

“Ich brenne für diesen interdisziplinären Austausch”

NINA KLINGER

Das nachfolgend in Ausschnitten dokumentierte Gespräch fand aus Zeitgründen per Videotelefon statt. Nina Klinger liegt personenzentrierte Medizin besonders am Herzen, und sie hat als erste in Deutschland Positive Health im stationären Setting erprobt. Das Gespräch führte Ottomar Bahrs.

OB: Liebe Frau Klinger, ich danke Ihnen sehr, dass Sie sich sogar während des Urlaubs die Zeit für dieses Gespräch nehmen.

NK: Gern. Das geht sogar leichter als im Alltag.

OB: Ich hatte Ihnen ja im Vorfeld einige Fragen zugesandt. Mögen Sie zunächst ein wenig über sich erzählen?

NK: Gern. Ich bin Fachärztin für Allgemeinmedizin, habe vier Jahre in einer Praxis gearbeitet und bin jetzt als Leitung der Abteilung für integrative Schmerz – und Suchtmedizin im Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe tätig. In den Erziehungszeiten unserer drei Kinder habe ich insgesamt zehn Jahre keine Medizin gemacht, in dieser Zeit aber die Psychotherapie-Ausbildung absolviert und danach meinen Facharzt gemacht, ein bisschen in der Praxis gearbeitet und bin dann zurück an das Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe.

Vor vier Jahren fragte man mich, ob ich Interesse hätte, dort die Leitung der Schmerzmedizin zu übernehmen. Das habe ich dann getan, zusammen mit meinem Kollegen Dr. Buchwald, den ich schon sehr lange kenne. In Havelhöhe hatte ich meine gesamte klinische Ausbildung, bin mit dem Haus also schon lange verbunden.

Ich habe mich relativ rasch in die Schmerzmedizin eingearbeitet. Zuvor hatte ich angefangen, manuelle Medizin zu lernen, um nicht nur zu sprechen, sondern auch die Berührung und den Körper einzubeziehen. Manuelle Medizin und Psychotherapie passen gut für die Schmerzmedizin. Weiterhin hatte ich mich früh für die Psychosomatik interessiert, also an der Grenze zwischen Soma und Psyche, so wie ich es auch jetzt mache. In der Psychosomatik steht in Deutschland oft die psychotherapeutische Arbeit im Vordergrund, aber der chronische Schmerz bringt uns immer wieder an den Körper zurück. Auf unserer Station gibt es noch die Suchtmedizin, was sehr gut passt, weil die Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen oft medikamentenlastig ist. Wir machen viele Medikamentenentzüge und merken, dass man ein bisschen Mut braucht, es aber ganz gut geht und die Menschen oft weniger Schmerzen haben, auch wenn sie weniger Medikamente nehmen.

Die Hauptfrage dieser Menschen lautet: “Wie kann ich mit diesen chronischen Schmerzen leben, wie kann ich damit umgehen?” Eine wichtige Antwort ist mit den Menschen gemeinsam zu fragen, wie sie wieder Zugang zu Ressourcen finden, die wir ja alle in uns haben. Bildhaft gesprochen: “Sie haben das alles zur Verfügung, aber den Schlüssel verloren oder kommen nicht an ihn heran.” Ich sehe es als unsere Aufgabe an, den jeweiligen Menschen insgesamt zu verstehen und zu schauen, an welcher Ebene wie angesetzt werden kann. Ist beispielsweise die Physiotherapie mit einem bestimmten Muskelaufbau nötig? Oder sind es die Rhythmen des Lebens mit Schlafen, Wachen oder dem Verhältnis von Entspannung und Anspannung, der Wechsel von Ruhe und Belastung? Oder liegt es im seelischen oder im sozialen Bereich? Wo steht die jeweilige Person in ihrer Biografie? Wir versuchen

gemeinsam diese Ebenen zu betrachten und herauszufinden, wo wir therapeutisch einen Zugang finden können.

Die Menschen sind 2 bis 3 Wochen bei uns stationär. Das ist natürlich nicht lang. Dabei geht es eher um ein Sortieren und ein gemeinsames Betrachten. Der therapeutische Weg ist meist nicht mehr bei uns, weil er länger dauert. Viele Menschen kommen aber wieder. Seit einem guten Jahr haben wir über die internistische Tagesklinik die Möglichkeit Schmerzgruppen anzubieten. Die Patienten können dann, nachdem sie bei uns stationär waren, einmal pro Woche über 6 Monate kommen und in einer festen Gruppe gemeinsam an diesen Fragen üben. Sie haben vielleicht etwas Hilfreiches erlebt bei uns auf Station und stehen vor der Frage: Wie kann ich das in meinen Alltag integrieren? Das gemeinsame Üben in der Gruppe ist sehr schön – auch für mein therapeutisches Herz, weil ich da die Menschen über einen längeren Zeitraum begleiten kann.

Multimodale Schmerztherapie

OB: Sie sagten, dass die Menschen bei Ihnen 2 bis 3 Wochen bleiben.

NK: Ja, das ist die klassische multimodale Schmerztherapie. Auf der Grundlage des bio-psychosozialen Modells gibt es in Deutschland ein festgelegtes Programm. Es müssen zum Beispiel aktive Therapien und psychotherapeutische Betreuung angeboten werden. Das ist nicht spezifisch in unserer Klinik so, aber wir haben in der anthroposophischen Medizin große Erfahrung mit multimodaler Therapie. Alle Patienten bekommen bei uns zum Beispiel Kunsttherapie angeboten.

OB: Wird das dem Rehabereich zugerechnet?

