben. Sammeln Sie Ihre Befunde, dokumentieren Sie Ihre Krankengeschichte. Forschen Sie weiter, wenn die bisher konsultierten Fachrichtungen noch nicht zum Kern des Krankheitsgeschehens durchdringen.

4 DIE ERFOLGSFALLE

Mediziner stehen unter Erfolgsdruck: Sie sollen das Problem erkennen und es beheben. Gelingt dies nicht, kann es wie ein Scheitern erscheinen. Aber bei vielen chronischen Erkrankungen besteht Erfolg schon darin, ein Stückchen mehr Klarheit in das Geschehen zu bringen und dem Kranken Orientierung zu geben, wie er sich verhalten kann und welche Schritte noch versucht werden können. Linderung von Schmerzen und anderen Beschwerden tritt an die Stelle des Ziels einer kompletten Heilung. Das ist eine Herausforderung, sowohl für besonders

Leistungsorientierte als auch für „Helfertypen“.

Stellt sich der erhoffte Erfolg nicht ein, besteht die Gefahr, dass Gefühle von Ohnmacht, Enttäuschung oder gar Unzulänglichkeit eintreten. Manche erleben dies gar als Kränkung, die aber oft nicht eingestanden wird, sondern in Aggression umschlägt und gegen den Patienten gerichtet wird. So muss dieser nicht nur mit seiner eigenen Enttäuschung fertig werden, sondern auch noch unangemessene Angriffe und Abwertungen abwehren. Chronisch Kranke berichten, wie sie sich bemühen, Behandlern dennoch kleine Erfolgserlebnisse liefern zu können, um sie bei der Stange zu halten. Viele haben Strategien entwickelt, um den Behandler nicht emotional zu belasten. Auf der anderen Seite berichten Behandler von unleidigen Patienten, die ihren Frust auslassen, weil doch irgendjemand „Schuld“ sein muss. So kommt es zum Kampf zwischen Behandler und Patient, obwohl doch eigentlich beide das gleiche Ziel haben.

TIPPS FÜR DIE PRAXIS

- **Behandler:** Wie gehen Sie mit „Misserfolgen“ um? Lernen Sie auszuhalten, wenn Sie gesundheitliche Probleme nicht beseitigen, sondern nur begleiten können.
- **Patient:** Welche Erwartungen bringen Sie mit? Sind diese erfüllbar? Bringen Sie dem Behandler dennoch Respekt entgegen, auch wenn er Ihnen vielleicht nur bedingt helfen kann.

5 DIE PSYCHOFALLE

Im "30 Minuten plus" Seminar wurde beim anschließenden Austausch deutlich, wie sehr die Wahrnehmung von Behandlern und Patienten oft auseinandergehen. Dies machte sich besonders am Thema der „Psycho-Falle“ fest: Während Behandler davon ausgehen, dass sorgfältig erwogen wird, ob Beschwerden auch psychischen Ursprungs sein können, erleben Patienten oft vorschnelle, willkürlich erscheinende Überweisungen in die Psychosomatik, wenn Behandlern die somatischen Beschwerdebilder nicht genügend vertraut sind. Eine Vielfalt an Symptomen, die für Patienten konkret sind und das Ausmaß der Erkrankung ausmachen, wirken auf Ärzte manchmal „diffus“ und sollen für psychische Ursachen sprechen. Patienten erzählen immer wieder: „Wenn ich mehr als drei Symptome nenne, erfolgt keine Diagnostik mehr und ich werde in die Psychosomatik abgeschoben.“ Mit verheerenden Folgen, denn so bleiben somatische Probleme oft unerkannt und somit auch unbehandelt. Außerdem geraten die Patienten unter enormen Rechtfertigungsdruck, der oft einen gewichtigen Anteil des gesamten Leidensdrucks ausmacht. Die psychische Zuschreibung bringt außerdem tiefe Verunsicherung mit, denn der Patient wird dazu angeleitet, seiner

Körperwahrnehmung zu misstrauen und stattdessen externe Deutungen über die „wahren“ Ursachen seiner Symptome zu übernehmen, die oft im diametralen Gegensatz dazu stehen. So werden z.B. Patienten mit schweren Erschöpfungszuständen oft fälschlich als depressiv diagnostiziert und zu mehr Bewegung und Aktivität angehalten, was ihren Gesundheitszustand häufig dramatisch verschlechtert. (Das Gegenteil wäre angesagt: „Pacing“ – das bewusste Haushalten mit den begrenzten Kräften – ist eine der wichtigsten Säulen zur Behandlung von Fatigue-Zuständen.) Horst Schramm erzählte aus seiner langjährigen Hausarztpraxis, wie er oft nach langer Zeit doch noch die somatischen Ursachen für Beschwerden herausfand, auf die er sich lange keinen Reim machen konnte und die er daher für psychosomatisch gehalten hatte.

TIPPS FÜR DIE PRAXIS

- **Behandler:** Wischen Sie nicht vorschnell die Schilderungen des Patienten vom Tisch. Sind psychische Belastungen erkennbar, eruieren Sie sorgfältig, ob diese schon zu Beginn der Problematik bestanden oder im Laufe der Leidensgeschichte entstanden sind (z.B. dadurch, dass dem Patienten nicht geglaubt wurde und er mit den beängstigenden gesundheitlichen Entwicklungen allein dastand). Suchen Sie weiter nach plausiblen Erklärungen und Ursachen.
- **Patient:** Behalten Sie die Nerven. Sagen Sie, wenn Sie sich nicht wahrgenommen und falsch gedeutet sehen. Suchen Sie den Kontakt zu besonnenen Mitpatienten.

Jeder Fall und jede Patientenbeziehung ist anders. Letztlich geht es aber wohl um nichts mehr und nichts weniger als um das gegenseitige Vertrauen. Dazu hilft die Trennung von Person und Umständen: Der Patient ist nicht (zwangsläufig) kompliziert, sondern trägt ein komplexes Krankheitsbild mit sich herum, das die Behandlung kompliziert macht. Und der Behandler ist nicht (zwangsläufig) beschränkt in seiner Kompetenz oder Einsatzbereitschaft, sondern sieht sich einem Krankheitsbild und einem Gesundheitswesen gegenüber, die ihm oft nur beschränkte Hilfsmöglichkeiten gewähren. So können sich beide Seiten von Schuldzuweisungen lösen und sich bestmöglich miteinander gegen den eigentlichen Gegner verbünden: die Erkrankung. ■



Hus Frisia
...ein Ferienhaus zum Verlieben.

Erholung auf der Düne – 45 Minuten von der Elbphilharmonie.

Telefon: +49(0)176 - 70 54 52 82 • www.hus-frisia.de



BUCHHINWEIS:

Frauke Bielefeldt, Wie ein Schmetterling im Käfig: Perspektiven für ein Leben mit chronischer Krankheit, ergänzte Neuauflage: Brunnen-Verlag 2020 (270 Seiten, 18 Euro).

Informationen zu ME/CFS:

ME/CFS („ME“ = „Myalgische Enzephalomyelitis“, „CFS“ = „Chronic Fatigue Syndrom“) ist eine neuro-immunologische Erkrankung, die im ICD-10 unter G93.3 erfasst ist (ICD-11: 8E49). Informationen zum Krankheitsbild (auch zu Pacing und der Abgrenzung zu psychischen Erkrankungen) z.B. bei der Dt. Gesellschaft für ME/CFS (www.mecfs.de) oder dem Charité Fatigue Centrum (<https://cfc.charite.de>).

Foto: Ines Weber



Frauke Bielefeldt
freiberufliche Theologin und Autorin,
lebt in der Region Hannover.