

medizin

INDIVIDUELL



quo vadis, gesundheitswesen?

ANTHROPOSOPHISCHE KLINIKEN:
QUALITÄT IM INTERESSE DER PATIENTEN

WISSEN
SCHAFFT
VERTRAUEN

WISSEN



Aus dem Inhalt:

- Was ist Krebs?
- Operation und Strahlentherapie
- Medikamentöse Therapien
- Misteltherapie
- Praktische Anwendung und Wirkung
- Wirtsbäume von Misteln

Patienteninformation zur Misteltherapie

In deutscher, englischer, spanischer und türkischer Sprache.

Kostenlos
anfordern!

ABNOBA GmbH

Hohenzollernstraße 16 · 75177 Pforzheim | Germany · Therapieinformationen Freecall 0 800 22 66 222 · www.abnoba.de

Inhalt

- 4 *Der Patient muss Subjekt sein, nicht Objekt! Ein Gespräch mit den Geschäftsführern der drei großen anthroposophischen Akutkliniken*
- 10 *Gesundheitswesen – quo vadis? Ein Essay von Dr. Christoph Rehm*
- 18 *Anthroposophische Medizin International*
- 20 *Dem Heilen dienen. Ein Gespräch mit dem künftigen Leiter der Medizinischen Sektion am Goetheanum, Dr. Matthias Girke, und seinem Stellvertreter, Georg Soldner*
- 26 *Misteltherapie – qualitativ hochwertig und effektiv*
- 28 *Man kann durchaus Erfolge erzielen. Ein Gespräch mit der Patientenvertreterin Ilona Köster-Steinebach*
- 32 *Qualität gemeinsam mit Patienten entwickeln. Ein Plädoyer von Peter Zimmermann*
- 36 *Anthroposophische Medizin in Bildern*
- 50 *Anthroposophische Kliniken stellen sich vor*

Impressum: medizin individuell Nr. 58/59, Winter 2015/16, Klinikausgabe | 16. Jahrgang ISSN 1439-3220 | Nachdruck und Vervielfältigung (auch auszugsweise) nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung durch den Herausgeber **Herausgeber und Verlag:** Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke gGmbH, Gerhard-Kienle-Weg 4, 58313 Herdecke, Telefon (02330) 62-3638, www.gemeinschaftskrankenhaus.de in Kooperation mit den Gemeinschaftskrankenhäusern Die Filderklinik, Stuttgart-Filderstadt, und Havelhöhe, Berlin **Redaktion und Text:** Seite 1-50: Dipl.-Biol. Annette Bopp, Hamburg, www.annettebopp.de; die Texte auf den Seiten 50-66 verantworten die Kliniken jeweils selbst **Redaktionsrat:** Annette Bopp, Dr. Christoph Rehm, Carsten Strübbe, Peter Zimmermann (v.i.S.d.P.) **Gestaltung:** Hilbig | Strübbe Partner, Büro für Design und Kommunikation, Philip Genster, Carsten Strübbe, www.hilbig-struebbe-partner.de **Fotonaachweis:** Seite 3-7 Carsten Strübbe | Seite 9: Die Filderklinik; Havelhöhe; Stephan Brendgen www.brendgen-foto-design.de | Seite 11/12: Carsten Strübbe | Seite 18: Medizinische Sektion | Seite 20/21: Annette Bopp | Seite 26/27: Jürg Buess, Iscador AG | Seite 29: Ilona Köster-Steinebach, VZBV | Seite 32/33: Carsten Strübbe | Seite 36-41: Carsten Strübbe | Seite 42: Havelhöhe | Seite 43-45: Carsten Strübbe | Seite 46/47: Filderklinik (oben); Maks Richter (unten) | Seite 48/49: Stephan Brendgen | Seite 52/53: Carsten Strübbe | Seite 54/55: Maks Richter für Die Filderklinik | Seite 56/57: Havelhöhe | Seite 58/59: Klinik Lahnhöhe | Seite 60/61: Friedrich-Husemann-Klinik | Seite 62: Klinik Öschelbronn | Seite 63: Schloss Hamborn | Seite 64-66: Jürg Buess | **Druck und Verarbeitug:** Knipp Medien und Kommunikation GmbH, www.knipp.de **Erscheinungsweise:** Die nächste Ausgabe erscheint im Frühjahr 2016 **Anzeigen:** Bitte fordern Sie gerne unsere Anzeigenpreisliste an **Auflage:** 35.000 Exemplare



Liebe Leserin, lieber Leser,

stellen Sie sich vor, Sie wären einen Tag lang Gesundheitsminister: Was wäre das Wichtigste, das Sie an diesem Tag in die Wege leiten würden? Ich habe dieses Gedankenexperiment ein paar Mal mit verschiedenen Gesprächspartnern ausprobiert. Im Kern wollte jeder dafür sorgen, dass die Arzt-Patienten- und die Arzt-Therapeuten-Beziehung wieder im Zentrum des Gesundheitswesens steht und alles andere dem dienen muss. Genügend Zeit zu haben für das persönliche Gespräch; Vertrauen entwickeln zu können, individuell wahrgenommen zu werden (ohne Bildschirm dazwischen); durch schwierigste Stationen des Leidens begleitet zu werden; darin bestärkt zu werden, sich den Herausforderungen einer Krankheit zu stellen – all dies sind Aspekte, die die Qualität einer solchen gelingenden Beziehung ausmachen.

Die Folgeerscheinungen unseres mehr und mehr merkantil ausgerichteten Gesundheitswesens stehen dem diametral gegenüber: Stress und Hetze in allen Gesundheitsberufen, ausufernde Dokumentation und Bürokratie, Formalismen und Absicherung statt persönlicher Verantwortung.

Die anthroposophischen Kliniken sind denselben Bedingungen ausgesetzt wie alle Krankenhäuser. Wer hohe Ansprüche an eine Behandlung stellt, die versucht, dem ganzen Menschen individuell gerecht zu werden, und sich dabei aller Mittel der modernen Medizin und ebenso der Komplementärmedizin bedienen will, der muss besonders unter diesen Bedingungen leiden. Deshalb wollen wir in dieser Ausgabe von *medizin individuell* das „Dennoch“ zeigen: Was ist heute möglich trotz „immer mehr“, „immer schneller“, „mit immer weniger Ressourcen“?

Jede Entwicklung der Qualität muss von der therapeutischen Beziehung ausgehen. Und sie wird umso besser gelingen, je mehr Patienten selber beschreiben, was ihnen daran wichtig ist, und je mehr sie beeinflussen können, in welche Richtung die Qualitätsentwicklung gehen soll. Machen Sie mit, fordern Sie von den Gesundheitspolitikern ein Gesundheitswesen im Sinne der Patienten!

Herzlich, Ihr

Peter Zimmermann
Vorstand der Stiftung zur Entwicklung
von Gemeinschaftskrankenhäusern

Der Patient muss Subjekt sein, nicht Objekt

Ein Gespräch mit den Geschäftsführern der drei großen anthroposophischen
Akutkrankenhäuser über eine patientenorientierte Qualitätssicherung im
Krankenhaus im Zeitalter der Fallpauschalen: Christian Klodwig (Herdecke),
Christa Foppe (Havelhöhe) und Volker Ernst (Filderklinik).

*Gerade bei eingreifenden Untersuchungen wie einer
Darstellung der Blutgefäße (Angiographie) ist der
direkte Arzt-Patienten-Kontakt wichtig, damit die
Angst der Ruhe und dem Vertrauen weichen kann.*



»Der Patient interessiert sich vor allem dafür, wie er von den an seiner Therapie Beteiligten behandelt wird.«

Christian Klodwig

Wie lässt sich Qualität im Krankenhaus heute so aufrechterhalten, dass die Interessen der Patienten gewahrt werden?

Volker Ernst: Qualität orientiert sich an den gesetzlichen Vorgaben und gleichermaßen auch an den Präferenzen des einzelnen Patienten, der als individuelles Wesen zu berücksichtigen ist. Er muss Subjekt sein, nicht Objekt. Damit legt er die Qualität an sich fest. Daran muss sich das gesetzliche Qualitätssystem spiegeln, daran sollte es ausgerichtet sein, ist es aber eher nicht. Das gesetzliche Qualitätssystem hebt nicht auf den Patienten ab. *Christian Klodwig:* Ganz unabhängig von Qualitätssystemen hängt die Frage, ob man dem Patienten gerecht werden kann, vor allem davon ab, welche Menschen man beschäftigt bzw. einstellt. Ist diese Personalauswahl primär ökonomisch orientiert, oder hat man Mitarbeiter, die sich aus eigener Motivation ins Zeug legen? Davon hängt es wesentlich ab, ob man Erfolg hat und ob es Qualität gibt.

Christa Foppe: Wir müssen die Rahmenbedingungen mit berücksichtigen. Wir bewegen uns in einem vorwiegend regulierten und nur teilweise auch nicht regulierten Markt. Es gibt einen Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern und eine Planung, wo die Bundesländer ihre Aufgaben mehr oder weniger gut wahrnehmen. Im Krankenhausstrukturgesetz geht es vorwiegend um die Struktur- und Prozessqualität, die Interessen der Patienten bleiben dahinter eher zurück.

Der Patient interessiert sich aber wohl eher weniger für die Rahmenbedingungen?

Christian Klodwig: Der Patient interessiert sich vor allem dafür, wie er von den an seiner Therapie Beteiligten behandelt wird. Er möchte beteiligt sein, er möchte wissen, was und wann etwas mit ihm geschieht und wie er selbst zu seiner Genesung beitragen kann. Deshalb brauchen wir fachlich und von der Persönlichkeit her qualifizierte Mitarbeiter, die ihren Beruf aus Berufung gewählt haben und nicht aus anderen Erwägungen. Solche Mitarbeiter zu finden, ist heute nicht so einfach. Ich erlebe häufig, dass es in Bewerbungsgesprächen viel weniger darum geht, welche Arbeitsbedingungen wir bieten können und welche Zufriedenheit sich daraus ableitet, als vielmehr darum, wieviel wir bezahlen. Es geht um Geld, um außertarifliche Zulagen, Sondergratifikationen, Dienstwagen, Urlaub. Die guten Arbeitsbedingungen nimmt man dann gerne noch zusätzlich mit.

Christa Foppe: Wir können aber schon auch fragen: Was können wir tun, um die Rahmenbedingungen im Sinne des Patienten zu verbessern? Wie können

wir wirkliche Ressourcen zur Verfügung stellen – nicht über weitere Kosteneinsparungen bei unseren Zulieferern, z. B. der Wäscherei. In Havelhöhe stellen wir gerade unsere gesamte Ablauforganisation auf den Prüfstand: Wo können wir die Prozesse so verbessern, dass mehr Zeit für den Patienten übrig bleibt? Das geht auch unter den gegebenen Rahmenbedingungen. Wir schauen uns alles kritisch an: Wie läuft die Patientenaufnahme? Wie sind die Prozesse koordiniert, auch auf der Station? Wer macht was? Ist das richtig so, auch für die Zukunft? Wie können wir Zeit freischaufeln für den Patienten? *Volker Ernst:* Das ist sicher eine Antwort, um mehr Leistung und Qualität am Patienten ankommen zu lassen. Wichtig ist, dass man dabei das Menschliche nicht vergisst, sonst werden nur rationalisierende Produktionsprozesse daraus. *Christian Klodwig:* Das ist für mich der Unterschied zwischen Merkantilisierung und Ökonomisierung. Merkantilisierung ist nur auf Rationalisierung und wirtschaftliche Ziele ausgerichtet, auf finanziellen Mehrwert, Stichwort Shareholder Value. Ökonomisierung ist ja durchaus etwas Sinnvolles: Wir sollten möglichst wenig der knappen Ressourcen verschwenden, um möglichst viel beim Patienten ankommen zu lassen. Wir müssen schauen, wo sich für ihn der größte Nutzen entfaltet. Prozesse effizient zu gestalten, ist unsere Aufgabe als kaufmännische Geschäftsführer – aber mit dem richtigen Ziel.

Was wäre dieses richtige Ziel?

Christian Klodwig: Es besteht für mich darin, die knappen Mittel und Ressourcen so zu lenken, dass sie dem Patienten dienen und keinen anderen Interessen. Um somit möglichst viel Begegnung zu ermöglichen – zwischen dem Patienten und allen an seiner Behandlung Beteiligten. Wir müssen Prozesse so gestalten, dass viel direkte Zeit am Patienten möglich wird. Dann hat er einen Nutzen davon. Bei rein privaten oder profitorientierten Häusern kommt diese Effizienzsteigerung nicht beim Patienten an, sondern wird vorher in wirtschaftlicher Form abgeschöpft. Das ist bei uns anders. Wir lassen sie direkt dem Patienten zugute kommen.

Welcher Anteil kommt hier der Pflege zu?

Volker Ernst: Der wesentliche Anteil, den der Patient von seinem Aufenthalt im Krankenhaus wahrnimmt, hängt mit der Pflege zusammen. Sie hat meist den höchsten Stellenwert, wie sich auch in den Patientenbefragungen





Auf der Intensivstation ist eine zugewandte, liebevolle Pflege besonders wichtig.

immer wieder zeigt. Wir müssen das, was Herr Klodwig benannt hat, in erster Linie auf die Pflege anwenden und die Pflegenden stärker in die Wahrnehmung bringen. In den vergangenen Jahren wurde vor allem der ärztliche Bereich zu Lasten der Pflege ausgebaut – mit einem Hauptaugenmerk auf zusätzlicher Diagnostik und Therapie.

Mehr Zeit heißt aber ja nicht unbedingt auch mehr Qualität?

Christa Foppe: Bei aller Optimierung im Sinne von „mehr Zeit für den Patienten“ sollte am Ende stehen, dass für den Patienten eine erlebbare Beziehungsebene vorhanden ist.

Christian Klodwig: Die Begegnungsqualität setzt zwar auch Zeit voraus, hängt aber in erster Linie davon ab, ob die Mitarbeiter in der Lage sind, diese Zeit im Sinne des Patienten gut zu füllen. Somit ist Begegnungsdauer nicht gleich Begegnungsqualität. Damit sind wir wieder bei meinem Ausgangsstatement: Wir brauchen gute Mitarbeiter, die die nötige Persönlichkeit und Reife haben, dem Patienten angemessen zu begegnen. Dazu gehört auch, eine Begegnungskultur in den eigenen Reihen zu pflegen: Wie gestalten wir unser Arbeitsumfeld, stimmt das Klima, wie ist die Zusammenarbeit im Team? Welchen Raum schaffe ich für die Mitarbeiter, damit sie die Möglichkeit haben, sich und ihre Fähigkeiten zu entfalten?

Die Patientenbeauftragten geben an, dass sich die Beschwerden von Patienten hauptsächlich

lich darum drehen, dass ihnen nicht der nötige Respekt entgegengebracht wurde. Es geht also überwiegend um Kommunikation: Wie sprechen Ärzte, Therapeuten und Pflegendе mit dem Patienten? Welche Bedingungen braucht es, damit eine respektvolle Beziehung entstehen kann?

Christa Foppe: Zum Beispiel Patientenbesprechungen, bei denen Patienten im Mittelpunkt stehen und alle, die mit ihnen zu tun haben, ihre Eindrücke und Erfahrungen zusammentragen bzw. die künftige Ausrichtung der Therapie besprechen. Diese Patientenbesprechungen sind ja ein besonderes Merkmal der anthroposophischen Kliniken, weil dabei der Patient wirklich im Mittelpunkt steht. Ärzte, Therapeuten und Pflegendе sind hier gleichberechtigt – als therapeutisches Team. Solche Termine gibt es heute allerdings sicher seltener als noch vor zehn Jahren. Das wird von vielen Mitarbeitern durchaus als schmerzvoll erlebt. Eben deshalb stellen wir so vieles derzeit auf den Prüfstand, um auch dafür wieder Raum zu schaffen.

»Der wesentliche Anteil, den der Patient im Krankenhaus wahrnimmt, hängt mit der Pflege zusammen.«

Volker Ernst

»Wir setzen unsere Schwerpunkte so, dass wir eine größtmögliche Qualität für Patienten ermöglichen.«

Christa Foppe

Christian Klodwig: Wenn das Klima im therapeutischen Team ein positives ist, hat auch die Begegnung mit dem Patienten eine positive, hohe Qualität. Die Frage ist: Wie schafft man ein solches positives Klima? Ich denke, es geht vor allem über transparente Organisationsstrukturen, aber auch über Tagungen und Konferenzen, die Raum für Austausch und Begegnung schaffen. Das reicht aber nicht. Es geht auch um eine gute Führung. Wo es eine gute Führung gibt, werden eine gute Begegnungskultur und ein gutes Klima unmittelbar erlebbar. Deshalb arbeiten wir insbesondere an der Auswahl und Qualifikation unserer Führungskräfte.

Das schließt aber mit ein, einen gewissen Freiraum und Gestaltungsmöglichkeiten zu haben. Wieviel Freiheit für Gestaltung gibt es da heute noch – gerade angesichts der Effizienzgesichtspunkte?

Christa Foppe: Bei unserer Prozessoptimierung geht es ja gerade darum, diesen Gestaltungsfreiraum wieder zu schaffen.

Christian Klodwig: Dass wir gezwungen sind, besser zu wirtschaften als früher, ist zum Teil auch ein selbstgemachtes gesellschaftliches Problem. In den 1970er Jahren hatten wir noch große Mehrbettzimmer, jede Familie hatte – wenn überhaupt – nur ein Auto und einen Fernseher. Das ist heute alles anders, das reicht uns allen nicht mehr. Wenn wir weniger Ansprüche hätten und weniger kommerzhörig wären, hätten wir weniger Druck, das Geld dafür erwirtschaften zu müssen. Das sind aber eben unsere Bedingungen heute, und das müssen wir mit berücksichtigen.

Christa Foppe: Es gehört zu unseren Prinzipien als Gemeinschaftskrankenhäuser, und darin sind wir uns alle drei sicher einig, dass wir unsere Schwerpunkte so setzen, dass wir eine größtmögliche Qualität für die Patienten ermöglichen. Dass wir ihnen erlebbar machen können, was Anthroposophische Medizin ist.

Wir haben uns deshalb nach Einführung der Fallpauschalen von einigen Behandlungsangeboten verabschieden müssen. Dafür haben wir unter anderem die Schmerz- und Suchtmedizin mit ihren multimodalen Konzepten, die Onkologie und Geriatrie weiter ausgebaut. Das war ein gemeinsamer Prozess, ich entscheide das ja nicht im Alleingang.