NK: Nein, das gehört zu den Akutkrankenhäusern. Klassischerweise sind die multimodalen Abteilungen anästhesiologisch geführt und damit interessanterweise – ähnlich wie bei der Palliativmedizin – von Menschen, die sich eigentlich eher dafür entschieden hatten, mit schlafenden Menschen zu arbeiten. Sie haben nun bei den Schmerzpatienten mit ganz anderen Patientinnen und Patienten zu tun, vielleicht mit den kompliziertesten Fällen in einem Krankenhaus. Die Schmerzmedizin entwickelt sich immer weiter. Der Schwerpunkt geht mittlerweile eher Richtung nicht-medikamentöser Therapie.

OB: Ist Schmerztherapie eine eigenständige Disziplin?

NK: Es ist eine fachärztliche Zusatzbezeichnung. Dafür macht man einen 80-Stunden-Kurs plus zwölf Monate supervisierter Arbeit. Es gibt Bestrebungen, daraus einen Facharzt zu machen, aber davon halte ich nicht so viel, wenn es nicht anders aufgebaut werden würde. Dieser 80-Stunden-Kurs ist nach wie vor sehr

medikamentenlastig. Das entspricht nicht den Bedürfnissen und dem Bedarf. Man müsste auch ein, zwei Jahre Psychosomatik machen. Die Schmerzmedizin ist sektorenübergreifend. Also bräuhete man einen disziplinübergreifenden Facharzt, den es sonst nur in der Allgemeinmedizin gibt. Und es wäre sehr hilfreich, wenn Schmerzmediziner psychosomatisch ausgebildet wären, weil es um psychosomatisch schwerkranke Menschen geht. So ist der Anteil der Menschen mit unsicherer Bindungserfahrung oder Bindungsstil hoch und es gibt eine hohe psychische Komorbidität mit Angst und Depression. Deswegen gelten Menschen mit chronischen Schmerzen als "schwierige" Patientinnen und Patienten.

Biopsychosoziale Orientierung braucht interdisziplinären Austausch

NK: Es reicht nicht zu sagen: Für die Bioebene sind Sie jetzt beim Arzt, für die Psycho-Ebene beim Psychologen und für das Soziale gehen Sie zur Sozialarbeiterin. Die Menschen erleben oft, gerade im ambulanten Bereich, dass die unterschiedlichen Fachleute nicht miteinander reden und sich austauschen. Das ist hier im stationären Bereich anders, und das ist schön. Ein Mensch kann ja nicht alles können: Ich habe das Glück, dass ich mich mit der Kunsttherapeutin und der Sozialarbeiterin austauschen kann. So entsteht ein gemeinsamer Blick auf den Menschen. Das ist sehr wirksam, selbst wenn der Betroffene nicht dabei ist. Es ist unschätzbar wertvoll, dass sich eine Gruppe um einen Menschen Gedanken macht und um die Frage: Warum ist der jetzt gerade bei uns? Was könnte hilfreich für den oder die sein? Das bildet sich im ambulanten Bereich nicht ab.

Die Schmerzmedizin – und nicht nur diese – braucht dieses Umfeld. Das biopsychosoziale Krankheitsmodell wurde in den 70er Jahren ja für chronische Erkrankungen insgesamt entwickelt, nicht nur für den Schmerz. Aber die Schmerzmediziner setzen dies als einzige zumindest in ihrer Sprache und auf ihren Kongressen konsequent um. Der Schmerz ist ein Symptom, das die Menschen umfassend ergreift und aus ihrem sozialen Leben abschneidet.

OB: Viktor von Weizsäcker hat den Schmerz geradezu als Urkrankheit bezeichnet.

Ist eine Welt ohne Schmerzen erstrebenswert?

NK: Trotzdem ist der Schmerz auch ein Symptom. Wir leben in einer Zeit, in der man so tut, als könnte man Krankheit oder Schmerz einfach wegtun. Das ist nicht sinnvoll. Man sollte auch ganz konkret fragen: Was bedeutet der Schmerz für diesen Menschen? Und was bedeutet er für uns? Beim letztjährigen Deutschen Schmerzkongress gab es ein großes Plakat eines Pharmaunternehmens mit dem Slogan: "Eine Welt ohne Schmerz." Ist das wirklich erstrebenswert?



© Bild: Roland Sachsenhofer

Jeder hat im Laufe seines Lebens Verluste, die weh tun, und ich glaube, sich damit auseinanderzusetzen, ist notwendig für die Entwicklung. Wenn jemand darunter leidet und das Gefühl hat, dass der Schmerz das ganze Leben bestimmt, sollten wir dies besprechen können. Ich habe einmal einer Patientin, einer älteren Dame, die sogenannte "Wunderfrage" gestellt: "Was würden Sie tun, wenn ich jetzt Ihren Schmerz wegzaubern könnte?" Sie schaute mich an und sagte: "Nein, aber das geht doch nicht. Den brauche ich doch." Es ist sehr selten, dass jemand das so aussprechen kann. Aber wenn man ein bisschen Zeit mit den Menschen hat, wird klar, dass der Schmerz oft in irgendeiner Form einen Sinn oder eine Funktion hat. Ich habe in der Schmerz-Psychotherapie erlebt, dass es eine Schmerz-Affekt-Differenzierung gibt, also, dass der Schmerz abnimmt, wenn die Gefühle klarer werden. Das kann man so natürlich nicht für jeden Schmerz sagen. Der Schmerz ist ja ein Symptom, das uns letzten Endes bewusst wird in unserem Gehirn. Und dort gibt es nicht den seelischen Schmerz oder den körperlichen Schmerz oder den sozialen Schmerz, sondern nur einen Schmerz.

Wir können heute über das funktionelle MRT darstellen, welche Teile unseres Gehirns aktiv werden, wenn wir Schmerz empfinden. Es werden unter anderem dieselben Zentren aktiv, wenn wir Angst haben, depressiv sind oder uns sozial ausgeschlossen

fühlen. Deswegen ist das Phänomen komplex und deswegen kann es keine einfache Antwort geben.

OB: Spannend. Eine Nachfrage: Sie hatten sich zunächst für die ambulante Versorgung entschieden und schätzen dort die Möglichkeit zu kontinuierlicher Begleitung, die Ihnen auf Station ein wenig fehlt. Wird dieser Nachteil für Sie aufgewogen durch das interdisziplinäre Team?

NK: Ja. Das ist für mich persönlich ein absoluter Gewinn, und zwar nicht nur für den Behandler, sondern auch für die Patienten. Ich würde nicht zurückwollen. Ich brenne für diesen interprofessionellen Austausch.

OB: Und wenn es den ambulant gäbe?

NK: Interessanter Gedanke. Ich hatte mal den Plan, mir ein Therapeutikum mit verschiedenen Professionen aufzubauen. Ich habe mich aber dagegen entschieden. Denn beim Gemeinschafts-Krankenhaus Havelhöhe kommt hinzu, dass wir sehr an unserer Sozialgestalt arbeiten. Das ist spannend. Unsere Abteilung führen wir ärztlich in Co-Leitung, was ein großes Geschenk ist. Wir haben am Anfang sehr viel Arbeit in die Teamentwicklung gesteckt und tun es noch. Das ist sehr fruchtbar und begeistert mich total. Die therapeutische Atmosphäre, die entsteht, wenn sich das Team gut versteht, ist ein Erlebnis. Ich finde es extrem spannend, sich im großen Organismus eines Krankenhauses mit allen Fragen der Umgestaltung zu befassen. Wie geht man mit einer Politik um, die was anderes will, als man selber? Wie kann man trotzdem etwas umsetzen? Die Dimensionen sind ausgeprägter als im ambulanten Bereich. Aber Sie haben recht: die Kontinuität fehlt, immer wieder. Psychotherapeutinnen sind es ja gewöhnt, in Prozessen zu arbeiten, und mit den Menschen, die an chronischen Schmerzen leiden, sind die Prozesse ganz langsam. Da machen wir nur ganz kleine Schritte oder vielleicht auch keinen. Aber wenn der Mensch vielleicht ein Jahr später wieder kommt, merkt man: Da ist doch was angekommen.

Überraschungs-Erfolg

NK: Ein Signum der Menschen mit chronischem Schmerz ist die Verhärtung und die Starrheit. Die Veränderungsbereitschaft oder Veränderungsmöglichkeiten sind gering. Der Schmerz lässt erstarren auf allen Ebenen: im Gefühl, im Denken, und auch die Muskeln sind angespannt. Da etwas in Bewegung zu kriegen, ist unglaublich schwierig und braucht sehr lange. Es gibt keine schnellen Erfolge, und das Team hilft sehr, Geduld zu haben oder die Situationen auszuhalten. Ein Erfolg kann schon darin bestehen, dass ein Mensch eine Überraschung erlebt. Ein Beispiel: Ein Mensch wollte nicht an der Musiktherapie teilnehmen und wir haben vorgeschlagen, er könne sich das doch mal anschauen und plötzlich

dirigierte er die ganze Gruppe und sagte dann: „Das hätte ich von mir gar nicht gedacht!“ Das sind tolle Momente, weil dann ein Perspektivwechsel möglich wird, der sich ausweiten kann.

OB: Erfolge im klassischen Sinne sind selten, aber es entwickeln sich andere Erfolgskriterien?

NK: Genau. Bei uns geht niemand vollkommen schmerzfrei nach zwei Wochen, das ist klar. Aber ein Erfolg wäre für mich z. B., wenn der Medikamentenentzug gelingt und die Menschen merken, ich bin wieder viel mehr ich selbst. Das kann auch zwei Seiten haben. Ich hatte gerade jemanden, der furchtbare Angst vor dem Entzug hatte, der aber gelungen ist. Und dann sagte er: „Ich spüre meine Traurigkeit viel mehr. Das ist nicht nur angenehm, aber ich bin wieder viel mehr bei mir.“ Ich sehe das als großartigen Erfolg. Aber dann geht die Arbeit ja erst los. Der Mensch braucht dann Unterstützung, um mit sich klarzukommen. Das, was das Opioid über Jahre übernommen hat, nämlich das unangenehme Gefühl zu dämpfen, das muss er jetzt selber lernen zu regulieren. Es gibt schon Erfolge, aber es sind eben kleine Schritte. Es ist ja schon ein Erfolg, wenn jemand sagen kann: „Ich habe entdeckt, dass ich doch auch ein seelisches Innenleben habe.“ Menschen mit chronischen Schmerzen sind wirklich schwer krank. Eine Patientin hat das sehr schön illustriert: *„Frau Doktor, wenn das alles so stimmt, wie Sie das sagen, dass meine Seele eine Rolle spielt und es sinnvoll ist, dass ich mich damit beschäftige. Dann ist es ja, wie wenn ich jeden Tag mit jemand reden muss, den ich nicht mag.“*

OB: Das muss man aber auch erst mal sagen können.