Christian Klodwig: Das ist bei uns nicht anders. Unsere Unternehmensleitung besteht aus zwei Ärztlichen Direktoren, den beiden Pflegedienstleitern und mir. Unser gemeinsam beschlossenes Zukunftskonzept für Herdecke besteht darin, High Tech und Patientenzentrierung miteinander bestmöglich zu kombinieren. Dass dies auch im Sinne einer integrativen Medizin funktionieren kann, zeigt sich in Herdecke zum Beispiel innerhalb unseres Zentrums für Neuromedizin. Hier finden schwerkranke Menschen zu uns, die teils akut behandlungsbedürftig sind. Sie werden intensiv unter Einsatz von High-Tech behandelt, zugleich und im fließenden Übergang – z. B. zur Früh-Reha – jedoch auch zunehmend komplementärmedizinisch, unter Einsatz unserer hohen Kompetenzen in Therapie und Pflege. Auf diese Weise ist zumeist auch ein kostendeckendes Arbeiten möglich. Patienten können so über eine längere Zeitdauer in unserer Obhut verbleiben. Ähnliches gilt für die Psychiatrie und Psychosomatik. In anderen Fächern, wie z. B. der Onkologie, Kardiologie aber auch in der Frauen- und Kinderheilkunde, müssen wir versuchen, mangelnde Begegnungsdauer durch intensivere Patientenbegegnungen auszugleichen. Hier gilt es vor allem Impulse zu setzen.

Volker Ernst: Ich sehe die Entwicklung etwas kritischer. Wir tun uns zunehmend schwer, den Anspruch, den wir intern an Zeit und Zuwendung für den Patienten haben, mit dem wirtschaftlichen Diktat in Einklang zu bringen. Das ist uns etliche Jahre ganz gut gelungen, aber es wird immer schwieriger. Gerade weil wir diesen Anspruch haben, bedeutet das eine besondere Herausforderung.



Volker Ernst
Geschäftsführer der Filderklinik in
Filderstadt bei Stuttgart



Christa Foppe
Geschäftsführerin des Gemeinschafts-
krankenhauses Havelhöhe in Berlin



Christian Klodwig
Geschäftsführer des Gemeinschafts-
krankenhauses Herdecke

Welche Lösungsideen haben Sie dafür in Ihren Kliniken gefunden?

Volker Ernst: Zunächst ist es am wichtigsten, sich darüber klar zu werden und die Situation von allen Seiten zu beleuchten und zu diskutieren, wo man Prioritäten setzt. In diesem Prozess befinden wir uns gerade.

Christian Klodwig: Für Herdecke kann ich sagen, dass wir trotz der wirtschaftlichen Zwänge Mittel und Wege suchen und immer wieder auch finden, um dem entgegenzuwirken. Wir müssen ein Maximum an Strukturqualität und Klarheit schaffen. Wir müssen Transparenz leben zwischen den verschiedenen Berufsgruppen. Das fördert das gegenseitige Verstehen und damit auch gegenseitiges Vertrauen. So verbessern wir die Arbeitsbedingungen und schaffen auch wieder Zeit für die Patienten.

Wie sieht es eigentlich mit der Beteiligung der Patienten aus? Gibt es überall Patientenführsprecher oder -beauftragte? Würden wir nicht, wenn es mehr Patientenbeteiligung im Krankenhaus gäbe, noch genauer herausfinden, was eine gute Qualität ist?

Christa Foppe: Ob es Patientenführsprecher gibt, ist abhängig vom Bundesland. Berlin, Hessen, Bayern und Nordrhein-Westfalen haben zum Beispiel welche, Baden-Württemberg nicht. Ich meine, dass solche Führsprecher unbedingt sinnvoll und notwendig sind. Sie sprechen Patienten an oder können kontaktiert werden. Sie haben einen direkten Kontakt zur Krankenhausleitung. Bei uns treffen sich die Führsprecher der verschiedenen Kliniken im Bezirk einmal im Jahr und berichten an den Gesundheitsausschuss. Was immer wieder gefordert wird, ist eine Begegnung mit dem Patienten auf Augenhöhe.

Volker Ernst: Ansonsten wird Patientenqualität ersetzt durch Expertenqualität. Das sehen wir an den verschiedenen Instituten zur Qualitätssicherheit. Da spielt der Patient keine Rolle.

Die Qualitätssysteme, die jetzt für die Kliniken überwiegend von außen, von Seiten der Politik, definiert werden, orientieren sich in erster Linie an Parametern, die mit den Interessen von Patienten herzlich wenig zu tun haben. Müssen Sie sich als Kliniken dem anpassen, um noch überlebensfähig zu sein? Wird das nicht dazu führen, dass die Patienteninteressen noch mehr hinten runterfallen?

Christian Klodwig: Man wird wenig Erfolg haben, wenn man sich komplett dagegen auflehnt. Wir müssen versuchen, das ganze dorthin zu lenken, wo etwas Gutes dabei herauskommt. Dass Erfahrungswissen Qualität nach sich zieht, kann man ja nicht in Abrede stellen. Problematisch wird das ganze, wenn Lobbyisten am Werk sind, die Qualität nur in ihrem Sinne definieren und alle anderen ausschließen – was ja durchaus gewollt ist. Da ist Qualität dann eher ein Feigenblatt als eine Triebfeder. Das ist das Problem. Solange Leitlinien und Mindestmengen noch einen gewissen Spielraum lassen und patientenseitig um Führsprecher, ein Beschwerdewesen, regelmäßige Befragungen, Feedback-Bögen usw. ergänzt werden, sehe ich für uns in den anthroposophischen Kliniken durchaus noch gute Chancen. Wir müssen aufrichtig die Patientenqualität in den Vordergrund rücken, keine vorge-schobenen Interessen.

Christa Foppe: Bei den Klinikführern der verschiedenen Krankenkassen, die Patienten ja gerne mit zu Rate ziehen, wenn sie entscheiden sollen, in welche Klinik sie gehen, spielt die Patientenbeteiligung eine große Rolle. Da ist es wichtig und gut, wenn man in der Patientengunst einen möglichst guten Platz einnimmt. Das Pflegeförderprogramm ist auch nur deshalb entstanden, weil die Bürger Druck gemacht haben. Die Patienten sind unsere besten Führsprecher.

Volker Ernst: In dieser Hinsicht haben wir zwischen den anthroposophischen Kliniken einen absoluten Schulterschluss!

Gesundheitswesen quo vadis?

Seit mehr als 30 Jahren besteht der politische Wille, unser Gesundheitswesen zu einem neoliberalen Markt umzugestalten. Dadurch ist es krank geworden.

Damit es wieder gesundet, muss ein grundlegender Kurswechsel erfolgen:

Therapeutische Leistungen müssen von ihrer Vergütung entkoppelt werden; die Versorgung im Krankenhaus sollte wieder mehr dem regionalen Bedarf folgen, weg von Großkonzernen und spezialisierten Zentren. Hiervon handelt der erste Teil dieses Artikels von Christoph Rehm. Im zweiten Teil, der in einer der nächsten Ausgaben von *medizin individuell* abgedruckt wird, soll gezeigt werden, wie der „Qualitäts“-Begriff im Gesundheitswesen nicht dazu eingesetzt wird, die Medizin zu verbessern, sondern als Steuerungsinstrument für die Merkantilisierung missbraucht wird.

„Unterstütze den kranken Menschen darin, seine individuellen Möglichkeiten zu verwirklichen und in der Auseinandersetzung mit seinem kranken Leib, seinem Schicksal und der Umwelt neue Verwirklichungsmöglichkeiten zu erlangen.“

Gerhard Kienle (1)

„So wird heute innerhalb der Medizin immer weniger vom Helfenwollen, vom Dienst am Menschen gesprochen, als vielmehr von Dienstleistungen, von Kunden, von Benchmarking, Wettbewerbsfähigkeit, ja, auch von Marketing.“

Giovanni Maio (2)

Das Gesundheitswesen als Markt

Die Gegensätze könnten größer nicht sein zwischen dem, was Gerhard Kienle den Ärzten und Therapeuten als Leitsatz ans Herz legte, als das Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke gegründet wurde, und dem, was Giovanni Maio heute über unser Gesundheitssystem sagt. Auf der einen Seite steht die Hilfe für den an seiner Krankheit leidenden Patienten als einziges und letztes Ziel der Therapie. Auf der anderen Seite steht das, was heute schon weitgehend Wirklichkeit geworden ist: Medizinische Dienstleistung als Geschäft innerhalb der größten Industrie Deutschlands, dem „Gesundheitsmarkt“, der von ökonomischen Zielen und Vorgängen geprägt ist, und in der der Patient zum Kunden wird, der die Leistung kauft und das Geld bringt.

In diesem System sind Mittel und Zweck vertauscht: Die Ökonomie dient nicht mehr dazu, die Behandlung und Pflege von Kranken zu ermöglichen, sondern der Kranke wird zum Mittel des Profits für die Ökonomie. Diese Umkehrung ist mit der grundgesetzlich verankerten Würde des Menschen unvereinbar. Denn aus diesem Begriff von Würde folgt, dass der Mensch niemals zum Mittel für Zwecke gemacht werden darf – auch nicht im Gesundheitswesen.

Prinzipien heutiger Marktwirtschaft

Die heutige sogenannte „neoliberale“ Marktwirtschaft betrachtet als wichtigste Prinzipien das Streben eines jeden Menschen nach dem eigenen Vorteil und Gewinn. Im Mittelpunkt stehen dabei Wettbewerb, Gewinnmaximierung, das Streben nach Effizienz bei gleichzeitiger Leistungssteigerung und Kostensenkung, Innovation und Wandel, sowie Marketing und Globalisierung.

*Dr. Christoph Rehm, geb. 1946, war von 1976 bis 2007 Laborchef am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke. Er ist Mitbegründer der Universität Witten/Herdecke und unterrichtete Studenten in den Fächern Klinische Chemie, Immunhämatologie, Hämatologie und Erkenntnistheorie. Heute ist er Stiftungsrat der Gerhard-Kienle-Stiftung und seit vielen Jahren Mitglied im Redaktionsrat von *medizin individuell*.*





»Aus dem Gesundheitswesen ist zunehmend eine Art Gesundheitsökonomie nach Marktgesetzen geworden: Arztpraxen und Krankenhäuser verhalten sich immer mehr wie Unternehmen, die für erbrachte Leistungen vergütet werden.«

»Für Krankenhäuser ergibt sich: Eine 'Fließbandarbeit' mit möglichst großen Abteilungen bei genau getakteten Funktionsabläufen ist effizienter als individuelle Zuwendung und Pflege.«

Damit die „unsichtbare Hand des Marktes“ ungehindert das größtmögliche Glück aller herbeiführen kann, soll der Staat so wenig wie möglich ins Geschehen eingreifen. Gehälter und Umweltstandards sowie Steuern sollen niedrig gehalten werden, da sie die Kosten steigern und keinen Gewinn bringen. Das diesem Wirtschaftsmodell zugrundeliegende Menschenbild wird von dem holländischen Psychiater Paul Verhaeghe folgendermaßen formuliert:

„Menschen sind konkurrierende Wesen, die vor allem auf den eigenen Profit aus sind. Auf gesellschaftlicher Ebene ist das ein Vorteil für uns alle, weil jeder im Wettbewerb sein Bestes geben wird, um an die Spitze zu gelangen. Dadurch bekommen wir bessere und billigere Produkte sowie effizientere Dienstleistungen innerhalb eines gemeinschaftlichen freien Marktes ohne staatliche Einmischung. Das ist ethisch korrekt, denn der Erfolg oder Misserfolg eines Individuums bei diesem Wettbewerb hängt ganz und gar von der eigenen Anstrengung ab. Jeder ist also selbst verantwortlich für den eigenen Erfolg oder Misserfolg. Daher die Bedeutung der Bildung, denn unsere Welt ist eine sich rasant entwickelnde Wissensökonomie, die gut ausgebildete Menschen mit flexiblen Fähigkeiten braucht. Ein Hochschuldiplom ist gut, zwei sind besser und lebenslanges Lernen Pflicht. Jeder muss unaufhörlich wachsen. Die Konkurrenz ist allerdings gnadenlos. Deshalb auch die zwingende Notwendigkeit von Mitarbeitergesprächen und ständiger Evaluierung, und zwar von unsichtbarer Hand aus einem zentralen Management heraus.“ (3)

Es ist heute das Bestreben unserer Politiker, fast alle Bereiche unserer Gesellschaft zu privatisieren und den geschilderten Regeln der neoliberalen Märkte zu überlassen, von der Bahn über die Wasser- und Energieversorgung bis hin zum Gesundheitswesen. Verhaeghe weist nach, dass das neoliberale Marktsystem nicht mehr nur ein Wirtschaftssystem darstellt, sondern zu einer Art Zeitgeist geworden ist, der tief und oft unreflektiert in unsere Köpfe eingedrungen ist, alle Bereiche der Gesellschaft und des kulturellen Lebens erfasst und unser Denken und Handeln bestimmt.

Das Gesundheitssystem als Marktgeschehen

Aus dem Gesundheitswesen ist auf diese Weise zunehmend eine „Gesundheitsökonomie nach Marktgesetzen“ geworden: Arztpraxen und Krankenhäuser verhalten sich immer mehr wie Unternehmen, die für erbrachte Leistungen vergütet werden. In den Arztpraxen bedeutet dies: Einzelleistungsvergütung. In den Krankenhäusern wird nach „Diagnostic Related Groups“ (DRG) abgerechnet, nach diagnosebezogenen Fallpauschalen. Da die Honorare für Praxen und Krankenhäuser über verschiedene gesetzlich verankerte Mechanismen faktisch „gedeckt“ sind, um einen Anstieg der Kosten des Gesundheitssystems zu vermeiden (von einer freien Preisgestaltung durch den „Markt“ kann also nicht die Rede sein!), müssen von den Praxen bzw. Krankenhäusern möglichst viele Leistungen erbracht werden, damit sie wirtschaftlich überleben können. Und das bei größtmöglicher Effizienz. Letzteres heißt: Mit einem Minimum an Mitarbeitern.

Für die Praxen bedeutet das, dass möglichst viele Patienten pro Quartal zu „behandeln“ sind, wobei bei jedem Patienten nur so viele Leistungen erbracht werden dürfen, wie es der „Deckel“ erlaubt. Maßnahmen, die

durch Abrechnungsziffern nicht gedeckt sind, muss der Arzt aus wirtschaftlichen Gründen vermeiden. Dafür darf er sogenannte „Individuelle Gesundheits-Leistungen“ verkaufen (IGEL), eine Liste mit für die Patienten meist unnötigen, aber erlaubten Maßnahmen, mit denen er zusätzliches Geld verdienen kann.

Für Krankenhäuser ergibt sich: Eine „Fließbandarbeit“ mit möglichst großen Abteilungen bei genau getakteten Funktionsabläufen ist effizienter als individuelle Zuwendung und Pflege; es sind so wenige Mitarbeiter wie möglich vorzuhalten (die Mitarbeiter sind der teuerste Faktor im Dienstleistungsbetrieb Krankenhaus!); nicht gewinnbringende Abteilungen werden geschlossen; Ärzte und andere Mitarbeiter, die das Effizienzdenken nicht mitmachen, müssen gehen: „Wenn Sie keine besseren Zahlen liefern, müssen wir die Abteilung verkleinern oder schließen.“ (13)

Krankenhäuser stehen miteinander im Wettbewerb: Wer effizienter und billiger arbeitet, hat die größeren Überlebenschancen. Nicht lukrative Patienten werden unter Vorwänden weitergeschoben. Es gibt unnötige Operationen, um „Fälle zu machen“, Über- oder Underdiagnostik, zu frühe oder zu späte Entlassungen (um erlaubte Höchstliegezeiten oder geforderte Mindestliegezeiten einzuhalten), Überbehandlung (vor allem bei Privatpatienten) und Unterbehandlung (z. B. die Nichtbehandlung einer Zweitdiagnose, weil nur die Behandlung der Einweisungsdiagnose vergütet wird).

Was am meisten verloren geht, ist ausreichend Zeit für den Patienten. Das gilt für Praxen wie für Krankenhäuser, für Ärzte wie für Therapeuten und Pflegende. Zeit für den Patienten ist jedoch einer der wichtigsten Faktoren, wenn es um Therapieren, Pflegen und Heilen geht. Ein gesundes und vertrauensvolles Verhältnis kann nur entstehen, wenn sich Arzt, Therapeut und Pflegende dem Patienten widmen können, wenn sie für ihn da sein können.

In einem Gesundheitssystem nach Marktprinzipien werden Patienten immer mehr zu Kunden, Therapeuten zu Dienstleistern, Vertrauens- zu Vertragsverhältnissen (zwischen Therapeuten und Patienten), Leidenrealitäten zu Krankheits(Geld)werten. Helferwille wird in Gewinn- und Verlustdenken eingespant, lie-

bevolle Zuwendung durch Marktgoismus verdrängt. Bernard Lown, Kardiologe und Nobelpreisträger, hat schon 2002 (vor Einführung des DRG-Systems in der Bundesrepublik) in seinem Buch „Die verlorene Kunst des Heilens“ (4) die deutschen Gesundheitspolitiker davor gewarnt, die Ökonomisierung des Gesundheitswesens nach dem Vorbild der USA weiter voranzutreiben – ohne Erfolg. Alle Gesundheitsreformgesetze, die seit den 1980er Jahren verabschiedet wurden, verfolgten die Absicht, das Gesundheitswesen mit Mitteln des Marktes effizienter zu machen.

Helfen ist kein ökonomischer Akt

Helfen bedeutet: Handeln um des Anderen willen. Dabei geht es nicht um einen altruistischen Verzicht, sondern um eine Umkehr der Willensrichtung vom „Für-mich-Wollen“ zum „Für-den-anderen-Wollen“. Das Helfen des wahren Arztes, Pflegenden und Therapeuten ist Gerhard Kienle zufolge allein durch diese „Willensumkehr“ charakterisiert (5). Sie gründet in der Einsicht, dass der leidende Patient einen Wert um seiner selbst willen hat. Wer hilft, stellt seinen Willen mit seiner ganzen Professionalität in den Willen des Patienten.

Dieser Wille lässt sich nicht gleichzeitig mit ökonomischen Zielen verwirklichen. „Der Wunsch nach Profit schließt wahres Arztum aus“ schreibt Bernard Lown. Das „Helfen um des anderen willen“ ist eine Haltung, zu der man nicht gezwungen werden kann; sie kann nur aus voller Freiheit erfolgen. Rudolf Steiner, der Begründer der Anthroposophischen Medizin, bezeichnet diese Haltung in seinem Hauptwerk „Die Philosophie der Freiheit“ mit dem Terminus „Liebe in geistiger Art“ (6). Die innere Freiheit dazu kann sich ein Arzt nur selbst erringen. Die äußere Freiheit hängt von den Bedingungen im Gesundheitssystem ab. Für solche Rahmenbedingungen zu sorgen, wäre die eigentliche Aufgabe der Gesundheitspolitik. Leider betreibt sie seit Jahrzehnten das Gegenteil.

Wie muss ein gesundes Gesundheitswesen aussehen?

Ein Gesundheitswesen muss, damit es die Bedingungen für ärztliche, pflegerische und therapeutische Hilfe erfüllen kann, vorgehalten werden. Wie eine Feuerwehr, die vorhanden sein muss, wenn es brennt, müssen in

»Ein gesundes und vertrauensvolles Verhältnis kann nur entstehen, wenn sich Arzt, Therapeut und Pflegende dem Patienten widmen können, wenn sie für ihn da sein können.«

einer Region Arztpraxen und ein Krankenhaus vorhanden sein, um kranke Bürger zu versorgen, wenn diese sich selbst nicht helfen können. Die Beteiligten dabei nach einzelnen Leistungen oder Fällen zu bezahlen, ist dabei kontraproduktiv. Man stelle sich vor, was passieren würde, wenn man Feuerwehren für die Zahl der gelöschten Brände vergüten würde! Genau nach diesem Prinzip entlohnt man heute aber Ärzte und Krankenhäuser – mit allen negativen Folgen. Dieser Gedanke ist näher ausgeführt bei Renate Hartwig: „Der verkaufte Patient“ (7).

Dezentrale Vorhaltung von Krankenhäusern

Das Kostendeckungsprinzip für die Krankenhäuser, das bis in die 1970er Jahre galt, kam einem solchen Vorhaltesystem nahe. Es hatte zur Folge, dass Patienten ihrem individuellen Zustand entsprechend lange genug im Krankenhaus bleiben konnten, dass ferner alle notwendigen, aber keine unnötigen therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen erfolgten, dass die Stellenpläne bei Ärzten, Pflegenden und Therapeuten stimmten, und dass es in Flautezeiten genügend Raum gab, um Studenten und Mitarbeiter aus- und fortzubilden. Lediglich im Privatversichertenbereich wurden aus ökonomischen Gründen oft nicht erforderliche Extraleistungen erbracht – zugunsten der abrechnenden Chefärzte.

Die „Kostenexplosion“, die von Politikern und einem Teil der Presse damals häufig beschworen wurde, hat zwar nie stattgefunden (8), der Begriff diente aber als politisches Instrument, um die seither eingeleiteten Sparmaßnahmen zu begründen: „Noch höhere Krankenkassenbeiträge sind unseren Arbeitgebern nicht zuzumuten.“ (9)

Das Gesundheitswesen im Bereich der Krankenhäuser kann nur gesunden, wenn eine Abkehr von wirtschaftlichen Steuerungsinstrumenten vollzogen wird und das eigentliche und erstrangige Ziel darin liegt, die Bürger zu versorgen.

Das bedeutet: Eine Grundversorgung in regionalen Krankenhäusern einschließlich Notfallmedizin, unter Einbeziehung der Bürger zu Standort und medizinischem Spektrum (z. B. Einschluss komplementärer Therapierichtungen) ihres Krankenhauses. Bau, Ein-

richtung und Ausstattung sowie die Gehälter aller notwendigen Mitarbeiter werden von Ländern (was den Bau betrifft) und Krankenkassen getragen.

Um diese Vorhaltekosten zu finanzieren, hat der Gesundheitsökonom Rainer Burghardt als Ergänzung zum klassischen Krankenkassenbeitrag eine der Mehrwertsteuer ähnliche Abgabe vorgeschlagen (10). Damit wäre folgendes möglich:

- Stellenpläne, Tarife und Arbeitsbedingungen werden so eingerichtet, dass einerseits ausreichend Zeit für die Krankenversorgung gegeben ist und andererseits qualifizierte Mitarbeiter nicht ins Ausland abwandern, weil die Arbeitsbedingungen dort besser sind.
- Alle Ärzte, auch Chefärzte, erhalten Festgehälter, damit ihre medizinischen Entscheidungen nicht ökonomisch beeinflusst werden.
- Die Zahl der Betten enthält eine Reserve für unvorhergesehene Häufungen schwerer Krankheiten DRGs werden ausschließlich zu Dokumentationszwecken verschlüsselt.
- Die Erstattung aller medizinischen und sonstigen Sachkosten erfolgt nach dem Kostendeckungsprinzip.
- Einzelabrechnungen entfallen für Patienten aller Versicherungsformen.
- Das Abschöpfen von Gewinnen durch Träger oder Investoren entfällt – es ist in einem Sozialversicherungssystem unethisch.
- Die Liegezeiten richten sich ausschließlich nach medizinisch-therapeutisch-pflegerischen Notwendigkeiten.
- Medizinische Zentren werden nicht aus Wettbewerbsgründen gegründet, sondern allenfalls aus medizinischen oder technischen Notwendigkeiten heraus.
- Die sogenannte „Qualität“ beispielsweise eines Brustzentrums bemisst sich nicht an Mindestzahlen von Primäroperationen. Die Güte von Operationen macht sich am Können der Chirurgen fest, nicht an Zahlen.

Wer selbst ein festes Einkommen bezieht, ohne gezwungen zu sein, die Leistungen ständig auszuweiten, ohne Nachdienste und ohne Verantwortung für das Leben von Menschen, der sollte nicht einwenden, dass Ärzte, Therapeuten und Pflegende unter den vorgeschlagenen Verhältnissen womöglich nicht mehr genug arbeiten würden. Er sollte gegebenenfalls zuerst vor seiner eigenen Tür kehren. Missbrauch kann es immer und überall geben.

»Die sogenannte 'Qualitätssicherung' soll künftig noch mehr dazu dienen, das Gesundheitswesen zu steuern.«

Ein Lichtblick: Einschreibesysteme

Im Bereich der niedergelassenen Ärzte leuchtet bereits ein Licht auf am Ende des Tunnels: Bürger bzw. Patienten, die einen Hausarzt ihres Vertrauens gefunden haben, können sich in dessen Praxis einschreiben. Ihr Arzt erhält dafür eine pauschale Vergütung. Hat der Arzt genügend eingeschriebene Patienten, ergibt sich daraus ein „Grundgehalt“, das ihm finanziell den Rücken freihält. Kommt der eingeschriebene Bürger, um sich behandeln zu lassen, so kann der Arzt für ihn das tun, was er für notwendig hält, er kann einfach helfen, unabhängig von ökonomischen Aspekten.

Und vor allem: Er kann sich Zeit nehmen. Er kann seinem Patienten mit Zeit, Zuwendung und Aufmerksamkeit begegnen und ihm die jedem Menschen angemessene Wertschätzung entgegenbringen. Er kann zu ihm halten und damit wieder ein wahrer Arzt werden, wie Giovanni Maio sagt: *„Helfen kann man erst..., wenn auch das Lebensweltliche zur Geltung kommt: Beratung, Fürsorge, Begleitung, Verstehen.“* (2) Das Abrechnen einzelner Leistungen entfällt für die eingeschriebenen Patienten komplett!

In Baden-Württemberg gibt es bereits Arztpraxen, die sich zu hundert Prozent über solche Einschreibungen finanzieren und vom Einzelleistungsvergütungssystem unabhängig geworden sind: Diese Ärzte fühlen sich wieder als Ärzte, die Patienten sind sehr gut versorgt und zufrieden – und das Ganze ist keineswegs teurer als vorher (11).





Benötigen wir verschiedene Krankenkassen?

Die Vielfalt unseres Krankenkassensystems, wie sie heute vorliegt, ist historisch gewachsen, einschließlich der Privatkrankenkassen. Die Kassen stehen heute unter zwei Gesichtspunkten im Wettbewerb miteinander: Einmal über besondere Leistungsangebote – manche Kassen erstatten zum Beispiel Akupunktur oder Heileurhythmie; Privatkassen erstatten teilweise Maßnahmen, die gesetzlich versicherten Patienten nicht zustehen. Zum anderen über die Beitragshöhe – es ist vom Gesetzgeber gewollt, dass die versicherten Bürger möglichst immer zu der Krankenkasse wechseln, die die geringsten Beitragssätze verlangt. Dies soll die Kassen zwingen, so billig wie möglich zu arbeiten, damit ihnen die Mitglieder nicht weglaufen. Die Krankenkassen handeln also wie Unternehmen. In den USA zum Beispiel geht das soweit, dass Krankenkassen wie Autoversicherungen den Gewinn maximieren und den Profit an Investoren abführen.

Der Sache nach ist die Kassenvielfalt überflüssig. Gäbe es eine Einheitskasse für alle, würde sich eine Fülle von Problemen erübrigen (z. B. der Risikostrukturausgleichsfonds, der zwischen den Kassen Gelder umverteilt, wenn die eine Kasse „teurere“ Patienten hat als die andere). Auch würden die teilweise horrenden Kosten für die vielen Gebäude, Direktorengehälter und Verwaltungen verringert. Ob Privatkassen noch sinnvoll sind, wird bereits vielfach diskutiert. Historie und Wettbewerb sind allerdings keine sachlichen Gründe, die bestehende Vielfalt aufrechtzuerhalten. Unsere Gesundheitspolitiker sollten aufhören, an dem bestehenden System in immer komplizierterer Weise herumzubasteln (und das als „Reform“ zu verkaufen, die angeblich die Versorgung verbessert), sondern eine tatsächliche grundlegende Reform vornehmen. Noch sind die Patienten recht gut versorgt – allerdings müssen die Bedingungen für alle Beteiligten in Zukunft wieder zumutbar werden.

Dies umso mehr, als die sogenannte „Qualitätssicherung“ künftig noch mehr dazu dienen soll, das Gesundheitswesen zu steuern. Eine Analyse dieser „Qualitätspolitik“ folgt im 2. Teil dieses Artikels.

Literatur:

- (1) Kienle, Gerhard: Aus der Präambel der Struktur des Gemeinnützigen Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke (Herdecke 1969)
- (2) Maio, Giovanni: Geschäftsmodell Gesundheit. Wie der Markt die Heilkunst abschafft (Berlin 2014)
- (3) Verhaeghe, Paul: Und ich? Identität in einer durchökonomisierten Gesellschaft (München, 2. Aufl. 2013)
- (4) Lown, Bernhard : Die verlorene Kunst des Heilens. Anleitung zum Umdenken (Suhrkamp 2004, Frankfurt/Main)
- (5) Kienle, Gerhard: Christentum und Medizin (Stuttgart 1986)
- (6) Steiner, Rudolf: Die Philosophie der Freiheit. Grundzüge einer modernen Weltanschauung (Dornach, 12. Aufl. 1962)
- (7) Hartwig, Renate: Der verkaufte Patient. Wie Ärzte und Patienten von der Gesundheitspolitik betrogen werden (München 2008)
- (8) Braun, B., Kühn, H. und Reiners, H.: Das Märchen von der Kostenexplosion. Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik (Frankfurt/Main 1998)
- (9) Horst Seehofer bei einem Vortrag vor der Ärzteschaft des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke während seiner Amtszeit als Gesundheitsminister
- (10) Burghardt, Rainer: Gesichtspunkte für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens (Institut für Gesundheitsökonomie, Herdecke 1998)
- (11) Rogalli, Gabriel (Ärztekammer Bremen): Mündliche Mitteilung (Bremen 2015)
- (12) Crouch, Colin: Die bezifferte Welt, Frankfurt 2015
- (13) Persönliche Mitteilung eines Chefarztes einer Inneren Abteilung in Süddeutschland, aus einem Gespräch mit dem Geschäftsführer (2015)

Anschrift des Verfassers: Dr. Christoph Rehm, Bergweg 13, 58313 Herdecke, Mail: ch.e.rehm@web.de



*Alle Teilnehmer des IPMT in Beijing 2014
haben sich zum Gruppenbild versammelt.*

Anthroposophische Medizin International

Seit 2002 gibt es das International Postgraduate Medical Training (IPMT), ein internationales Weiterbildungsangebot für Anthroposophische Medizin, initiiert von der Medizinischen Sektion am Goetheanum. Ärzte, Pfleger, Therapeuten und Pharmazeuten können sich dabei mit den Grundlagen von Diagnostik und Therapie der Anthroposophischen Medizin vertraut machen und ein international gültiges Zertifikat erwerben.

Bis heute konnte das IPMT in 26 Ländern stattfinden: Argentinien, Australien, Chile, China, Estland, Finnland, Indien, Japan, Kolumbien, Kuba, Malaysia, Mexiko, Neuseeland, Peru, Philippinen, Polen, Russland, Schweden, in der Schweiz, in Serbien, Südafrika, Taiwan, Thailand, Tschechien, Ukraine und in den USA.

Der Anlass, dieses Training ins Leben zu rufen, war die Frage: Wie kann Anthroposophische Medizin mit ihren therapeutischen Möglichkeiten überall dort verfügbar werden, wo Menschen danach fragen? Wie muss eine Weiterbildung aussehen, die sich jeweils an die Bedingungen und Möglichkeiten vor Ort anpassen kann? Jährlich nehmen derzeit über 1.300 Menschen an diesem Weiterbildungsangebot teil. Und das Interesse wächst kontinuierlich noch weiter.

Das IPMT wird unterstützt durch die Förderstiftung Anthroposophische Medizin. Die Dozenten verzichten auf ein Honorar, Organisationsgruppen vor Ort, die weitgehend ehrenamtlich arbeiten, sowie großzügige Spender unterstützen dieses weltumspannende Projekt, das Anthroposophische Medizin international bekannt macht. Weitere Spenden sind jedoch nötig, um das Projekt weiter am Leben erhalten zu können: IBAN DE92 6839 0000 0000 9707 60; BIC: VOLODE66, Verwendung: IPMT.



www.fanthromed.de



ipmt.medsektion-goetheanum.org



Dem Leben Leben geben

Menschen mit schweren Erkrankungen bedürfen einer besonderen Zuwendung. Moderne Misteltherapie kann hier helfen, das Leben trotz Krankheit mit entsprechendem Wert zu füllen, dem Leben Leben zu verleihen. Durch Stimulation der Selbstheilungskräfte und mit lindernder Wirkung auf Beschwerden in allen Phasen der Erkrankung hilft sie den Patienten in ihrem Wohlbefinden. Ganzheitliche Betrachtung von Mensch, Natur und Heilkraft begleitet den Patienten – mit Helixor dem Leben Leben geben.

Entdecken Sie mehr über die Kraft der Mistel auf www.helixor.de



Dr. Matthias Girke (links) und Georg Soldner

Dem Heilen dienen

Im September 2016 wird sich die bisherige Leiterin der Medizinischen Sektion am Goetheanum, die Kinderärztin Dr. Michaela Glöckler, aus Altersgründen aus diesem Amt verabschieden. Sie reicht den Stab weiter an Dr. Matthias Girke, Leitender Arzt in der Abteilung für Innere Medizin am Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe in Berlin, und an dessen Stellvertreter Georg Soldner, niedergelassener Kinderarzt in München. Annette Bopp sprach mit beiden Ärzten über die Aufgaben, vor denen die Anthroposophische Medizin jetzt und in Zukunft steht.



Wo steht die Anthroposophische Medizin heute, im nationalen wie im internationalen Kontext?

Matthias Girke: Die Anthroposophische Medizin wurde vor fast 100 Jahren im mitteleuropäischen Raum entwickelt und ist dort heimisch geworden. Inzwischen finden wir sie auf allen Kontinenten dieser Erde, von Argentinien und Peru über Australien, die Philippinen, Malaysia, Cuba, Skandinavien, Russland und die Ukraine bis nach Südafrika, Indien, Thailand, Taiwan und Japan. Wir staunen über das Interesse an dieser Medizin in den unterschiedlichen Kulturräumen und darüber, wie sie sich in all den Jahren entwickelt und verbreitet hat. Es gibt eine intensive Forschung mit nahezu exponentiell wachsender Zahl an wissenschaftlichen Arbeiten und Studien. Und es sind noch viele Möglichkeiten offen, diesen Weg weiter fortzusetzen. Zu den zukünftigen Aufgaben wird es gehören, diese dynamische Entwicklung zu unterstützen und zu verstärken, aber auch die Anthroposophische Medizin in ihrer konzeptionellen Entwicklung, Praxis, Lehre und Forschung zu vertiefen.

Georg Soldner: Für mich ist diese Arbeit in anderen Ländern immer eine Quelle der Inspiration. Weil man in einer Situation der relativen Armut, die ja in vielen dieser Länder herrscht, auf ganz neue therapeutische Ideen kommt. Aufgrund der rechtlichen Abschottung der Märkte können wir unsere Arzneimittel in vielen Ländern noch kaum zur Verfügung stellen. Wir können aber bereits etwas vermitteln, was hier wie dort besonders wertvoll ist, das sind die äußeren Anwendungen: Wickel, Auflagen, Einreibungen. Sie sind universell machbar und etwas, was man zu jeder landestypischen Medizin dazustellen kann.

Warum stößt Anthroposophische Medizin überall auf dieses Interesse?

Georg Soldner: Wir können gerade in Asien etwas Wichtiges in die Medizin mit einbringen, nämlich die Haltung zum kranken Menschen, die in Lukas 10 beschrieben ist, den barmherzigen Samariter: „Und er sah ihn, und es jammerte ihn.“ Es ist in Asien kulturell keine Selbstverständlichkeit, sich unterschiedslos einem Menschen zuzuwenden, der krank am Straßenrand liegt. Das gilt in weiten Teilen der Welt auch für das Hinwenden zu Menschen mit Behinderungen oder das Versorgen und die Pflege Sterbender. Anthroposophische Medizin eröffnet hier neue Perspektiven im Umgang mit Kranken, im Zwischenmenschlichen. Das kann sich gerade im Bereich der Krankenpflege segensreich auswirken. Der interdisziplinäre Ansatz, das Zusammenwirken in einer therapeutischen Gemeinschaft begeistert viele Menschen aus unterschiedlichen Heilberufen für die Anthroposophische Medizin. Das gemeinsame Menschenbild, die Zusammenarbeit aus einer gemeinsamen Haltung zum kranken Menschen heraus, wird als besondere Stärke der Anthroposophischen Medizin wahrgenommen.