NK: Das muss man erst mal sagen können. Es ist mir ganz wichtig, dann zu sagen: „Okay, so fühlt sich das für Sie an?“ Das gemeinsam auszuhalten, kann sowohl die Behandlerinnen als auch die Betroffenen hilflos machen. Ich halte es für wertvoll, das auch mal auszusprechen: „Eine schnelle Antwort werden wir hier nicht finden. Aber wir können vielleicht gemeinsam sehen, ob es was gibt, was es leichter macht, das auszuhalten.“

OB: Würde man nicht in der Psychotherapie auch abwartend vorgehen?

NK: Genau. Aber die Menschen mit chronischen Schmerzen sind nicht beliebt bei Psychotherapeutinnen und finden schwer Plätze, weil die Motivation oft nicht so groß ist. Die Patienten sagen häufiger ab, gehen in die Vermeidung.

OB: Aber Sie mögen sie.

NK: Ich mag sie, ja. Ich weiß auch nicht, ob ich das im ambulanten Bereich, also allein, könnte und bin schon sehr froh, dass wir das im Team machen. Dieses Gefühl, ein Teil einer großen Gemeinschaft zu sein, ist sehr unterstützend. Wir haben einmal die

Woche eine große Therapiebesprechung, bei der wir alle Patienten durchgehen. Das ist mein Lieblingsarbeitstag, weil oft viele Berufsgruppen Ähnliches sehen und aus ihrem Blickwinkel beschreiben, gerade wenn es darum geht, was gelingen kann oder was sich verändert hat. Dann sagt z. B. die Physiotherapeutin: „Die Koordination geht besser.“ Der Psychotherapeut sagt, „Es ist was ins Schwingen gekommen.“ Da passiert auf verschiedenen Ebenen ganz Ähnliches.

Von der Schmerztherapie zu Positive Health

OB: Sie haben vorhin schon mal angesetzt, über Ressourcen zu reden. Da hätte sich eine Abbiegung zu Positiv Health angeboten. Wie sind Sie zu dem Konzept gekommen?

NK: Machteld Huber hat bei uns in Havelhöhe einen Vortrag gehalten. Damals habe ich noch als Allgemeinmedizinerin gearbeitet und fand unter psychotherapeutischen Aspekten das Konzept klar, visuell benutzbar und im Praxisablauf einfach schön und schnell einsetzbar. In der Schmerzmedizin benutze ich häufig diesen Überraschungseffekt, den ich auch mit Positive Health erreichen kann. Dass eine Ärztin über Gesundheit spricht, wird ja nicht erwartet. Einfach mal zu schauen, was an Stärken vorhanden ist, ist eine total andere Perspektive, als immer zu beprechen, wo es wehtut und was alles nicht mehr geht. Klar, auch mit dem Spinnennetz kann man defizitorientiert denken, aber man kann dann auch anders hinschauen.

OB: Wie meinen Sie das?

NK: Die Patienten schauen oft auf ihr Spinnennetz und sagen: „Das kann ich nicht und das kann ich nicht.“ Und irgendwie gelingt es dann doch im Gespräch mal anders zu schauen durch Fragen wie: „Was wäre mir denn wichtig?“ und „Was würde ich denn gerne tun?“ Es ist eine sehr praktische und schöne Art, diese Perspektive anzubieten, ohne viele Worte zu machen. „Diese Dimensionen haben sich für viele Menschen als wichtig für ihre Gesundheit herausgestellt – wie ist es denn bei Ihnen?“ „Was könnten Sie dafür tun, welche kleinen Schritte wären möglich?“ Und dann können die Menschen ein bisschen ins Nachdenken kommen, ohne dass man viel Zeit investieren muss. Ein Großteil des Konzepts liegt aus meiner Sicht in der Möglichkeit, kontinuierlich zu fragen: „Was haben Sie denn umgesetzt von den kleinen Schritten?“ Das finde ich sehr gut und damit kann man gut arbeiten. Das können wir während des stationären Aufenthalts leider nur begrenzt. Dafür eignen sich die jetzt möglichen Gruppenangebote besser.

Erfahrungen mit Positive Health und dem Spinnennetz

OB: Die Gruppe fand über vier Monate jeweils wöchentlich statt. Wie haben Sie da "Positive Health" genutzt?

NK: Ich habe in diesen 16 Terminen nicht nur Positive Health gemacht, sondern ich habe das am Anfang einmal gemacht und am Ende einmal. Einführend habe ich über Gesundheit gesprochen und ein bisschen erklärt, was das Konzept dahinter ist. Dass es gut ist, sich klar zu machen, was einen gesund hält, was einen vielleicht auch gesünder machen kann und was einem wirklich wichtig ist im Leben, weil man nur das auch anpackt. Dass der Ansatz eine Möglichkeit bietet, seinen Horizont noch mal zu erweitern und auf Dinge zu kommen, an die man vielleicht länger nicht gedacht hat. Im stationären Bereich haben dann Einzelne gesagt: "Stimmt, ich könnte ja mich mal wieder mit meiner Freundin treffen und einen Kaffee trinken. Habe ich lange nicht gemacht." Für einige meiner Patientinnen und Patienten ist das Spinnennetz fast ein bisschen zu komplex. Sie können sich schwer vorzustellen, dass sie so viele Dimensionen in sich haben, wo sie doch eigentlich nur Schmerz erleben. Ich vertraue aber darauf, dass viele dieses Blatt irgendwann wieder in die Hand nehmen und sich das noch mal angucken. Es braucht seine Zeit.

OB: Geht das im Einzelgespräch leichter?