Matthias Girke: Die Anthroposophische Medizin fördert auf der Grundlage eines geisteswissenschaftlich orientierten Verständnisses von Krankheit und Therapie die Gesundungskräfte des Patienten. Damit stellt sie den pathogenetisch orientierten Ansätzen unserer

vertrauten Mainstream-Medizin therapeutische Vorgehensweisen zur Seite, die zukunftsorientiert den Entwicklungsgedanken einschließen. Dieser Ansatz weckt Interesse in den unterschiedlichen therapeutischen Berufsgruppen. Mit ihm sind darüber hinaus charakteristische Qualitäten in der therapeutischen Beziehung zum Patienten verbunden. Sie haben eine starke ausstrahlende Kraft und tragen dazu bei, diese Therapierichtung weiter zu verbreiten. Wir müssen allerdings darauf achten, dass die Anthroposophische Medizin im Sinne einer integrativen Medizin lern- und verstehbar vermittelt wird. Diese Entwicklung erscheint von Rudolf Steiner und Ita Wegman vor knapp hundert Jahren wie vorgedacht für unsere heutige Zeit. Krankheit bedeutet ja immer eine Des-Integration in unserem leiblich-seelisch-geistigen Wesen, und Gesunden eine Art Re-Integration. Dafür bietet die Anthroposophische Medizin wesentliche Möglichkeiten, vor allem auch, weil sie alle an diesem Heilungsprozess beteiligten Berufsgruppen auf einer gleichberechtigten Ebene miteinander vernetzt.

Gilt das auch für die Zukunft?

Matthias Girke: Ja, dafür sogar ganz besonders. Die Anthroposophische Medizin als System kann hier etwas besonders Wichtiges und Effektives leisten, indem sie die unterschiedlichen therapeutischen Professionen miteinander verbindet. Das entspricht auch dem Bedürfnis des Patienten, als ganzer Mensch gesehen zu werden. Wenn wir in diesem Zusammenhang auf den Begriff der Qualität schauen, dürfen wir nicht nur in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität denken, sondern wir müssen immer mit berücksichtigen, dass es auch eine individuelle Qualität in der Medizin gibt, die sich nicht in DIN-Normen pressen lässt. Bei dieser individuellen Qualität geht es um die Frage: Wie finde ich für einen Patienten nicht nur das Wirksame, sondern auch das für ihn Gute? Und wie befähigen wir uns, dass sich dieses Gute aufgliedert in die einzelnen Hilfestellungen – aus der Medizin, den Pflegemaßnahmen, der Heileurythmie, den Kunsttherapien, den Arzneimitteln, der biographieorientierten Gesprächstherapie. Auf diese Weise kann die Anthroposophische Medizin der existierenden Not der Patienten eine Perspektive weisen und eine Hilfe bieten, die mit den gesundenden Kräften des Menschen arbeitet und damit etwas Zukünftiges hat.

Wie lässt sich das in einem Krankenhaus im Zeitalter der Fallpauschalen heute realisieren?

Matthias Girke: Man darf sich durch das Ideal nicht erdrücken lassen und sagen, das erreiche ich nie unter den jetzigen Bedingungen. Es gibt ja auch eine Richtungskraft eines Ideals, wo man sagen kann: Wenn ich von Anfang an versuche, den Patienten in seiner Vielschichtigkeit wahrzunehmen, dann leuchtet sofort eine andere Atmosphäre in diese Beziehung hinein. Menschliche Verbindlichkeit und damit eine Beziehungs-Qualität wird für den Patienten unmittelbar wahrnehmbar. Anthroposophische Medizin setzt das Zusammenwirken der therapeutischen Berufsgruppen voraus. Damit geht es um Fragen der Sozial- und auch der Führungskultur: Wem dient das Unternehmen, das Krankenhaus,

»Die Patientenbegegnung verlangt von uns, aus dem allgemein Gültigen zu individualisierten Entscheidungen zu kommen.«

Dr. Matthias Girke

worauf ist es ausgerichtet? Dient es nur dem Selbsterhalt oder sind funktionale Prozesse auf den Patienten ausgerichtet, bestehen delegierte Verantwortlichkeiten und eine kooperative Autonomie in den einzelnen Berufsgruppen, in der Ausübung therapeutischer Optionen und Tätigkeiten? Kurzum: Sind die Abläufe nicht nur nach Zeit und finanziellem Erlös optimiert, sondern prozessorientiert und damit auf den Patienten ausgerichtet? Alte hierarchische Strukturen konstituieren eine feste, erstarrte Organisation. Prozessorientierung bedeutet demgegenüber die entwicklungsbereite Lebensorganisation einer Einrichtung. Sie kann dazu führen, dass sich eine Gemeinschaft bildet, die von unseren „Gemeinschaftskrankenhäusern“ im Namen geführt wird. Auf dieser Ebene lässt sich viel bewegen.

Wie verträgt sich das mit den Vorgaben der Therapieleitlinien der ärztlichen Fachgesellschaften, die ja mit eingefordert werden, wenn es um die Qualität der Behandlung geht?

Matthias Girke: Die Leitlinien-Medizin hat Chancen und Risiken. Neben einer aktuellen Zusammenfassung gesicherten Wissens kann sie auch mit enormer, fast diktatorischer Kraft in den Alltag wirken. Leitlinien haben unterschiedliche Dimensionen. Sie sind einerseits medizinteoretisch und wissenschaftsbasiert, andererseits bekommen sie im Spannungsfeld wirtschaftlicher Interessen eine problematische Bedeutung. Die Patientenbegegnung verlangt von uns, aus dem allgemein Gültigen zu individualisierten therapeutischen Entscheidungen zu kommen. Anthroposophische Medizin beginnt dort, wo man gemeinsam mit dem Patienten ein allgemeingültiges Prinzip oder eine Leitlinie individualisiert. Und sich fragt: Auf welche Aspekte des Heilbedarfs dieses Patienten muss ich mit welchen Therapieformen antworten? Wir haben ja zurzeit in der Medizin eine Art pharmazeutisch-strategisches Vorgehen, mit dem wir Krankheitsprozesse antagonisieren. Viele Therapien richten sich gegen eine Krankheit – Antipyretika (gegen Fieber), Antirheumatika und Antidepressiva tragen das Präfix „anti“ entsprechend in ihrem Namen. Die Krankheit wird dadurch oftmals angehalten und „eingefroren“, nicht in Entwicklung gebracht. Bei allem, wo wir gegebenenfalls berechtigterweise in diesem Sinne therapeutisch gegen eine Krankheit wirken, zum Beispiel durch eine indizierte Chemotherapie, müssen wir uns auch fragen: Wie können wir dennoch den Entwicklungsprozess unterstützen? Wir brauchen ein Therapiesetting, wo wir Licht und Schatten dieser „einfrierenden“ Maßnahmen kritisch hinterfragen und sie einbetten in ein anthroposophisches Therapiekonzept. Dann lässt sich oft beobachten, wie durch die Krankheit eine erstaunliche Entwicklung erreicht werden kann, die der Patient dankbar bemerkt. Es geht eben nicht nur darum, Hygie- oder Salutogenese zu unterstützen und zu fördern, sondern um die Autogenese, das „Selbstwerden“. Schon Novalis wies gerade den chronischen Krankheiten diese Möglichkeit der Individualisierung zu.

Georg Soldner: Wenn wir die Anthroposophische Medizin dauerhaft in der Medizin verankern wollen, können wir uns nicht auf die Nische einer besonderen

Therapierichtung berufen. Das nimmt uns ja aus dieser Medizin heraus und ist eine rechtliche Falle. Wir setzen eher auf das, was die universellste Eintrittskarte in die Medizin ist: die Forschung. Wir sind nunmal keine traditionelle, sondern eine forschende Therapierichtung. Rudolf Steiner hat seinen Ansatz immer als forschungsorientiert bezeichnet. Das Wichtigste war ihm die Methode, nicht das Ergebnis. Anthroposophische Medizin war von Anfang an interdisziplinär ausgerichtet – darin liegt ihre besondere Stärke und darin unterscheidet sie sich von allen anderen Therapierichtungen. Weder die Homöopathie noch die TCM hat diesen Ansatz, die Schulmedizin schon gar nicht. Dort steht die ärztliche Intervention ganz im Vordergrund. Das führt gerade im Verhältnis von Arzt und Pflegenden zu Spannungen. Dadurch, dass Anthroposophische Medizin eine ressourcenorientierte Medizin ist, dass wir das Lebendige und Seelische und Geistige im Menschen als eigenständige Wirklichkeiten betrachten, arbeiten wir im Team mit Pflegenden und Therapeuten zusammen, kann von jedem ein therapeutisch entscheidendes Handeln ausgehen. Alles ist darauf ausgerichtet, die gesunden Ressourcen des Patienten zu stärken. Das ist es, was wir der Medizin schenken können.

Zeigt sich das schon irgendwo konkret?

Georg Soldner: Ja, durchaus. Wir erleben zum Beispiel gerade in der Kinderonkologie, dass sich Universitätskliniken in Deutschland für das anthroposophische Pflegekonzept interessieren, mit dem am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke krebserkrankte Kinder versorgt werden. Damit können wir gerade bei diesen Kindern, die mit einer höchst wirksamen Chemotherapie an den Rand des Todes geführt werden, die Lebenskräfte stärken. So weit ist der gute Ruf der Anthroposophischen Pflege schon vorgedrungen, und dazu haben forschende anthroposophische Kinderärzte mit ihren Publikationen wesentlich beigetragen.

Gibt es Ähnliches auch bei Erwachsenen?

Georg Soldner: Ja, durchaus. Im Deutschen Ärzteblatt vom 13.11.2015 wurden die Ergebnisse einer randomisierten Studie zur Musiktherapie publiziert. Daraus geht hervor, dass Musiktherapie in der Palliativtherapie nachweislich Entspannung und Wohlbefinden fördert. Bislang galt diese Therapieform als nicht erstattungsfähig – das wird sich jetzt vermutlich ändern. Nun ist Musiktherapie nichts originär Anthroposophisches, aber wir hatten sie bei den Kunsttherapien schon immer mit dabei. Wenn wir unsere Therapiekonzepte in der Medizin verankern wollen, so geht das nur, wenn sie sich einer wissenschaftlichen Erforschung stellen, wie das z. B. derzeit bei einem erfolgreichen anthroposophischen Therapiekonzept für Frauen mit chronischer Müdigkeit bei Brustkrebs erfolgt. Da gelten für uns genau die gleichen Regeln wie für jede andere neue Therapie. Wenn man sich die Mühe macht, etwas wis-

senschaftlich zu zeigen, dann wird es auch aufgegriffen. Das zeigte sich jüngst auch mit der Misteltherapie bei fortgeschrittenem Bauchspeicheldrüsenkrebs.

Nach wie vor werden aber immer noch Bücher und Artikel veröffentlicht, in denen die Anthroposophische Medizin als „unseriös“ und „unwissenschaftlich“ abgekanzelt wird.

Matthias Girke: Das hat sicher unterschiedliche Gründe. Unter anderem denjenigen, dass wir eine nicht mehr zu ignorierende Kraft geworden sind! Man zieht ja nicht zu Felde gegen jemanden, den man nicht als Gegner sieht. Offenbar wird die Anthroposophische Medizin jetzt wieder mehr wahrgenommen – das ist gut so. Wenn man solche Texte durchliest, merkt man allerdings, dass die dort angeführten Argumente zum Teil uralt sind, sich nicht auf die aktuellen Forschungsarbeiten und konzeptionellen Entwicklungen beziehen, diese sogar vielfach ignorieren und bekannte Überzeugungen glaubenskriegartig vortragen. Oft, auch in den jüngsten Publikationen wird der Inhalt weder verstanden noch ist ein Bemühen um Verständnis erkennbar. Möglicherweise auch deshalb, weil das Bemühen, Anthroposophische Medizin zu verstehen, interessanterweise nicht darin mündet, ihre Grundlagen abzulehnen, sondern sich sehr schnell ein erstes Anerkennen einstellt.

Georg Soldner: Ich muss sagen, dass mich diese Bücher und Artikel ziemlich kalt lassen. Allein in meinem Fach, der Kinderheilkunde, hat sich in den vergangenen zwanzig Jahren so vieles bestätigt, was wir von Anfang an vertreten haben. 1984, als ich studierte, wurden wir für die Aussage belächelt, dass sich die kindlichen Organe in den ersten sieben Lebensjahren danach ausformen, was das Kind sozial erlebt. Heute, wo wir die Auswirkungen von frühkindlichem Stress auf die Organentwicklung mehr und mehr erkennen, ist das für jeden Kinderarzt selbstverständlich, das verkündet sogar die American Academy of Pediatrics! Genauso sind wir dafür verlacht worden, dass wir gesagt haben: Darmflora und Ernährung spielen eine Rolle bei der Allergieanfälligkeit. Heute redet jeder vom Mikrobiom des Darmes. Und es war eine schwedische Studie zum anthroposophischen Lebensstil 1999, die die Allergieforschung in der Kinderheilkunde revolutioniert hat und uns die Augen öffnete, welche Rolle Umwelt, Ernährung und Darmflora für das Entstehen von Allergien spielen können. Mit der zunehmenden Antibiotikaresistenz – die ja vorwiegend durch Antibiotika in der Landwirtschaft entsteht – wird unser ganzheitlicher Ansatz immer wichtiger, weil er nachweislich den Antibiotikagebrauch in der Kinderheilkunde stark verringert. Eine ebenso wichtige Rolle spielt der Verzicht auf massenhaften Antibiotikagebrauch in der biologischen Landwirtschaft. Ich kann heute jeden anthroposophisch-medizinischen Vortrag fast lückenlos mit naturwissenschaftlichen Erkenntnissen belegen, die

so vor dreißig Jahren noch nicht da waren. Wir können unsere Medizin inzwischen viel besser begründen.

Woher kommt dann diese Feindseligkeit?

Matthias Girke: Medizinhistorisch haben sich unterschiedliche Systeme initial meistens bekämpft. Wir brauchen nur an Semmelweis und das Kindbettfieber als instruktives Beispiel „kriegerischer“ Auseinandersetzungen in der Medizin zu denken. Diese werden oft durch die Angst provoziert, an Macht und Einfluss zu verlieren. Wir brauchen in der Gegenwart eine konstruktive Dialogkultur und das Anerkennen von Perspektivität in der Medizin, um die fruchtbaren Ansätze unterschiedlicher Richtungen in die Gesamtentwicklung der Heilkunst aufnehmen zu können. Zum anderen geht es um das der Medizin zugrundeliegende Menschenbild. Wenn wir den Menschen als ein auf Entwicklung angelegtes geistiges Wesen begreifen, setzen wir uns in einen diametralen Gegensatz zur weit verbreiteten naturwissenschaftlich und eben nicht geisteswissenschaftlich orientierten Lehrmeinung der Mainstream-Medizin. Das schafft Angriffsflächen und führt dazu, uns in die „Eso-Ecke“ zu verweisen.

Allerdings spricht gerade diese menschenkundliche Perspektive der Anthroposophischen Medizin viele KollegInnen an und macht sie neugierig auf eine medizinische Praxis, die sich an dem leiblich-seelischen und geistigen Verständnis des Patienten orientiert.

Georg Soldner: Manche der Autoren solcher Artikel sind wissenschaftstheoretisch recht naiv. Und sie vergleichen das weit ausgereifte Paradigma der Schul-

medizin mit dem innovativen Ansatz der Anthroposophischen Medizin. Die ist im Vergleich mit der Schulmedizin, die auf eine etwa vierhundertjährige Geschichte zurückblickt, aber noch relativ jung. Wo stand denn die Schulmedizin hundert Jahre nach ihrer Begründung? Da muss sich die Gesellschaft überlegen, ob sie sich nicht selbst ihre innovativen Ressourcen kappt, indem sie ein relativ weit zu Ende entwickeltes Paradigma zum Maß aller Dinge macht.

Nun ist dieses innovative Menschenbild der Öffentlichkeit aber noch eher wenig bekannt und vor allem auch nicht immer nachvollziehbar.

Matthias Girke: Deshalb ist es uns ein großes Anliegen für die nächsten sieben Jahre unserer Amtszeit, die Anthroposophische Medizin verstehbar zu machen. Wir müssen in diesem Zusammenhang auch selbstkritisch sagen, dass wir da in der Vergangenheit manchmal die falschen Signale gesetzt haben, indem wir nach außen den Eindruck erweckt haben, die besseren Ärzte zu sein. Wenn wir sagen, dass wir die Medizin erweitern wollen, dann darf das nicht in einem belehrenden Sinne erfolgen, sondern in Kollegialität und auf Augenhöhe. Dazu gehören eine gute konzeptionelle Verstehbarkeit, eine gut basierte Forschung und eine gut strukturierte

»Wenn man sich die Mühe macht, etwas wissenschaftlich zu zeigen, dann wird es auch aufgegriffen.«

Georg Soldner

Ausbildung. Wir müssen einen konstruktiven Kontakt pflegen, mit der Fachöffentlichkeit ebenso wie mit den Patienten.

Georg Soldner: Anthroposophie lebt nur durch Menschen. Und darin lebt sie sehr verschieden. Wir sind keine besseren Menschen als andere.

Wie wollen Sie diese Verstehbarkeit fördern?

Matthias Girke: Es soll zum Beispiel der erste, 20 Vorträge umfassende Vortragszyklus von Rudolf Steiner, in dem die Anthroposophische Medizin begründet worden ist, in einer kommentierten und textkritischen Ausgabe herausgegeben werden, damit diese Vorträge nachvollziehbar und verstehbar werden können. Auf ihnen beruhen so viele Anregungen – von der Zahnheilkunde über die Onkologie und Misteltherapie bis hin zu den äußeren Anwendungen. Vieles wurde hier in genialer Weise vorgedacht, da steht man oft nur stauend davor. Es ist an der Zeit, dass wir den Anregungen Steiners, der zum Nachweis seiner Angaben Doktorarbeiten und wissenschaftliche Forschung verlangte, immer besser genügen.

Welche Aufgaben sehen Sie als vordringlich, um das Bewusstsein für die innovative Kraft der Anthroposophischen Medizin in der Bevölkerung stärker zu verankern?