NK: Ja. Zumindest kann ich stärker auf den Einzelnen eingehen. Die Gruppe ist interaktionell. Ich gebe da nichts vor, und die Teilnehmenden müssen das als Gruppe selbst aufgreifen. Ich hatte gehofft, dass die Teilnehmenden stärker ins Gespräch gehen miteinander, sie werden ja ziemlich vertraut miteinander. Das ist aber in meiner jetzigen Gruppe nicht passiert. Ich habe versucht, die Teilnehmer paarweise miteinander ins Gespräch zu bringen. Beim Thema Grundbedürfnisse können sie irgendwie schneller andocken.

OB: Ich habe jetzt einige Gespräche gesehen, in denen oft gar nicht alle Bereiche besprochen wurden. Wenn es doch gemacht wurde, brauchte das gut 20 Minuten, auch wenn vieles nur angetippt wurde. Da brauchen alle schon einen langen Atem. Aber zunehmend wurden dann Verbindungen deutlich und es ließ sich ein unterliegendes Thema herauschälen, das sonst nicht zur Sprache gekommen wäre. Das kann aber schon früher passieren, d. h. man bräuchte dann gar nicht alle Informationen.

NK: Genau, das kenne ich so aus Fortbildungsgruppen mit erfahrenen und introspektionsfähigen Leuten. Da passiert es relativ schnell, dass man Linien ziehen kann. Das erlebe ich auch in einzelnen Gesprächen mit Schmerzpatienten, allerdings eher selten.

OB: Ziehen diese dann selbst die Verbindungen?

NK: Ja, darum geht es ja. Es macht vor allem Sinn, wenn man es selbst macht. Das finde ich bei Positive Health so überzeugend: diese sehr konsequente Haltung, dass der Mensch sowieso nur das macht, was er möchte und womit er in Resonanz geht. Das vergessen wir in der ärztlichen Profession manchmal. Es passiert etwas, wenn Resonanz entsteht, und ich habe den Eindruck, dass dies oft schon beim Ausfüllen des Spinnennetzes der Fall ist. Aber es fällt den Menschen schwer, dies in Worte zu fassen, weil sie nicht gewöhnt sind, über ihre inneren Prozesse zu sprechen. Das kann erleichtert werden durch das, was im Positive Health-Konzept das *"andere Gespräch"* genannt wird. Für dieses In-Aktion-Bringen ist das ambulante Setting besser geeignet, denn gerade große Veränderungen müssen sich erst einmal langsam entwickeln.

OB: Ist ein solches alternatives Gespräch nicht auch im stationären Setting möglich?

NK: Doch natürlich. Aber die Effektivität ist im ambulanten Setting viel größer, weil die Menschen ihren Alltag haben und da auch wirklich etwas umsetzen können. Das Wesentliche ist ja, welche Veränderungen im Leben stattfinden, nicht auf Station.

OB: Ja, das leuchtet mir sofort ein. Wobei, dazu gehört ja auch eine Einstellungsveränderung. Die könnte doch an sicheren Orten vorbereitet werden.

NK: Genau. Ich hinterfrage ein bisschen die Empfehlung von nur aktiven Therapien und die reine Empfehlung für die kognitive Verhaltenstherapie in der Schmerztherapie. Natürlich ist es wichtig, etwas zu verstehen. Aber vom Verstehen ins Herz und in die Handlung kann es manchmal noch ganz schön weit sein. Mit dem Spinnennetz kann man sehr schnell in ein Verstehen kommen, weil man es auch visuell schön sehen kann und auch Verbindungen gut sehen kann. Das gelingt mir auch im stationären Setting. Aber das wirklich Charmante ist ja, dass man sich das immer wieder hochholen kann und in der Sprechstunde und immer wieder fragen kann: "Wo bist du denn jetzt? Welchen Schritt bist du denn jetzt gegangen?" Und da wird es nämlich konkret. Viele Schmerzpatienten können gut erklären, was nötig wäre. Aber es kommt innerlich nicht an! "Ja, ich mache schon alles. Ich mache schon einen Entspannungskurs. Ich gehe zur Krankengymnastik. Ich mache immer dies und das und das und das." Da ist eine starke Spannung, wahnsinnig viel Aktivität. Aber der Schmerz ist immer noch da. Da muss man ja schon beim Zuhören einmal durchatmen, und Positive Health bietet eine andere Perspektive, mit der man auch im stationären Setting total gut arbeiten kann. Ich nutze es gern. Was mich an diesem Konzept wirklich begeistert, ist die Möglichkeit, dran zu bleiben und immer wieder ganz konkret ins Handeln zu kommen. Man kann immer wieder dieses Blatt hervorholen und fragen: "Was haben Sie sich vorgenommen? Und wie ist es

weitergegangen?“ Das kann ich natürlich nur ansprechen, wenn ich die Menschen wiedersehe.

OB: Das finde ich hochspannend. Mein Eindruck ist, dass das Konzept bei vielen Hausärzten im Moment auch deshalb positiv ankommt, weil damit die Hoffnung verknüpft ist, dass man etwas abkürzen kann und gerade nicht immer wieder Ähnliches thematisieren muss.