Matthias Girke: Wenn die Anthroposophische Medizin zu Antworten findet, die in unserer Gesellschaft als medizinische Fragen und Herausforderungen leben, also zum Gedeihen des Gesamten beiträgt, wird ihre

innovative Kraft besonders sichtbar werden. Darüber hinaus ist die Patienten-Arzt-Beziehung wesentlich. Dabei geht es um das Wesen des Menschen, um seine Würde, um die Inspirationsfähigkeit für den Willen des Patienten und darum, sich gemeinsam zu einem therapeutischen Weg zu entschließen. Dabei kommt es darauf an, die Ärzte und Therapeuten für die Bedeutung des Heilerwillens zu begeistern. Weil das, was der Patient im Gesunden an Willenskräften aufbringen kann, sich an dem entzündet und reflexartig gestaltet, was Ärzte, Pflegende und Therapeuten in sich selbst an Gesundwerde- und Heilungswillen wachrufen können. Das geht auch unter heutigen Bedingungen mit Fallpauschalen und Leitlinien. Hier ist die innere Haltung wesentlich, der Therapiewillen. Beim Gesundwerden geht es eben nicht nur um die Frage, welches Arzneimittel brauche ich, und welche Lebensstiländerung möchte ich inauguriert werden, sondern es kommt auch auf diese innere, geistige Ebene an.

Georg Soldner: Das gilt im ambulanten Bereich genauso. Ärzte, Pflegende und Therapeuten sind ein Team, das nicht darauf zielt, eine naturwissenschaftlich-experimentell erforschte Therapie technisch umzusetzen, sondern auf den verschiedenen Ebenen des Menschseins gemeinsam zu wirken. Das ist der Kern der Anthroposophischen Medizin.



A close-up photograph of mistletoe berries on a branch. The berries are small, round, and green, with some showing a small dark spot. The background is a soft, out-of-focus green, suggesting a natural setting. The lighting is bright, creating a high-contrast, slightly overexposed effect in the upper right corner.

Misteltherapie - qualitativ hochwertig und effektiv

Vom 12. bis 14. November 2015 fand in Nonnweiler das 6. Mistelsymposium statt, an dem sich alle vier Jahre verschiedene Berufsgruppen über den neuesten Stand in der Mistel- und Krebsforschung austauschen.

Ein Gespräch mit Dr. Stephan Baumgartner, Leiter Forschung und Entwicklung, und Dr. Gerhard Schaller, Leiter der pharmazeutischen Abteilung bei der Iscador AG in Arlesheim/Schweiz über die Höhepunkte der Tagung.

Was fanden Sie bei dem Mistel-Symposium in Nonnweiler am spannendsten?

Stephan Baumgartner: Für mich war die Studie zur Misteltherapie bei fortgeschrittenem Bauchspeicheldrüsenkrebs eindeutig der Höhepunkt. Hier kann man ganz klar von einem Wirksamkeitsnachweis sprechen – das Mistelpräparat hat in dieser Studie die Überlebenszeit verlängert und die Lebensqualität verbessert. Die Ergebnisse sind wirklich sehr beeindruckend. Aber auch die präklinischen Forschungsarbeiten gaben interessante Einblicke in die Wirkweise der Mistelpräparate.

Welche Schwerpunkte legen Sie in der Iscador AG?

Stephan Baumgartner: Die Iscador AG hat zwei Hauptschwerpunkte: die klinische und die präklinische Forschung. In der klinischen Forschung wenden wir verschiedene Methoden an – von der randomisierten Studie bis zur strukturierten Dokumentation von Einzelfällen. Thematisch konzentrieren wir uns derzeit auf die Misteltherapie bei Darm-, Brust- und Bauchspeicheldrüsenkrebs. In der präklinischen Forschung geht es darum, das Wirkprinzip der Mistelpräparate noch besser zu verstehen und die Wechselwirkungen mit konventionellen Therapien zu untersuchen, z. B. mit Zytostatika, monoklonalen Antikörpern oder anderen ganz neuen Präparaten, aber auch mit Strahlentherapie. Darüber hinaus suchen wir ständig nach Ansätzen, um die Wirksamkeit noch weiter zu verbessern.

Die Iscador AG ist ein noch ganz junges Unternehmen – welchen Stellenwert haben Forschung und Entwicklung bei Ihnen?

Stephan Baumgartner: Beides ist uns sehr wichtig. Wir investieren wesentlich höhere Anteile unseres Budgets in Forschung und Entwicklung als andere vergleichbare Unternehmen unserer Branche. Es ist unser zentrales Anliegen, wirksame Präparate von gleichbleibender Qualität herzustellen, diese kontinuierlich weiterzuentwickeln und zu verbessern.

Wie definieren Sie die Qualität Ihrer Mistelpräparate?

Gerhard Schaller: Unser wichtigstes Anliegen ist die Kontinuität in der anthroposophischen Mistelpharmazeutik. Durch die jahrzehntelange Arbeit im Verein für Krebsforschung stützen wir uns in der Iscador AG auf reichlich Erfahrung. So pflegen wir unsere Mistelbestände auf ausgesuchten Wirtsbäumen bereits seit den 1950er Jahren und erweitern diese ständig, indem wir zum Beispiel die seltene Eichenmistel auf eigenen Standorten kultivieren. Die wirtsbaumspezifische Verarbeitung der Sommer- und Wintermisteln führt durch eine spezifische Fermentation zu den typischen Sommer- und Winterextrakten. In einem technisch sehr anspruchsvollen Prozess werden schließlich die jeweiligen Auszüge zum eigentlichen Wirkstoff gemischt. Dabei tropft der Sommerextrakt aus einem Meter

Höhe in den Rand einer Titanscheibe von einem Meter Durchmesser, die mit 10.000 Umdrehungen pro Minute rotiert und den Wintermistelextrakt aus der Mitte der Scheibe als dünnen Film nach außen ausbreitet. Diese Maschine wurde gemäß den Angaben von Rudolf Steiner speziell konstruiert.

Was ist der Sinn dieses ja doch sehr aufwendigen Verfahrens?

Gerhard Schaller: Die Mistelextrakte erhalten in diesem Prozess eine spezielle Qualität, die sich in biologischen Testsystemen nachweisen lässt. Anschliessend wird der Mistelwirkstoff in verschiedenen Konzentrationen in Ampullen abgefüllt, wofür wir unsere Anlage auf den neuesten technischen Stand gebracht haben. Zudem verfügen wir seit kurzem über eine vollkommen neue Konfektionierungsabteilung, die modernsten behördlichen Anforderungen entspricht. Darauf sind wir sehr stolz!

Welche Rolle spielt der Wirtsbaum in der Misteltherapie?

Stephan Baumgartner: Die Mistel existiert nie ohne Baum, und die Forschung zeigt, dass die Wirtsbäume die Mistelextrakte bis in das Inhaltsstoffspektrum beeinflussen. Das hat sich in Nonnweiler erneut bestätigt. Kiefer- und Tannenmistelextrakte enthalten zum Beispiel relativ wenig Mistellektine, dafür mehr Visco-toxine, während die Eichenmistel sehr viel Mistellektin aufweist. Das spielt für die Behandlung unterschiedlicher Krebserkrankungen eine wesentliche Rolle, die wir künftig noch eingehender erforschen wollen.

Die Maschine zum Vermischen von Sommer- und Winterextrakt.



Man kann durchaus Erfolge erzielen

Ein Gespräch mit Ilona Köster-Steinebach, Referentin für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen für den Bundesverband der Verbraucherzentralen (VZBV) und Vertreterin des VZBV in der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss, über die Chancen und Schwierigkeiten ihrer Arbeit als Patientenvertreterin.

Sie sitzen als Vertreterin des VZBV u. a. im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA), dem obersten Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Wer gehört noch zu dieser Patientenvertretung?

Ilona Köster-Steinebach: Es sind insgesamt vier Organisationen: Neben dem VZBV ist es noch die Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen, dazu gehören auch die Gesundheitsläden. Außerdem ist die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen dabei und der Deutsche Behindertenrat. Der Behindertenrat besteht aus dem Sozialverband Deutschland (SoVD), dem Verband der Kriegsversehrten und Hinterbliebenen, unabhängigen Behindertenorganisationen und der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe. Wir sind verpflichtet, gewisse Aufgaben gemeinsam und einheitlich zu erfüllen. Und jeder Patientenvertreter in einem Gremium muss die Zustimmung von allen haben. Das ist gesetzlich so vorgesehen.

In welchen Gremien sind Sie tätig?

Köster-Steinebach: Ich bin im Unterausschuss Qualitätssicherung und in verschiedenen Arbeitsgruppen davon aktiv, außerdem im Gemeinsamen Ausschuss Qualitätssicherung in diversen Arbeitsgruppen. Seit kurzem bin ich auch im Innovationsausschuss, der an den GBA angegliedert ist. Der soll sich um die Förderung von neuen Versorgungs- und Forschungsprojekten kümmern.

Wie lässt sich Qualität für Patienten in solchen Ausschüssen und Arbeitsgruppen überhaupt vertreten?

Köster-Steinebach: Das ist ein weites Feld, kein Wert an sich. Ganz neutral gesagt geht es darum, ob ein Ergebnis mit den vorher definierten Vorgaben übereinstimmt. Dazu haben die unterschiedlichen Beratungsparteien natürlich unterschiedliche Ideen. Wenn Ärzte über Qualität reden, geht es meist darum, ob die Behandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt ist. Für uns als Patientenvertreter ist etwas ganz anderes wichtig. Uns geht es darum, ob der Patient nach seinen Wünschen über seinen Gesundheitszustand und die möglichen Maßnahmen richtig aufgeklärt worden? Ist er in die Lage versetzt worden, selbständig zu entscheiden? Wurde er dabei möglichst neutral beraten? Meist ist das nicht der Fall.



Ilona Köster-Steinebach

Was wäre denn dafür erforderlich?

Köster-Steinebach: Das ist im Bürgerlichen Gesetzbuch in § 630a niedergelegt. Wenn das so eingehalten würde, wie es dort vorgeschrieben wird, hätten wir schon viel erreicht. Da heißt es z. B., es sei „vor allen wesentlichen Maßnahmen“ aufzuklären „über die Art der Erkrankung, über alle möglichen medizinischen Maßnahmen, deren Erfolgswahrscheinlichkeiten, Risiken und über den Fortgang der Erkrankung ohne Behandlung“. Vor allem die Erfolgswahrscheinlichkeiten werden nur selten wirklich besprochen. Auch Alternativen werden nicht benannt. Wie kann ich aber einschätzen, welchen Weg ich gehen soll, wenn ich die Erfolgsaussichten nicht kenne, weder die von Weg A noch die von Weg B?

Wir wissen ja, dass heute viel zu viel operiert wird und dass es für manche Eingriffe gar keine Indikation gegeben hat.

Köster-Steinebach: Ja, dann hören wir oft: „Der Patient wollte das so, deshalb haben wir das gemacht.“ Oder: „Ich wusste zwar, dass der Eingriff nicht nötig war, aber wenn ich ihn nicht gemacht hätte, hätte ihn ein anderer vorgenommen.“ Das ist ja kein Argument. Der Arzt muss sicherstellen, dass die Maßnahme, die er anwendet, für den Patienten einen potentiellen Nutzen hat. Wenn das nach Abwägen von Risiken und Vorteilen nicht hinreichend gegeben ist, darf der Eingriff nicht erfolgen. Gesetz und Wirklichkeit klaffen hier unglaublich auseinander. Aber ich kann mich wenigstens auf das Gesetz berufen.

Was ist als Qualitätskriterium für Patienten sonst noch wichtig?

Köster-Steinebach: Zum Beispiel die Frage: Wird das alles medizinisch nach bestem Verständnis ausgeführt? Werden das Selbstbestimmungsrecht und die Würde

»Wir müssen schon sehr dicke Bretter bohren, um die patienten-relevanten Punkte einzubringen und zu bewirken, dass sie ernstgenommen werden.«

des Patienten gewahrt? Wird vermeidbares Leid wie z. B. Schmerzen abgewendet? Welche Lebensqualität wird erzielt? Es geht ja nicht nur darum, Lebenszeit zu gewinnen, sondern auch Lebensqualität. Danach muss man fragen bei der Qualitätssicherung. Welche gesundheitsbezogene Lebensqualität kommt bei einer Behandlung heraus? Das sind Fragen, die wir stellen, und die wir in Maßnahmen zu übersetzen versuchen.

Was erleben Sie dabei?

Köster-Steinebach: Es ist ein harter und steiniger Weg, diese Punkte zu verankern. Kernpunkte der Qualitätssicherung sind meist technische oder administrative Fragen. Da geht es zum Beispiel um die Frage: Wie hoch ist das Flächendosisprodukt bei Koronarangiographie? Auf Deutsch: Mit welcher Strahlenbelastung ist eine Herzkatheter-Untersuchung verbunden? Diese Frage ist nicht unwichtig. Aber schon vorher würde ich wissen wollen: War der Herzkatheter überhaupt nötig? Hatte er therapeutische Konsequenzen? Was wird nachfolgend für den Patienten besser? Wir versuchen, diese Aspekte in die Qualitätssicherung zu integrieren – aber das ist schwierig, weil die Ärzte eben vor allem die Strahlenbelastung interessiert. Das dient dem Patienten aber nicht wirklich als Orientierung, wenn die anderen Fragen vorher nicht beantwortet wurden. Wir müssen da schon sehr dicke Bretter bohren, um die patienten-relevanten Punkte einzubringen und zu bewirken, dass sie auch ernstgenommen werden.

Aber diese Fragen müssten doch auch Ärzte interessieren?

Köster-Steinebach: Ärzte beschränken sich oft auf das rein Fachliche. Die wirklich qualitätsrelevanten Fragen verbirgt man gerne unter einer Flut von Daten, so dass es schwierig ist, daraus eine Qualitätsaussage abzuleiten. Wir erleben bei den Leistungserbringern eine große Abneigung, darzustellen, was gut ist. Die Qualitätssicherung beschränkt sich meist darauf, darzustellen, was so schlecht ist, dass es dringend geändert werden müsste. Bei den Krankenhäusern haben wir oft den Eindruck, dass wichtige Faktoren – z. B. die Personalausstattung – bewusst nicht erfasst werden, um weitere Einsparpotentiale zu ermöglichen, die nicht im Patienteninteresse liegen. Das ist Sparen auf Kosten der Patienten.

Wie stellen sich die Krankenkassen denn dazu?

Köster-Steinebach: Auch die Kassen sind da nicht immer hilfreich. Ich habe oft den Eindruck, dass es

eher darum geht, mit Qualitätssicherung Kosten zu vermeiden oder zu senken. Das mag ein legitimes Anliegen sein. Natürlich senkt eine Operation, die vermeidbar ist, die Kosten. Es greift aber zu kurz. Vor allem, wenn es darum geht, die Kosten für Qualitätssicherungsmaßnahmen zu senken. Das ist nicht adäquat. Und da stehen wir dann oft allein auf weiter Flur.

Haben Sie dafür ein Beispiel?

Köster-Steinebach: Nehmen Sie die Personalausstattung. Alle Studien sagen: genügend Personal ist eine Mindestvoraussetzung, eine notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für Qualität. Bei allen Qualitätssicherungsmaßnahmen muss der Personalstand berücksichtigt werden. Die Deutsche Krankenhaus-Gesellschaft sagt: Das machen wir nicht mit, das wollen wir nicht. Der GKV-Spitzenverband sagt: Na gut, bevor es gar keine Qualitätssicherungsmaßnahme gibt, lassen wir das eben weg. So arrangiert man sich dann. Wenn wir als Patientenvertreter versuchen, den Finger möglichst effektiv in die Wunde zu legen, sind wir natürlich der Buhmann.

Was wäre aus Ihrer Sicht nötig, um mehr Qualität im Sinne der Patienten zu erreichen?

Köster-Steinebach: Das neu geschaffene Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG), wäre ein Akteur, der in der Lage wäre, sinnvolle Vorschläge zur Qualitätssicherung zu machen. Bei der Gründung hat man es aber unter die Kontrolle der stimmberechtigten Organisationen im GBA gestellt: Kassen, Krankenhäuser, Ärzte. Man hat noch nicht einmal die normalen Rechte der Patientenvertretung bei der Kontrolle des Instituts gewahrt: Es gibt weder ein Antrags-, noch ein Mitberatungs-, geschweige denn ein Einsichtsrecht in die Steuerungsgremien des Instituts. Die Kassen und Leistungserbringer fanden das natürlich gut. Und die Regierungskoalition meinte: Wenn alle großen

»Entscheidungen müssen noch nicht einmal begründet werden.«

„Player“ der Meinung sind, dass das so gut ist, dann sind wir auch damit einverstanden. In unseren Augen war das ein Kardinalfehler, denn jetzt kontrollieren die Kontrolleure die Kontrolleure – das ist absurd.

Wie ist die Situation beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen?

Köster-Steinebach: Das IQWiG hat die gleiche Steuerungslogik, aber ganz andere Aufgaben. Beim IQWiG geht es um die Arzneimittelversorgung. Da gibt es eine klare Methodik: Man scannt die Studien und schreibt die Evidenz zusammen. Die Pharmaindustrie, die davon unter Umständen betroffen sein könnte, sitzt nicht in den Steuerungsgremien des Instituts. Das neue IQTiG dagegen hat einen völlig anderen Auftrag, hier geht es um die Ausgestaltung: Welche Maßnahmen sind richtig, um Qualitätsdefizite deutlich zu machen? Wie wird das berichtet? Welche Konsequenzen knüpfen sich daran? Das ist sehr viel kreativer und vor allem politischer als beim IQWiG. Deshalb ist es besonders fatal, wenn hier diejenigen, die kontrolliert werden sollen, das selbst tun.

Wer entscheidet denn dann letztlich?

Köster-Steinebach: Auf jeden Fall nicht die Patienten. Beim GBA entscheidet bei Stimmenparität der Vorsitzende. Warum überlässt man diese Entscheidungsfunktion nicht wenigstens bei der Qualitätssicherung den Patientenvertretern? Bei der Methodenbewertung muss das nicht unbedingt sein – da könnte man unterstellen, dass wir immer gern alles haben wollen, was wir bekommen können. Aber bei der Qualitätssicherung sind es gerade die Patientenvertreter, die Transparenz einfordern. Unser einziges Interesse ist, dass die Patienten gut versorgt werden. Zumindest hierfür wäre ein Stimmrecht für uns nötig.

Muss denn wenigstens eine Entscheidung gut begründet werden?

Köster-Steinebach: Nein, noch nicht einmal dazu ist man verpflichtet. Wir erleben häufig, dass unsere Argumente per Abstimmung einfach vom Tisch gewischt werden, sofern wir überhaupt die Gelegenheit bekommen, sie vorzutragen. Wir fänden es gut, wenn die Vertreter der Leistungserbringer und Kassen wenigstens begründen müssten, warum sie sich mit einem unserer Anträge nicht befassen wollen oder ihn ablehnen. Im

Moment müssen sie nichts tun, außer im richtigen Moment die Hand zu heben, und das war's. So eine Begründungspflicht hätte für uns auch einen disziplinierenden Effekt: Wir könnten nur Dinge vorbringen, die wir gut begründen können.

Besteht die Chance, dass sich da etwas ändert?

Köster-Steinebach: Das ist schwer zu sagen. Der Gesetzgeber ist der Auffassung, mit dem neuen Krankenhausstrukturgesetz und zum Teil auch mit dem Versorgungsstärkungsgesetz gute Schritte eingeleitet zu haben. Zweifellos gibt es da auch gute Ansätze. Die Frage ist trotzdem: Reicht das, wenn die Steuerungsprobleme nicht gelöst sind? Im GBA geht es um die Einkommensinteressen der Leistungserbringer und die Kostensenkungsinteressen der Kassen. Das heißt aber noch lange nicht, dass das Interesse nach bestmöglicher Patientenversorgung abgedeckt ist. Aus meiner Sicht muss unbedingt etwas an dieser Steuerungslogik gedreht werden.

Was Sie schildern, klingt nach einer mühsamen, sicher oft auch zermürenden Arbeit. Woraus beziehen Sie Ihre Kraft?

Köster-Steinebach: Ich beziehe meine Kraft daraus, dass

ich merke, wie notwendig es ist, was wir tun. Für mich persönlich gehört eine christliche Grundhaltung dazu: Ich kann nicht die Augen verschließen, wenn ich weiß, dass ich etwas tun könnte. Hin und wieder kann man auch Erfolge erzielen. Das muss man sich immer wieder vor Augen halten, und dann geht es auch wieder weiter.

Haben Sie ein Beispiel für so ein Erfolgserlebnis?

Köster-Steinebach: Nehmen Sie den Qualitätsbericht der Krankenhäuser. Auf meine Initiative geht es zurück, dass es dort ein Kapitel zur Barrierefreiheit gibt. Das ist immer noch verbesserungsfähig, aber es steht wenigstens drin! Oder die Angaben zur Personalausstattung, oder dass mehr Qualitätsindikatoren berichtet werden. Als ich anfang, mussten nur 10 Prozent der Qualitätsindikatoren wie z. B. Sterbe- und Infektionsraten krankenhausbezogen berichtet werden. Heute sind wir locker bei über 60 Prozent. Das heißt noch nicht, dass die richtigen Dinge öffentlich zugänglich sind, aber es bringt keiner mehr das Argument, dass Patienten solche Dinge nicht zu wissen brauchen. Das haben wir überwunden. Und wir sind auch nicht mehr weit davon entfernt, vielleicht doch noch Patientenbefragungen als eine der Säulen für Qualitätssicherung mit einzubinden. Wir arbeiten jedenfalls daran!

Anzeige



Albert-Kolbe-Heim, Kassel

Lebensräume fürs Alter – gemeinsam gestalten

Als Kreditspezialistin finanzieren wir seit 40 Jahren Pflegeeinrichtungen, Betreutes Wohnen oder Mehrgenerationenprojekte. Denn wir lieben es, gemeinsam Lebensräume für das Alter zu schaffen. Ihr Wunsch ist unser Spezialgebiet gerne begleiten wir Sie dabei.

Finanzierungsangebote und Vermögensberatung, Telefon +49 234 5797 300, www.gls.de

GLS Bank
das macht Sinn

Qualität gemeinsam mit Patienten entwickeln

*Ein Plädoyer für eine stärkere Berücksichtigung
der Interessen und Bedürfnisse von Patienten im
Krankenhaus. Von Peter Zimmermann*

Peter Zimmermann, geb. 1948, ist Diplom-Psychologe und war seit 1978 in der Kinder- und Jugendpsychiatrie am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke tätig. Seit 1992 war er im Vorstand der Klinik, heute Vorstand der Stiftung zur Entwicklung von Gemeinschaftskrankenhäusern. Bis 2014 war er im Vorstand des Verbands Anthroposophischer Kliniken und im Dachverband Anthroposophische Medizin in Deutschland (DAMiD). Er ist Geschäftsführer der Modell Herdecke Plus, integrierte Gesundheitsversorgung GmbH.



»Unter den gegebenen Bedingungen begrenzter Ressourcen gleicht eine Konsensfindung über das, was Versorgungsqualität beinhalten sollte, schon zwischen Leistungserbringern, Leistungsempfängern und Kostenträgern der viel zitierten Quadratur des Kreises.«

AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen, im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses, Methodenpapier 4.0, 17.02.2015, Seite 18



AQUA-Qualitäts-
report 2014

Qualitätsentwicklung ist ein Instrument, kein Selbstzweck. Sie soll dazu dienen, dass jeder Patient die ihm angemessene beste Behandlung erhält. Wie jedes Instrument kann sie auch für andere Zwecke missbraucht werden – das Messer, mit dem wir unser Gemüse schneiden, kann auch eine tödliche Waffe sein. Wie sollen sich also die anthroposophischen Kliniken dazu verhalten, wenn die Regierung der Großen Koalition das Ziel einer „Qualitätsoffensive“ im Munde führt, in Wahrheit aber die Ressourcen der Krankenhäuser weiter verknappt und damit Qualität gefährdet? Wie sollen sie reagieren, wenn die Regierung über einen sogenannten „Qualitätswettbewerb“ die Zahl der Krankenhäuser verringern und damit einen Prozess voranbringen will, in dessen Verlauf die Patientenversorgung mehr und mehr zentralisiert werden soll? Die Regierenden missbrauchen damit das Instrument der Qualitätsentwicklung!

Skepsis ist auch deshalb angebracht, weil mit denselben Argumenten Instrumente der Qualitätskontrolle bei gleichzeitigen Einsparungen zunächst in anderen Bereichen der Sozialleistungen eingeführt wurden, bei den Schwächeren, von denen man weniger Widerstand erwarten konnte als im Gesundheitswesen, nämlich bei Menschen mit Behinderungen und in der Altenhilfe.

Sind aber die Methoden der Qualitätsentwicklung überhaupt geeignete Instrumente, um Patienten in den Krankenhäusern besser zu versorgen? Zunächst ist festzuhalten: Gute Qualität bei der Behandlung in Krankenhäusern beginnt nicht erst mit dem neuen Gesetz – das ist nachweisbar. Alle Kliniken in Deutschland sind schon seit vielen Jahren verpflichtet, an der externen Qualitätssicherung teilzunehmen. Sie liefern Daten aus 30 verschiedenen Leistungsbereichen (416 Qualitätsindikatoren) an das AQUA-Institut, das im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses einen jährlichen Bericht darüber veröffentlicht.

Diese Indikatoren erfassen vor allem die aufwändigen Operationen, aber auch die Geburtshilfe, die Therapie der Lungenentzündung und die Prävention des Dekubitus in der Pflege. In diesem Jahr stellt der Bericht fest, dass sich die Qualität bei 15,6 Prozent der Indikatoren verbessert hat, bei 79,3 Prozent gleich gut geblieben ist und lediglich bei 3,4 Prozent der Indikatoren ver-

schlechtert hat. Krankenhäuser, deren Ergebnisse statistisch auffällig sind (5 Prozent), werden im sogenannten „strukturierten Dialog“ aufgefordert, Stellung zu nehmen. Externe Experten suchen sie zum kollegialen Gespräch auf (bei 25,5 Prozent der auffälligen Ergebnisse) und schauen sich die Abteilungen selbst an (6,4 Prozent der auffälligen Ergebnisse). Im Ergebnis werden dann Ziele vereinbart, um die Qualität zu verbessern. Im Qualitätsbericht des einzelnen Krankenhauses müssen 67 Prozent der Indikatoren veröffentlicht werden.

Den wenigsten Patienten dürfte dies alles bekannt sein. Was vor allem daran liegt, dass der Qualitätsbericht eines Krankenhauses, aber auch der bundesweite Qualitätsreport selbst für Experten eine schwer verdauliche Lektüre darstellt. Das soll und wird sich künftig ändern, die Berichte sollen „patientenfreundlicher“ werden.

Dieser Prozess der externen Qualitätssicherung enthält zwei zentrale Elemente, die ich für berechtigt halte: Lernen aus den Ergebnissen des eigenen Handelns und öffentliche Rechenschaft (Transparenz). Die besten Absichten allein reichen in der Medizin nicht aus. Unser therapeutisches Handeln muss den Patienten helfen, und wir tun gut daran, dies auch zu überprüfen. Die statistisch aufbereiteten Daten der Qualitätsindikatoren können uns darauf aufmerksam machen, wenn etwas nicht so läuft, wie es sollte. Dann sind wir aufgefordert zu überprüfen, was im einzelnen Fall wirklich vorgelegen hat.

Und: Wer als Krankenhausträger den öffentlichen Auftrag übernimmt, eine Region zu versorgen, sollte gegenüber Bürgern, Patienten und Krankenkassen auch bereit sein, Rechenschaft abzulegen.

Die anthroposophischen Krankenhäuser geben mit dem „AnthroMed“-Verfahren ein eigenes, zusätzliches Qualitätsversprechen ab. Darin haben sie den Anspruch formuliert, „aus Routinedaten den Nachweis einer überdurchschnittlichen medizinischen Qualität“ zu führen. Neben den Daten der externen Qualitätssicherung geschieht dies auch durch regelmäßige Patientenbefragungen (z. B. mit dem anspruchsvollen PICKER-Verfahren).



Daraus geht hervor: Wenn die Behandlung in einem anthroposophischen Krankenhaus gelingt, formulieren Patienten das so: „Ich bin mit meiner Krankheit und in meiner persönlichen Lebenssituation ernst genommen worden.“ Was wäre aber ein geeigneter Qualitätsindikator für eine solche gelungene Behandlung? Und gibt es überhaupt Qualitätsindikatoren aus der Perspektive der Patienten?

Es hat mehr als fünf Jahre gedauert, bis wenigstens das Ergebnis einer einzigen Krankenhausbehandlung ab 2017 auch aus Patientensicht bewertet werden soll: das der perkutanen Koronarintervention (PCI), also der Eingriffe mit dem Herzkatheter. Indikatoren für die in der internationalen Diskussion immer wichtiger werdende „Patientenorientierung“ fehlen bisher völlig. Das ist zu wenig!

Patienten wollen heute über ihre Krankheit und eventuelle Behandlungsalternativen angemessen informiert und in wichtige Entscheidungen einbezogen werden. Sie wünschen sich Gespräche auf Augenhöhe, bei denen auch ihre Angehörigen dabei sein können. Sie setzen voraus, dass das therapeutische Team gut zusammenarbeitet. Sie wollen auf die Zeit nach dem Krankenhaus gut vorbereitet und im Umgang mit den Krankheitsfolgen unterstützt werden.

Weil das so ist, hat der Verband der Anthroposophischen Kliniken im Gesetzgebungsverfahren vorgeschlagen, die Qualität der Krankenhäuser künftig auch

aus Patientensicht und nicht nur aus Expertensicht zu definieren und zu bewerten. Wir wollten die Politik beim Wort nehmen, die immerhin als neues Ziel im Gesetz nicht nur eine „qualitativ hochwertige“ sondern auch eine „patientengerechte“ Versorgung eingeführt hat. Das sollte nicht nur ein Lippenbekenntnis bleiben, das für den Rest des Gesetzes keine Folgen hat.

Immerhin konnten wir diesen Vorschlag im Gesundheitsausschuss des Bundestages erläutern und wurden darin von der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe und der Verbraucherzentrale Bundesverband unterstützt. Eine Änderung des Gesetzes konnten wir diesmal noch nicht erreichen. Aber es gilt, dieses Ziel langfristig weiter zu verfolgen und weitere Bündnispartner dafür zu gewinnen.

Wenn wir die Patienten und ihre Vertreter aktiv an der Qualitätsentwicklung der Krankenhäuser beteiligen, und wenn wir die „Patientenorientierung“ eines Krankenhauses angemessen abbilden und bewerten, wenn wir bereit sind, aus den Ergebnissen unseres medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Handelns zu lernen, und wenn wir darüber transparent Rechenschaft ablegen, dann wirken wir mit an einer Kultur des Vertrauens in den Krankenhäusern.

Damit schaffen wir wesentliche Bedingungen für die „persönliche Hilfeleistung“ aller an der Behandlung Beteiligten, die mehr ist als eine qualitätsgesicherte, standardisierbare Dienstleistung.

Auf den nächsten 14 Seiten zeigen wir Ihnen Anthroposophische Medizin in Bildern – hier eine Patientin im Paracelsus-Krankenhaus Unterlengenhardt, die einer Mitarbeiterin auf dem Flur begegnet. Was für ein Verhältnis die beiden zueinander haben, muss gar nicht weiter kommentiert werden ...







Dr. Stefan Bernitzki, Neonatologe am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke, horcht die Lunge eines Frühchens ab – und das Baby hilft dabei sogar mit!







Kunsttherapien sind ein zentraler Bestandteil Anthroposophischer Medizin. Dazu gehören Musik- und Maltherapie, therapeutische Sprachgestaltung, Heileurythmie und Plastisches Gestalten mit Ton, Holz oder Stein. Hier stehen von Patienten gestaltete Tonobjekte zum Trocknen auf dem Regal.

Gut versorgt fühlt sich diese alte Dame auf der Abteilung für Geriatrie im Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe. Die Behandlung dort ist gezielt darauf ausgerichtet, die Eigenständigkeit zu wahren oder zurückzubringen.





Gesunde Ernährung mit leckerem Essen ist ein Merkmal anthroposophischer Kliniken. Die von den Köchen (hier der Herdecker Chefkoch Patrick Wiesen) verarbeiteten Lebensmittel stammen vorwiegend aus regionalem Bio-Anbau.



In vollen Zügen genießen kann dieser Junge die rhythmische Rückeneinreibung, die ihm eine Krankenschwester gibt.





Moderne Architektur mitten im Grünen, die so gar nicht nach Krankenhaus aussieht: Die Filderklinik in Filderstadt bei Stuttgart. In dem lichtdurchfluteten Eingangsbereich plätschert ein Brunnen, große Grünpflanzen sorgen für ein angenehmes Raumklima.









Dr. Christian Scheffer mit Medizinstudentinnen im Praktischen Jahr bei der Visite auf einer der Ausbildungsstationen im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke im Rahmen des Integrierten Begleitstudiums Anthroposophische Medizin. Die Ausbildungsstation wurde 2015 mit dem Lehrpreis des Landes Nordrhein-Westfalen ausgezeichnet. Die Studierenden lernen dort eigenständiges Arbeiten und reflektieren ihre Behandlungsmethoden unter Anleitung eines Oberarztes – eine vorbildliche Ausbildung direkt am Patienten.



23

22

3

7

1

10

4

12

2

9

6

8

5

11

13

15

14

16

17

18

19/20

21

Anthroposophische Kliniken stellen sich vor

1. GEMEINSCHAFTSKRANKENHAUS HERDECKE
2. DIE FILDERKLINIK, FILDERSTADT BEI STUTTGART
3. GEMEINSCHAFTSKRANKENHAUS HAVELHÖHE, BERLIN
4. KRANKENHAUS LAHNHÖHE, LAHNSTEIN
5. FRIEDRICH-HUSEMANN-KLINIK, BUCHENBACH
6. KLINIK ÖSCHELBRONN, NIEFERN-ÖSCHELBRONN
7. REHAKLINIK SCHLOSS HAMBORN, BEI PADERBORN
8. PARACELUS-KRANKENHAUS UNTERLENGENHARDT
9. BELEGKLINIK FÜR HOMÖOTHERAPIE
AM KLINIKUM HEIDENHEIM
10. MEDIZINISCHE KLINIK I AM KLINIKUM NIEDERLAUSITZ,
LAUCHHAMMER
11. KLINIKEN SONNENECK, BADENWEILER
12. ALEXANDER-VON-HUMBOLDT-KLINIK, BAD STEBEN
13. HAUS AM STALTEN, STEINEN-ENDENBURG
14. MUTTER-/VATER-UND-KIND KURHEIM ALPENHOF,
RETTENBERG
15. KLINIK ARLESHEIM (SCHWEIZ)
16. PARACELUS-SPITAL RICHTERSWIL (SCHWEIZ)
17. REGIONALSPITAL EMMENTAL (SCHWEIZ),
ABTEILUNG KOMPLEMENTÄRMEDIZIN
18. CASA ANDREA CRISTOFORO, ASCONA (SCHWEIZ)
19. OSPIDAL ENGIADINA BASSA, SCUOL (SCHWEIZ)
ABTEILUNG FÜR INTEGRATIVE MEDIZIN
20. CLINICA CURATIVA, SCUOL (SCHWEIZ)
21. CASA DI SALUTE RAPHAEL, RONCEGNO (ITALIEN)
22. VIDARKLINIK, JÄRNA (SCHWEDEN)
23. THE RAPHAEL MEDICAL CENTRE, TONBRIDGE (GB)



Der Leitende Arzt der Radiologie und Neuroradiologie, Dr. Alexander Ranft, bespricht mit einer Kollegin aus der Neurologie die in der Angiographie gewonnenen Befunde.