NK: Das kann ich mir vorstellen. Wenn es alle benutzen würden, großartig! Denn dass alle Kollegen eine Psychotherapie-Ausbildung machen, ist ja nicht realistisch. Positive Gesundheit ist eine Möglichkeit, zumindest Dimensionen einzuführen in die Sprechzimmer, die vorher nicht drin waren. Das wäre herrlich. Und es entspricht auch dem, was viele Ärztinnen und Ärzte ursprünglich wollten. Wenn ich das Konzept im Team vorstelle und den jungen Ärztinnen und Ärzten an die Hand geben, merke ich, dass die sich darüber freuen. Es gibt ein Empfinden dafür, dass die Art von Medizin, die wir in der Uni lernen, auch für die Menschen, die diese anwenden, nicht befriedigend ist. Es gibt ein Gefühl dafür, dass ich viele der Fragen, die die Menschen mitbringen, nicht adressiere. Das muss ja gar nicht bewusst oder ausgesprochen sein. Warum sind so viele frustriert vom ärztlichen Beruf? Es ist doch ein herrlicher Beruf! Ich glaube, es liegt daran, dass vieles, was wir lernen, vorbeigeht an den Bedürfnissen des Menschen, der zu uns kommt. Das ist eine Resonanzstörung, die Patientin und Ärztin beide empfinden. Viele meiner Kolleginnen und Kollegen sind nicht glücklich mit der Art, wie sie Medizin machen. Ich bin immer noch der Meinung, dass man auch innerhalb des Systems etwas anders machen kann. Man muss sich halt trauen und und bereit sein, Zeit zu investieren, zumindest am Anfang.

OB: Sie selber arbeiten mit dem Spinnennetz?

NK: Ja, z. B. wenn ich die große Visite mache. Schön ist es dann, das gemeinsam zu betrachten. Dann kann z. B. der Psychotherapeut das in seinen Gesprächen aufgreifen.

OB: Arbeiten Ihre Mitarbeiter, Mitarbeiterinnen und Kollegen auch damit?

NK: Ja, die Ärzte und Therapeuten schon, in der Pflege nicht. Die haben keine Zeit dafür. Sie machen natürlich viel therapeutische Arbeit und machen das sehr gut, obgleich sie dafür nicht ausgebildet sind. Aber sie nutzen eher ihre Anwendungen und gehen z. B. aus dem Sprechen in eine Einreibung.

OB: D.h. sie teilen die Grundhaltung, aber sie arbeiten nicht mit dem Instrument. Sie sagen, die Psychotherapeuten arbeiten auch damit. Dazu eine Nachfrage. Kürzlich sagte mir eine Psychotherapeutin, für sie sei Positive Health eine Erweiterung gegenüber dem, was sie in der Psychotherapie mache. Was meinen Sie dazu?

NK: Mhm. Bei mir resoniert das jetzt mit einer eigenen Erinnerung. Ich bin tiefenpsychologisch ausgebildet und habe dabei viel gelernt. Ich wäre sicherlich eine viel zu aktive Therapeutin geworden, hätte ich eine verhaltenstherapeutische Ausbildung gemacht. Mir war immer klar, man braucht mehrere Richtungen, aber man muss sich bei der Ausbildung für eine entscheiden, und ich habe die gewählt, bei der ich gedacht habe, die kann ich mir nicht so leicht selbst aneignen. Ich habe in dieser tiefenpsychologischen Schule gelernt, den Patienten mehr Raum zu geben, die Szene zuzulassen und mich erstmal zurückzuhalten. Dann kam die sogenannte Flüchtlingskrise und ich wollte gerne in der Flüchtlingshilfe psychotherapeutisch tätig werden. Darum habe ich eine traumatherapeutische Ausbildung gemacht, die auch verhaltenstherapeutisch orientiert war. Das war eine Erweiterung für mich, weil es so konkrete Dinge gab, die ich gelernt habe zu tun. Das gab es in der psychodynamischen Ausbildung nicht so, da standen Haltung und Gesprächstechnik im Vordergrund, aber keine konkreten Tools.

OB: Interessanterweise betonte die Kollegin die Ressourcenorientierung als Erweiterung.

NK: Ich würde sagen: Positive Health geht noch über die Ressourcen hinaus. Natürlich muss man definieren, was mit Ressource gemeint ist. Aber für mich berührt der Positive-Health-Ansatz vor allem die Frage: Was macht mich eigentlich als Mensch aus? Wir könnten ja auch Tools und Möglichkeiten nutzen, um optimierter mit uns umzugehen. In dem Zusammenhang ist ja auch von Ressourcen die Rede: "Ich habe meinen Ressourcenkoffer und den benutze ich, wenn es mir schlecht geht. Und dann funktioniere ich wieder." Positive Gesundheit ist mehr, weil es ein Bild zeichnet von dem, was mich ausmacht als Mensch, was die Dinge sind, die mir wichtig sind und die mich gesund erhalten. Dann kann man sich auch fragen: Was ist gesund? Ich finde, das bedeutet mehr als nur zu funktionieren. Positive Gesundheit enthält noch andere Dimensionen und das ist deutlich mehr als ein Ressourcenkoffer. Für mich ist die wichtigste Frage: Was begeistert Sie? Was lässt Ihre Augen leuchten? Wofür stehen Sie eigentlich jeden Tag auf? Und da würden Sie ja nicht sagen: Für meine Ressource.

OB: Nein, das würde ich natürlich nicht tun. Ich würde es wahrscheinlich auch nicht genau bezeichnen können. Für mich wäre entscheidend, wo es uns hinzieht, was auch immer das ist.

NK: Genau. Ich würde eher sagen, meine Ressourcen kann ich nutzen, um Kraft zu haben, das zu erreichen was mir wichtig ist.

OB: Dann haben wir ja zwei verschiedene Ebenen von "Ressource", also einmal die konkreten Ressourcen, die wir nutzen können und dann das, was darüber liegt oder darunter oder dahinter – wie immer wir das betrachten wollen.

NK: Dieses Ziel gibt mir auch Kraft, ist insofern auch eine Ressource, ist die Quelle meines Tuns. Aber es ist eben größer als das, was man im Ressourcenkoffer hat. Diese Dimension hat Positive Health meines Erachtens.