Hochleistungstechnik und menschliche Zuwendung

Das Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke verbindet
High Tech mit Anthroposophischer Medizin

Das Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke investiert in die Zukunft: Im Frühjahr 2016 werden dort ein 3-Tesla-Hochfeld-MRT (Standard sind 1,5 Tesla), ein 320-Zeilen-CT (üblich sind 64 Zeilen) sowie eine Zwei-Ebenen-Angiographieanlage installiert. Für diese umfangreichen Neuanschaffungen errichtet die Klinik eigens einen Anbau an die bereits bestehende Abteilung für Radiologie. „Mit dieser neuen technischen Ausstattung, die universitärem Standard entspricht, verfügen wir über die besten High-End-Geräte, die es derzeit auf dem Markt gibt“, sagt Geschäftsführer Christian Klodwig. „Mit dieser Investition stellen wir unter Beweis, dass sich Hochleistungs- und Anthroposophische Medizin wundervoll in- und aneinander fügen können: Der Einsatz moderner Großgeräte ermöglicht es, Diagnostik und Therapie nicht nur auf

allerhöchstem Niveau durchzuführen, sondern schafft auch eine schonende und patientenfreundliche Atmosphäre, die nicht zuletzt durch ein Minimum an Strahlenbelastung gewährleistet wird. Von den neuen Verfahren profitieren dabei vor allem Patienten, bei denen anthroposophische Therapieverfahren zumeist im späteren Behandlungsverlauf, etwa während der Intensivbehandlung und/oder einer sich anschließenden z. B. neurologischen Frührehabilitation Anwendung finden können.“

Schon bisher verfügte das Gemeinschaftskrankenhaus über ein MRT und ebenso über ein Angiographie-Gerät, die neuen Anlagen sind jedoch erheblich leistungsfähiger. Davon profitieren mehrere Abteilungen gleichzeitig: Neurologie, Neurochirurgie und Neuropädiatrie ebenso wie Kardiologie, Onkologie und Gynäkologie. So



bietet die Anlage z. B. die Möglichkeit, Blutgefäße im gesamten Körper einschließlich des Gehirns genaustens und in 3-D-Qualität darzustellen. Damit ermöglicht sie spezielle Kathetereingriffe an den Hirnarterien, z. B. bei erweiterten Arterien (Aneurysma), die zu platzen drohen, oder bei Hirnblutungen. Darüber hinaus ist es möglich, verstopfte Arterien im Gehirn oder an den Halsschlagadern – häufige Ursache für einen Schlaganfall – zu eröffnen, fehlgebildete Blutgefäße zu behandeln und vieles andere mehr. In der Onkologie können Zellgifte in Lebertumore oder -metastasen eingeleitet werden und diese gezielt zerstören (Chemoembolisation). Das hat den Vorteil, dass nicht der gesamte Körper mit Zellgiften belastet wird. In der Gynäkologie

kann bei Verdacht auf Brustkrebs eine Gewebeprobe MRT-gesteuert und damit besonders zielsicher entnommen werden (MRT-gesteuerte Mamma-Biopsie). In der Kardiologie ermöglicht das neue Gerät künftig einen Ausbau der Herzkatheter-Untersuchungen mit oder ohne Stent-Einlage sowie das Einbringen moderner Herzschrittmachersysteme.

Auch für die Diagnostik bei Kindern ist das Krankenhaus nun optimal aufgestellt, denn die Anlage arbeitet extrem leise, und die Eltern können sogar während der Untersuchung neben ihrem Kind liegen, um es zu beruhigen.

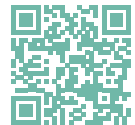
Dank des neuen Geräteparks kann das Gemeinschaftskrankenhaus künftig ein Neurozentrum etablieren, an dem 10 Fachabteilungen beteiligt sind: Neuroradiologie, Neurologie, Neurochirurgie, Neuro-Frühreha, Abteilung für Rückenmarksverletzte, Erwachsenen- und Kinderpsychiatrie, Neuropädiatrie, Anästhesie und Onkologie. Den Menschen im Ruhrgebiet steht damit wohnortnah ein integrativmedizinisches Zentrum auf höchstem fachlichem Niveau zur Verfügung. Die Klinik ist mit drei Professuren (integrative Neuromedizin, integrative Kinder- und Jugendmedizin, Lebensqualität/Spiritualität/Coping) und zwei Lehrstühlen (Medizintheorie/Integrative und Anthroposophische Medizin; Kinder- und Jugendpsychiatrie) Teil des universitären Campus für die Universität Witten-Herdecke und mit 13 Fachabteilungen und ca. 1200 MitarbeiterInnen die größte anthroposophische Akutklinik weltweit. Jährlich werden hier über 50.000 Patienten ambulant und stationär versorgt.

Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke

Akutkrankenhaus für die Regionalversorgung
Gerhard-Kienle-Weg 4
58313 Herdecke
Telefon 02330-62-0
Telefax 02330-62-3995
kontakt@gemeinschaftskrankenhaus.de
www.gemeinschaftskrankenhaus.de

471 Betten. Alle Kassen.

Neurologie mit Stroke Unit; Neurochirurgie; Radiologie (inkl. interventionelle Neuroradiologie); Abteilung für Rückenmarksverletzte; Neurologische Frührehabilitation; Psychiatrie (inklusive Tagesklinik); Psychosomatik; Geburtshilfe (Perinatalzentrum Level II); Gynäkologie mit Brustkrebszentrum (DKG-zertifiziert), gynäkologischem Krebszentrum und Beckenbodenzentrum; Innere Medizin mit Gastroenterologie (inklusive Darmzentrum), integrativer Onkologie und Kardiologie; Allgemein- und Viszeralchirurgie mit Tumorchirurgie, minimal-invasiver Chirurgie, Koloproktologie, Unfallchirurgie; Kinder- und Jugendmedizin mit Neonatologie (Perinatalzentrum Level II), Kinder- und Jugenddiabetologie, Kinderonkologie; Kinder- und Jugendpsychiatrie; Anästhesie mit Intensivstation und Schmerztherapie



*Die Neonatologie bietet ein 24-Stunden-
Rooming-In für Eltern und Kind.*

Alles Lebendige braucht Pflege

Das heilsame Konzept der Anthroposophischen Pflege wird an der Filderkliniek besonders berücksichtigt.

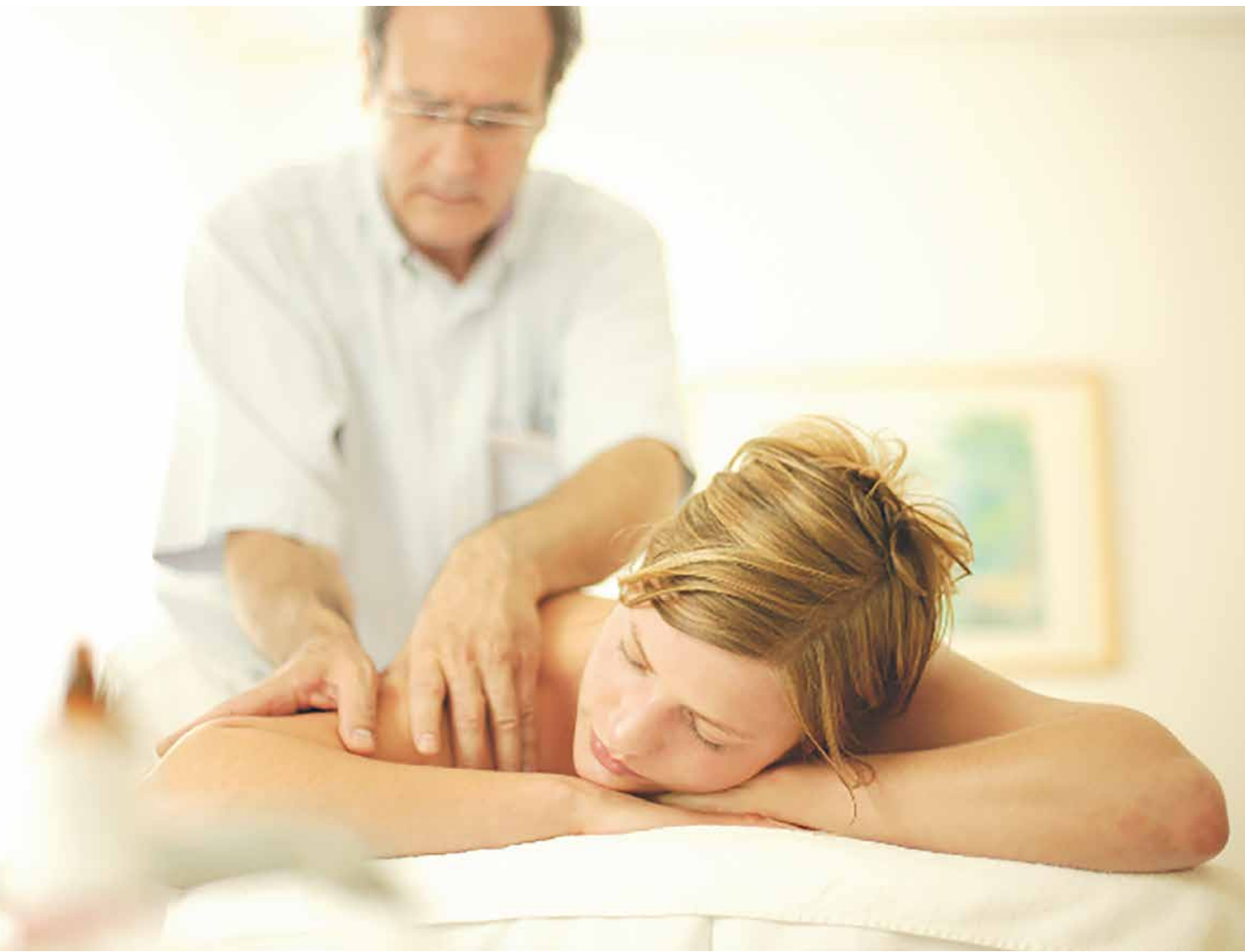
Die Filderkliniek ist ein erfolgreich nach KTQ zertifiziertes Krankenhaus. Dabei stehen K für Kooperation, T für Transparenz und Q für Qualität. Die Gutachter loben vor allem die Freundlichkeit und Herzlichkeit sowie die hohe Motivation der Mitarbeiter. Insbesondere die Arbeit der Pflegenden gilt als vorbildlich, weil sie getragen ist von einem hohen Maß an Empathie im Umgang mit den Patienten.

Grundlage dafür ist die hohe Wertschätzung, die der Pflege innerhalb der Filderkliniek zukommt. „Nur Mitarbeiter, deren Arbeit geachtet wird und die ihre Arbeit so weit wie möglich selbst gestalten können, sind in der Lage, für die Patienten da zu sein“, sagt Martin Höfflin, Pflegedienstleitung an der Filderkliniek. „Die gute Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Ärzten sowie Therapeuten ist ein weiteres Kennzeichen. Die Patienten sollen spüren, dass sich alle an ihrer Behandlung Beteiligten absprechen und gemeinsam mit dem Patienten an einem Strang ziehen.“

Wie muss Pflege heute gestaltet werden, damit sie auch in unserer materialistisch geprägten Zeit als eine Pflege des Menschlichen verstanden wird? „In der Filderkliniek wird der Mensch nicht über seine Krankheit definiert“, sagt Rolf Heine, der als Experte für Anthroposophische Pflege für die Pflegeentwicklung zuständig ist. „Wir brauchen in der Pflege ein Menschenbild, das einen echten Begriff von der menschlichen Würde hat. Im anderen das Ich, die unzerstörbare Individualität, zu sehen und anzusprechen, ist unsere wichtigste Aufgabe.“ Dabei gehe es nicht nur darum,



Die Patientenzimmer in der Filderkliniek sind schön hell und vermitteln durch ihre warme Farbgestaltung sowie ihren speziellen Grundriss ein Gefühl der Geborgenheit.



Rhythmische Einreibungen nach Wegman/Hauschka fördern das Gesundwerden auf sanfte, aber höchst wirksame Weise.

die Patientenrechte zu würdigen und einzuhalten. Im Mittelpunkt stehe vielmehr die individuelle Entwicklung des Einzelnen.

Die Anthroposophische Pflege überzeugt vor allem durch ihre inhaltlichen und ganzheitlichen Konzepte: Sie erweitert die normalen Pflegetätigkeiten um äußere Anwendungen wie Wickel, Auflagen und Einreibungen, die auf einem umfassenden Verständnis der leiblichen, seelischen und geistigen Bedürfnisse des zu Pflegenden beruhen und alle diese Gesten in unterschiedlicher Ausprägung abfordern. Es sind vor allem zwölf Gesten, die dieses Pflegekonzept charakterisieren: Raum schaffen, einhüllen, ausgleichen und harmonisieren, anregen und reizen, belasten, erwecken, bestätigen, aufrichten, reinigen, ernähren, entlasten, abwehren. Diese Gesten leiten das Handeln in der Anthroposophischen Pflege – immer mit dem Ziel, im Schutze der Hülle gebenden Pflege dem betroffenen Menschen wieder zu Selbständigkeit und Autonomie oder zu einem menschenwürdigen Dasein zu verhelfen.

Akute und chronische Krankheiten sowie Behinderungen lassen sich durch medizinische Maßnahmen allein meist nicht beseitigen oder bessern. Vor allem die Pflege ermöglicht Lebensqualität und würdigt den Kranken oder Pflegebedürftigen in seiner biographischen Situation. Deshalb hat die Pflege im Rahmen der Anthroposophischen Medizin einen besonderen Platz und hohen Stellenwert.

Die Filderklinik

Akutkrankenhaus für die
Regionalversorgung
Im Haberschlag 7
70794 Filderstadt
Telefon 0711-7703-0
www.filderklinik.de

219 Betten. Alle Kassen.

Anästhesie, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Neonatologie, Allgemeine Innere Medizin und Gastroenterologie, Zentrum für Integrative Onkologie, Intensivmedizin, Kinder- und Jugendmedizin, Erwachsenen-Psychosomatik und -Psychotherapie; Kinder- und Jugendpsychosomatik, Palliativmedizin; Physiotherapie, Kunsttherapien, Heileurythmie; Privatambulanzen aller Fachabteilungen; Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-Psychotherapie; Radiologie mit CT- und MRT-Diagnostik, Röntgenpraxis; Privatambulanz für Anthroposophische Medizin.



Integrative Onkologie – für den Patienten

Das Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe in Berlin ist das erste von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierte Onkologische Zentrum in Deutschland mit einem integrativ-medizinischen Angebot

Die integrative Onkologie bildet in Havelhöhe einen besonderen Schwerpunkt mit drei Organzentren: Lungen-, Brust- und Darmkrebszentrum sind hier unter einem Dach vereint. Das Besondere: Die leitlinienorientierte interdisziplinäre Diagnostik und Behandlung umfasst nicht nur modernste Verfahren der Schulmedizin, sondern von Anfang an auch das gesamte Spektrum der anthroposophischen Therapien. Dazu gehören neben Kunsttherapien mit Malen, Plastizieren und Sprachgestaltung auch die Heileurythmie sowie die Rhythmische Massage und äußere Anwendungen mit Wickeln, Einreibungen und Auflagen. Hier kommt vor allem der zugewandten, liebevollen Betreuung durch die Pflegenden ein besonderer Stellenwert zu, was von Krebspatienten sehr geschätzt wird.

Das Lungenkrebszentrum ist deutschlandweit das einzige mit einer solchen integrativ-onkologischen Ausrichtung, weshalb viele Patienten aus dem ganzen Bundesgebiet zu uns kommen. Auch das integrativ-anthroposophische Konzept des Brust- und Darmkrebszentrums ist im Großraum Berlin einzigartig. Besondere Erfahrungen bestehen mit der Misteltherapie, die bei den meisten Krebserkrankungen von Anfang an mit eingesetzt werden kann – schon vor einer Operation und ebenso parallel zu Chemo-, Antikörper- oder Strahlentherapie. Oft werden gerade diese Maßnahmen dann viel besser vertragen und können gegebenenfalls sogar höher als sonst dosiert werden – was ihre Wirksamkeit noch erhöht; ganz abgesehen davon, dass die Misteltherapie die Lebensqualität verbessert und den Patienten wieder zu mehr Souveränität und Eigenständigkeit verhilft.

*Dr. Christian Grah,
Leiter des Lungen-
krebszentrums in
Havelhöhe, bei einer
Bronchoskopie (Unter-
suchung der Atemwege).*

*Die Chirurgin aus dem
Darmkrebszentrum
kümmert sich persön-
lich vor dem Eingriff
um die zu operierenden
Patienten.*

Eine ausgewiesene Expertise besteht auch in der onkologischen Schmerztherapie und Palliativmedizin sowie in der Psychoonkologie und einer biographisch orientierten Gesprächstherapie.

In der interdisziplinären Tumorkonferenz werden jede Woche bis zu 50 Patienten besprochen, wobei besonders darauf geachtet wird, die Therapie so individuell wie möglich zu gestalten.

Das Zertifikat der Deutschen Krebsgesellschaft würdigt die hohe Expertise der Klinik in Diagnostik und Therapie onkologischer Erkrankungen sowie die langjährige Erfahrung in Havelhöhe und bestätigt die hohe Qualität der ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Versorgung. Wörtlich heißt es in den Kommentaren aus dem Auditbericht vom Juli 2015: „Der Gesamteindruck, den das Zentrum hinterlassen hat, war außerordentlich positiv.“ Besonders hervorzuheben seien das „spürbare außerordentliche Engagement aller Beteiligten“, die „stabilen Strukturen“, das „außergewöhnlich hohe Maß an gelebter Interdisziplinarität und Kollegialität“, das „große Engagement der Pflege“ sowie das „gut funktionierende selbst aufgebaute Tumordokumentationssystem.“

Die MitarbeiterInnen in Havelhöhe legen großen Wert darauf, dass gerade Krebspatienten genügend Zeit bekommen, die sie brauchen, um sich mit den existenziellen Fragen auseinanderzusetzen, mit denen die Diagnose „Krebs“ jeden Menschen konfrontiert. Das Ziel dabei ist, für jeden Patienten die individuell passende Diagnostik und Therapie zu finden – nicht über seinen Kopf hinweg, sondern in einem partnerschaftlichen Verhältnis auf Augenhöhe und im wechselseitigen Vertrauen. Alle Therapiemaßnahmen sind darauf ausgerichtet, den Menschen aktiv in die Behandlung mit einzubeziehen und seine Selbstheilungskräfte wachzurufen und zu stärken.

Havelhöhe ist seit vielen Jahren Mitglied im Tumorzentrum Berlin und in verschiedenen fachlichen Arbeitsgruppen aktiv, sowohl hinsichtlich der Tumordokumentation als auch der Qualitätssicherung. Die





Klinik ist akademisches Lehrkrankenhaus der Charité Berlin. Für einen bruchlosen Übergang in die ambulante Versorgung der Patienten sorgt das Zentrum für ambulante Tumorthherapie im MVZ Havelhöhe. Eine große Nachsorge-Dokumentation und eine Studienambulanz komplettieren das patientenzentrierte Angebot. Denn es ist selbstverständlich, dass gerade dieses besondere integrativ-onkologische Angebot wissenschaftlich begleitet und ausgewertet wird.