OB: Wie machen Sie denn das?

NK: Ich selber in meinem Leben? Ich fand die Unterscheidung eben in unserem Gespräch schon ganz gut. Also es gibt so konkrete Ressourcen, wo ich einfach weiß, das sind Dinge, die mir gut tun. Also z. B. Bewegung, Zeit mit meiner Familie zu verbringen, Freundschaften zu pflegen. Das gibt mir Kraft. Und dann gibt es diese Ziele, dieses, was meine Augen leuchten lässt, wofür ich mich begeistern kann und was sozusagen der Motor meines Lebens ist. Da gibt es Überschneidungen, aber das ist nicht dasselbe. So versuche ich das auch im Gespräch mit den Menschen zu entwickeln.

OB: Sie versuchen diese Dimension anzusteuern, auf die man von selber nicht kommt?

NK: Oder eben überhaupt ins Gespräch darüber zu kommen. Wenn ich in meinem Gegenüber das Gefühl habe, dass es eine Frage danach gibt. Und ich im Gespräch merke, dass das den anderen beschäftigt, dann kann ich das vertiefen. Aber es bringt nichts, einen Vortrag über Ressourcen zu halten, wenn der andere nicht mit dieser Frage lebt. Ich stelle sehr häufig Fragen wie: Was begeistert Sie? Warum stehen Sie auf? Warum bleiben Sie nicht einfach liegen? Was lässt Sie noch aufstehen trotz der Schmerzen? Warum sind Sie in der Tagesklinik? Warum sind Sie heute hier? Warum haben Sie es geschafft, hierher zu kommen? Was?

OB: Um Sie zu sehen ...

NK: Na ja, hoffentlich nicht. Aber genau. Ja. Selbst wenn das eine Antwort wäre, dann wäre die Frage: Was passiert denn, wenn Sie mich sehen? Ja, es liegt ja nicht an mir, sondern da ist ja irgendwas, was dann in Bewegung kommt. Und das gelingt eigentlich schon ganz gut. Insofern habe ich nachgefragt, wie Sie Ihre Frage meinten, weil ich glaube, dass wir schon auch selber an diesen Fragen arbeiten oder mit ihnen umgehen müssen, damit überhaupt diese Resonanz entstehen kann. Ich kann nichts Theoretisches mit dem anderen besprechen, wenn ich das nicht selber über oder mit den Fragen umgehe. Auch ich habe z. B. mit Anspannungen oder mit Stress umzugehen. Und dann übe ich und kann den Patienten z. B. erzählen: "Ich versuche es seit vier Monaten und es gelingt mir nicht, diese Übung zu machen." Wenn ich das sage, merke ich, dass das für den anderen ganz anders ist, als wenn ich irgendwie sage: "Da gibt es eine tolle Übung und Studie XY, machen Sie die mal!"

OB: Sie müssen das ein Stück weit auch selber ausstrahlen, damit es wirkt? Das ist aber im Spinnennetz selber nicht enthalten.

NK: Nein. Aber deswegen muss ich mich ja auch selbst mit dem Spinnennetz beschäftigt haben. Es reicht nicht, das runterzuladen und rüberzureichen, sondern ich muss das selber schon auch ausgefüllt haben und meine eigenen Erfahrungen damit gemacht haben.

OB: Sie würden also sagen, um das Konzept weiterzutragen, also auch an Leute, die es bislang nicht kennen, macht es Sinn, dass diese dann auch in die Situation kommen, sich mit sich selber auseinanderzusetzen?

NK: Unbedingt.

Wie kann Positive-Health-Orientierung ausstrahlen?

OB: Was braucht es denn aus Ihrer Sicht noch, damit das auch unter den Bedingungen, die wir jetzt haben, sich ausbreiten und erfolgreich werden kann?

NK: Es braucht Menschen, die das gerne tun und darüber reden. Dann ist es erlebbar und nachvollziehbar. Ich glaube, es ist immer wieder auch gut, über die Grenzen unserer Medizin zu sprechen und auch darüber zu sprechen, was die Begrenzung mit uns macht als Handelnde innerhalb der Medizin, um überhaupt dieses Bedürfnis zu formulieren und aufleben zu lassen. Vielleicht bin ich selber auch gar nicht zufrieden und kann meine Kräfte nicht auf das richten, was mir wesentlich ist? Warum bin ich denn mal Ärztin geworden und was wurde daraus? Ich finde es wichtig, dies auch mit jungen Menschen zu besprechen und jetzt nicht nur zu sagen: "Ach, du willst Medizin studieren? Mach' das auf gar keinen Fall." Als ich junge Ärztin war, haben einige Kollegen gesagt: "Oh Gott, und warum willst Du das, ich würde es nie wieder machen!" Da müsste man ins Gespräch gehen: "Was? Warum würden Sie das nie wieder tun? Was ist schief gelaufen?" Dann würde vielleicht deutlich werden, dass es über das, was praktiziert wird, hinausgehend noch eine Idee davon gibt, was möglich wäre. Das erfährt man nur im Austausch. Ich habe leider nur selten nachgefragt, das waren ja zumeist Ausbilder. Da war das irgendwie nicht passend. Grundsätzlich denke ich, dass wir miteinander reden sollten und ehrlich auch die Dinge sagen, die nicht funktionieren.

OB: Wen meinen Sie mit *wir*?

NK: Diejenigen, die im medizinischen Systems tätig sind. Aber wir sollten dies auch Patientinnen und Patienten gegenüber tun. Ich habe nie schlechte Erfahrungen damit gemacht, auch mal zu sagen, dass ich etwas nicht weiß oder nicht kann. Ganz im Gegenteil. Um noch mal zurückzukommen auf mein tägliches Tun in

der Schmerztherapie Es gibt so viele Patientinnen und Patienten, die sagen: "Mein Orthopäde hat mir gesagt, das liegt jetzt nur an XY." Dann denke ich mir immer: Aha, woher weiß der denn das? Also ich sage dann immer: "Es tut mir leid, ich kann es Ihnen nicht sagen, ich weiß es nicht. Das ist so ein komplexes Symptom. Ich kann Ihnen nicht sagen, was zuerst da war. Ich kann nur sagen, was ich jetzt im Moment erlebe. Ich erlebe z. B. jemanden, der das und das und das nicht mehr kann, das und das gerne würde, der schlafbeeinträchtigt ist und so. Aber was jetzt woran schuld ist, das kann ich nicht sagen."

OB: Aber man könnte ja ketzerisch sagen: Muss man ja auch nicht. Wenn man an einer Stelle anfängt und das hilft, dann wird das andere gezogen.

NK: Genau, das sage ich dann auch immer. Ich sage immer, mich interessiert viel mehr. Was hilft Ihnen? Woher es jetzt genau gekommen ist, weiß ich nicht, und ich glaube, dass wir bei einem so chronifizierten Krankheitsbild auch nicht den einen Punkt finden werden, der die Ursache ist, die wir ganz leicht beheben werden. Denn das wäre schon längst passiert. Darum interessiert mich die Frage: Was ist ein hilfreicher Zugang? Und dann gibt es ja immer diese Sorge, in die Psychoecke gesteckt zu werden, das ist sehr präsent. Ich sage dann: Wenn Ihnen ein Gespräch gut tut, heißt es noch lange nicht, dass ihre Psyche Schuld an allem ist, sondern das heißt, es ist ein therapeutischer Zugang, der hilfreich ist. Nicht mehr, nicht weniger. Das kann sich dann im Kreis drehen, und da ist natürlich so ein Blick auf die positive Gesundheit was Überraschendes.

OB: Würden Sie denn sagen, dass es etwas gibt, wo positive Gesundheit als Konzept nicht angezeigt ist?

NK: Im Sinne einer Kontraindikation? Nein. Ich kann mir nicht vorstellen, dass das schadet, weil es ja gar nicht möglich ist, dass jetzt jemand sagt: "Schauen Sie, so, da sind Sie. Und das müssen Sie jetzt machen.", weil es muss ja der Mensch selber einschätzen.

OB: Das leuchtet ein. Man muss sich dann nur auch bei der Verlaufsbetrachtung vor Augen führen, dass dieselben Werte Unterschiedliches bedeuten können und die ausgefüllten Bögen nicht unter der Hand zu Befundberichten werden.

Ich glaube, wir haben alle Fragen, die ich Ihnen vorgeschlagen hatte, mehr oder weniger besprochen. Möchten Sie noch etwas ergänzen?

NK: Nein, jetzt erst mal nicht. Sie würden mir das zum Gegenlesen schicken?

OB: Ja, ich schicke Ihnen den Text.

NK: Gut. Ja, Vielen Dank. Ich bin gespannt.

OB: Ich danke Ihnen und wünsche Ihnen jetzt noch ein paar schöne Tage. Vielen, vielen Dank.

NK: Einen schönen Tag noch.

Zusammenfassung

Nina Klinger berichtet über ihre Arbeit in der multimodalen Schmerztherapie am Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe. Sie betont die Bedeutung eines ganzheitlichen Ansatzes bei der Behandlung chronischer Schmerzen. Im Gespräch werden Vor- und Nachteile der ambulanten und stationären Versorgung in der Schmerztherapie, die Notwendigkeit interdisziplinärer Zusammenarbeit, die Verwendung des Konzepts von „Positive Health“ in Gruppentherapien und die Umsetzung von Positive Health im medizinischen Kontext erörtert. Weil chronische Schmerzen alle Lebensbereiche betreffen und Wahlmöglichkeiten im Denken und Handeln einengen, ist ein bio-psycho sozialer Ansatz unter besonderer Berücksichtigung von oft unausgesprochenen Wünschen der Betroffenen zentral. Der Zugang über „Positive Health“ wirkt als Türöffner und erinnert auch die Behandler selbst an die Ziele ihrer Berufsmotivation. Dies verdeutlicht den Wert von (gelebter, gelehrter und geübter) Authentizität und Selbstreflexivität. Veränderung braucht Zeit, die Anerkennung von Grenzen und die Bereitschaft sich überraschen zu lassen – bei allen Beteiligten.

Nina Klinger

Ich bin Fachärztin für Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnungen für Psychotherapie, spezielle Schmerztherapie, manuelle Medizin und suchtmmedizinische Grundversorgung. Zusätzlich bin ich zertifizierte anthroposophische Ärztin (GAÄD) und habe die Weiterbildung in psychosomatischer Schmerztherapie der dgpm absolviert.

Seit dem Jahr 2021 leite ich zusammen mit Dr. Buchwald die Abteilung für integrative Schmerz- und Suchtmmedizin am Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe in Berlin-Spandau.

Ich bin 1974 in München geboren und dort in die Waldorfschule gegangen, Studium der Humanmedizin in Heidelberg und Berlin, verheiratet, drei Kinder. Mich leitet die Begeisterung für die Vielfalt der Menschen und ihre Entwicklungsfähigkeit.



Quelle: Autorin