Dr. Cornelia Herbstreit, Leitende Ärztin von Brustkrebszentrum, Gynäkologie und Geburtshilfe, bespricht mit einer Kollegin die Befunde einer Mammographie.

Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe
Akutkrankenhaus für die Regionalversorgung
Kladower Damm 221
14089 Berlin
Telefon 030-36501-0
Telefax 030-36501-366
info@havelhoehe.de
www.havelhoehe.de

358 Betten (davon 15 Tagesklinik). Alle Kassen. Innere Medizin; Gastroenterologie; Onkologisches Zentrum mit Brust-, Darm- und Lungenkrebszentrum und Schwerpunkt gastroenterologische Tumoren; Diabetologie, Geriatrie, Kardiologie, Pneumologie, Schilddrüsenzentrum, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Psychosomatik, Schmerz- und Palliativmedizin, Hospiz. Zertifiziert als „Babyfreundliches Krankenhaus“ sowie als Kontinenz- und Beckenbodenzentrum.



Eine feste Größe im Wandel der Zeit

Das überregionale Zentrum für psychosomatische
Medizin im Krankenhaus Lahnhöhe

Es weht ein besonderer Geist an diesem Ort: Eingebettet in die Natur, schuf Max-Otto Bruker vor über 30 Jahren eine ganzheitlich orientierte internistische Klinik. Heute prägen Klienten und Mitarbeiter gemeinsam das von Kreativität und Mitmenschlichkeit getragene Heilklima einer anthroposophisch basierten überregionalen Abteilung für psychosomatische Medizin. Hier können Menschen genesen, sich ihrer Wurzeln bewusst werden und sich weiterentwickeln.

Seit 2005 setzt Chefarzt Dr. med. Henning Elsner auf das Zusammenspiel von altbewährten und neu entwickelten Methoden aus Anthroposophischer Medizin und Naturheilkunde: Dauerdusche, Wickel und Auflagen, Einreibungen, Sauerstoff-Mehrschritttherapie, Physiotherapie mit medizinischer Trainingstherapie, Schwimmbad, Sauna und vieles mehr.

Zehn verschiedene sinnesbasierende Verfahren können in Gruppen- oder Einzelsettings ihre heilsame Wirkung entfalten: Musik-, Tanz- und Trommeltherapie, Schauspiel, Heileurythmie, Plastizieren, Malen, Bothmer-Gymnastik und Sprachgestaltung. Darin können die Patienten ihren individuellen Ausdruck finden, ungeahnte Ressourcen entdecken und sich wieder neu ausbalancieren.

Die Abteilung wendet jedoch nicht nur traditionelles Heilwissen an, sondern öffnet sich auch neuen Strömungen. So werden z. B. Achtsamkeitskurse angeboten (Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR), es gibt eine Sinnes- und Genussgruppe sowie eine Gruppe für die körperorientierte Feldenkrais-Methode.

Inzwischen hat auch die Poesietherapie ihren Platz in der Klinik gefunden. Diese Methode bringt die Klienten über die Sprache behutsam zu ihren inneren Bildern. Einmal wöchentlich trifft sich fortlaufend eine offene Schreibgruppe, in der Texte verfasst und gelesen werden. Das stärkt das Selbstwertgefühl und die Selbstwirksamkeit der Teilnehmer. In den Feedback- und Sharing-Runden erfahren sie Wertschätzung und können darüber hinaus neue Perspektiven in ihrer Gedankenwelt entdecken.

Im Einzelsetting verfasst der Patient zwischen zwei Sitzungen eigene Texte, die der Therapeut ihm während der Sitzung vorliest. Dabei kann sich der Patient wie in einem sprachlichen Spiegel selbst erkennen und neue Facetten an sich wahrnehmen.

*Die Gruppentherapie „Schauspiel“ –
eines der Angebote der Klinik.*





Jahresfeste sind Teil der sinnesbasierten Therapie.

Das therapeutische Konzept der Klinik Lahnhöhe baut ergänzend zu den Einzeltherapien und den pflegerischen Co-Therapien stark auf die heilende Wirkung von Gemeinschaft. Eine wesentliche Rolle zum Erkennen systemischer Zusammenhänge und generationsübergreifender Belastungen spielen dabei die Familien- und Strukturaufstellungen.

Traumatisierte Patienten können in einer Trauma-Umgangsgruppe theoretische und praktische Skills erwerben, um sich zu stabilisieren.

Für zusätzlichen Halt sorgt der rhythmisch strukturierte Tages- und Wochenablauf. Auch die großen Rhythmen des Lebens und im Jahreslauf kommen nicht zu kurz. Mitarbeiter und Patienten gestalten gemeinsam Jahresfeste wie Weihnachten, Ostern oder Michaeli und erfahren so Mitmenschlichkeit und geistigen Bezug im direkten Erleben.

Das interdisziplinäre Ärzteteam des Hauses besteht aus Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Psychiatrie, Psychotherapie, Neurologie und HNO sowie Ärzten mit den Zusatzbezeichnungen Anthroposophischer Arzt, Psychotherapie, Homöopathie, Naturheilverfahren, traditionelle chinesische Medizin, Chirotherapie, Schmerztherapie und Ernährungsmedizin. Weitere Zusatzqualifikationen bestehen in Psychoonkologie (ID Institut) und Hypnotherapie. Darüber hinaus sind psychologische Psychothera-

peuten, ein Sozialdienst und Klinikseelsorger tätig, die überkonfessionell arbeiten.

Behandelt werden Patienten aller Kassen mit psychosomatischen und psychischen Erkrankungen. Die Einweisung erfolgt durch den Fach- oder Hausarzt. Eine Hilfe beim Einweisungsverfahren ist über das Clearingbüro unter der Telefonnummer 02621-915-357 möglich. Einmal wöchentlich bietet das Haus eine telefonische Patientensprechstunde an.



Krankenhaus Lahnhöhe

Am Kurpark 1

56112 Lahnstein

Telefon 02621-915-0

Telefax 02621-915-575

www.lahnhoehe-psychosomatik.de

202 Betten. Alle Kassen.

Psychosomatische Medizin und ganzheitliche Heilkunde bei Depressionen, Angsterkrankungen, somatoformen Störungen, phobischen Störungen, Essstörungen, psychischen/psychovegetativen Funktionsstörungen, psychisch beeinflussbaren körperlichen Erkrankungen, Reaktionen auf Belastungen, Anpassungsstörungen.



Landschaftlich reizvoll im südlichen Schwarzwald und idyllisch gelegen: Die Friedrich-Husemann-Klinik.

Die Seele gesunden lassen

Die Friedrich-Husemann-Klinik
für Psychiatrie und Psychotherapie

Wenn die Seele krank wird, verändert sich das gesamte Erleben und Verhalten des Menschen. Manchmal reicht eine ambulante Therapie dann nicht mehr aus – und ein stationärer Aufenthalt wird erforderlich. Dafür bietet die Friedrich-Husemann-Klinik in Buchenbach bei Freiburg den passenden Rahmen. Hier, mitten in einer idyllischen Natur am Südrand des Schwarzwalds, kann die Seele gesunden.

Grundlage der Behandlung ist ein spezielles medizinisch-therapeutisches Konzept, bei dem die klassische psychiatrische Diagnostik und Behandlung mit Anthroposophischer Medizin ergänzt wird. Neben einer auf die individuellen Bedürfnisse angepassten medikamentösen Therapie bietet die Friedrich Husemann Klinik vor allem Gesprächs- und Psychotherapie in Verbindung mit körperorientierten Konstitutions-therapien an. Zu diesen gehören sowohl die anthroposophischen Heilmittel als auch äußere Anwendungen wie Wickel, Auflagen, Einreibungen und Bäder. Das vielfältige Angebot an Kunst- und Bewegungstherapien wirkt über die seelische Ebene hinaus heilend auf den Körper, fördert dort Gestaltungsprozesse und regt die seelische Entwicklung an.

Viele psychische Erkrankungen entstehen durch Hektik, Unruhe, Anspannung, Effizienzdruck und Reiz-

überflutung. Hier schaffen die spezifischen anthroposophischen Atem- und Rhythmustherapien sowie die Seelenübungen einen heilsamen Ausgleich, der den Menschen wieder zur Ruhe kommen lässt und der Seele Raum zum Atmen verschafft. Dadurch kann der Mensch wieder zu seinem inneren Gleichgewicht zurückfinden. Alle Therapieformen, Übungen und Anwendungen sind nicht auf die psychiatrische Behandlung begrenzt, sondern lassen sich gut in den späteren Lebensalltag einbauen und in diesem weiterführen.

Die therapeutische Gemeinschaft an der Friedrich-Husemann-Klinik, in der Ärzte, Therapeuten, Pflegende und Sozialarbeiter Hand in Hand zusammenarbeiten, schafft die Grundlage für ein vielfältiges Angebot verschiedener weiterer Heilverfahren.

Das Gesamtkonzept der Behandlung soll die Eigenaktivität und den Gesundheitswillen des Erkrankten aufrufen und seine Autonomie und Selbstorganisation fördern. Dabei werden auch die sozialen Kontakte gefördert und der individuelle Aufbau menschlicher Beziehungen wieder ermöglicht.

Die Wiederherstellung des gesunden Zusammenhanges von Körper, Seele und Ich ermöglicht dem Patienten einen neuen Freiraum zur weiteren persönlichen Entwicklung.



*Eine rhythmische Schultereinreibung
wirkt entspannend und lösend.*

*Das Plastizieren mit Ton setzt kreative Kräfte
frei und kann einen neuen Zugang zu bislang
verschütteten Emotionen vermitteln.*

Friedrich-Husemann-Klinik

Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Friedrich-Husemann-Weg 8
79256 Buchenbach
Telefon 07661-392-0
Telefax 07661-392-400
info@friedrich-husemann-klinik.de
www.friedrich-husemann-klinik.de

103 Betten. Alle Kassen.

Akute psychische Erkrankungen wie Depression,
bipolare Störungen, schizophrene Erkrankungen,
Persönlichkeits-, Angst-, Ess- und Zwangsstö-
rungen, Belastungs- und somatoforme Störun-
gen sowie organisch-psychische Störungen.





Die Ganzkörper-Hyperthermie wird bei Krebs ebenso eingesetzt wie bei chronischen Schmerzen, z. B. Fibromyalgie.

Mut zum Sein – Vertrauen ins Werden

Klinik Öschelbronn – Centrum für Integrative Medizin,
Schmerz- und Krebstherapie

62

medizin individuell | Klinikausgabe 2015/16 | KLINIK ÖSCHELBRONN

Als eines der führenden regionalen Zentren für Integrative Medizin, Schmerz-, Krebs- und Palliativmedizin verknüpft die Klinik Öschelbronn seit über 40 Jahren „das Beste aus zwei Welten: Schul- und Komplementärmedizin vereinigen sich hier zu einem integrativen, anthroposophischen Behandlungskonzept. Dazu gehören unter anderem Kunsttherapien, Heileurythmie, medizinische Trainingstherapie und psychoonkologische Betreuung sowie Misteltherapie und Hyperthermie. Im Zentrum steht dabei jeweils der Mensch in allen seinen Dimensionen, den körperlichen ebenso wie den seelischen und geistigen.

Eine besondere Kompetenz des Hauses besteht in der Hyperthermie. Diese Überwärmungstherapie hat sich seit vielen Jahren in der Onkologie und Schmerztherapie bewährt. Viele Patienten kommen extra für diese Therapie nach Öschelbronn. Es werden zwei Formen der Hyperthermie unterschieden: die örtliche Überwärmung („lokoregionäre Elektrohysterthermie“) und die Ganzkörper-Hyperthermie.

Bei der örtlichen Überwärmung kommt es darauf an, Krebszellen (vor allem von inoperablen Tumoren) direkt durch Hitze zu zerstören. Bei der Ganzkörper-Hyperthermie wird der gesamte Organismus unter vier großen Infrarot-Wärmestrahlern erwärmt. Dabei steigt die Körperkerntemperatur langsam, aber stetig an, bis sie bei ca. 39-40 °C liegt. „Diese Form der Hyperthermie ist sehr heilsam, aber auch anstrengend, deshalb kommt sie nur für Patienten in Frage, die eine gewisse Belastung auch aushalten können“, sagt Dr. Matthias Woernle, Leitender Arzt der Klinik.

Daneben stellt die Schmerztherapie den zweiten wichtigen Schwerpunkt der Klinik dar. Chronische Schmerzen werden als ganzheitliches Geschehen betrachtet mit körperlichen, psychischen, spirituellen und

sozialen Anteilen. Dieser individuelle Blick auf den erkrankten Menschen und das sich daraus ableitende breite Spektrum an Behandlungsvarianten erhöhen die Chance auf einen dauerhaften Therapieerfolg.

Das Spektrum der Indikationen, die wir in der Schmerztherapie behandeln, umfasst neben dem Fibromyalgiesyndrom auch rheumatoide Erkrankungen, neuropathische und krebbsbedingte Schmerzen, regionale myofasziale Schmerzsyndrome (Schulter-Arm-Syndrom, „Tennis-Ellenbogen“, Schmerzen in Hüft- und Kniegelenk, Sehnenscheidenentzündungen), chronische Rückenschmerzen, Migräne und chronische Kopfschmerzen sowie CRPS (Chronic Regional Pain Syndrome, ehemals Morbus Sudeck).

Neben der stationären Behandlung bietet die Klinik Öschelbronn eine ambulante Betreuung in den Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) in Öschelbronn und Ludwigsburg oder in der Tagesklinik an, die der Klinik direkt angeschlossen ist. Für die ambulante Chemotherapie steht unsere onkologische Ambulanz zur Verfügung.

Klinik Öschelbronn GmbH
Am Eichhof 30
75223 Niefern-Öschelbronn
Telefon 07233-68-0
Telefax 07233-68-110
info@klinik-oeschelbronn.de
www.klinik-oeschelbronn.de

70 Betten. Alle Kassen.
EFQM-zertifiziert. Mitglied beim internationalen Netzwerk „Singende Krankenhäuser e.V.“



*Wunderschön
mitten in der
Natur gelegen:
die Reha-Klinik
Schloss Hamborn.*



Neue Kräfte sammeln

Die Reha-Einrichtung Schloss Hamborn bei Paderborn

Im Anschluss an eine Akuttherapie ist bei schweren Erkrankungen oft eine Reha-Maßnahme sinnvoll. Schloss Hamborn ist die einzige Einrichtung in Deutschland, die nach anthroposophischem Konzept arbeitet und mit der Deutschen Rentenversicherung kooperiert. Behandelt werden vor allem Krebserkrankungen sowie orthopädische und psychosomatische Krankheiten.

Die Patienten schätzen die Ruhe der idyllisch gelegenen, modernen Klinik und insbesondere das vielfältige, auf die Individualität abgestimmte Therapiekonzept. Es ist ganz darauf ausgerichtet, nach all den eingreifenden und anstrengenden Therapien den Menschen innerlich wie äußerlich wieder zu stabilisieren: mit Misteltherapie, Heileurythmie, künstlerisch-kreativen Therapien, psychotherapeutischen Gruppen- und Einzelgesprächen, Gymnastik, Sport- und Ergotherapie (z. B. Bothmergymnastik), Physiotherapie, Rhythmischer Massage, Lymphdrainage, Wickeln und Auflagen, ergänzt von einer feinen vegetarischen Kost (nach Absprache auch mit Fleisch oder Fisch), vorwiegend in Demeter-Qualität.

Hier kann jeder Patient wieder neue Kräfte sammeln und seelisch wie körperlich wieder ins Lot kommen. „Wir wollen die Menschen wieder zu sich selbst zurückführen“, sagt Dr. Nora Flemming, Leitende Ärztin in Schloss Hamborn. „Gerade die Heileurythmie kann den Patienten in gute harmonische Bewegungen führen und damit die Selbstwahrnehmung fördern.“

Das Therapieprogramm wird zu Beginn im Gespräch zwischen Ärzten und Patienten festgelegt. „Wir gehen auf jeden Patienten individuell ein“, sagt Dr. Flemming. „Wir stellen das Programm für jeden einzelnen Patienten zusammen und besprechen im Lauf der Reha, ob es so passt oder geändert werden muss. Manche

Patienten brauchen dabei mehr, andere weniger Unterstützung. Die Lebensgeister auf allen Ebenen des Seins wieder zu wecken und die soziale Wiedereingliederung zu ermöglichen, ist uns ein zentrales Anliegen.“



Reha-Klinik Schloss Hamborn
33178 Borcheln
Telefon 05251-3886-0
rehaklinik@schlosshamborn.de
www.schloss-hamborn.net

Maltherapie in Schloss Hamborn



Weitere anthroposophische klinische Einrichtungen

PARACELSUS-KRANKENHAUS

Burghaldenweg 60
75378 Unterlengenhardt

Telefon 07052-925-0
www.paracelsus-krankenhaus.de



65 Betten. Allgemeine Innere Medizin: Magen-/Darm-, Herz-Kreislauf- und rheumatische Erkrankungen, Onkologie und Palliativversorgung (6–8 Betten) mit angeschlossener Chemotherapie-Ambulanz. Spezielle Erfahrungen mit Hyperthermie und Lokaler Hyperthermie, Misteltherapie. Wir vereinigen moderne Schulmedizin mit den bewährten Methoden der Anthroposophischen Medizin und Naturheilkunde. Ruhige Lage in einem Luftkurort im Nordschwarzwald. Alle Kassen.

BELEGKLINIK FÜR HOMÖOTHERAPIE AM KLINIKUM HEIDENHEIM

Schlosshaustraße 100
89522 Heidenheim

Telefon 07321-33-2381/2502
www.kliniken-heidenheim.de



18 Betten. Akute und chronische Erkrankungen aus der Inneren Medizin: Herz-/Kreislauf-, Lungen-, Magen-/Darm-, Nieren-, Schilddrüsen- und Hauterkrankungen, Krebs, Diabetes, Multiple Sklerose, Rheuma, Schmerzen. Alle Kassen.

KLINIKEN SONNENECK

Reha-Klinik: Kanderner Straße 18
Fachklinik: Wilhelmstraße 6
79410 Badenweiler

Telefon 07632-752-0
www.sonneneck-fachklinik.de
www.rehaklinik-sonneneck.de



Psychosomatische Fachklinik. Indikationen: Burnout, Erschöpfung, Depression, Angst-/Traumastörung, chronische Schmerzen. Private Kassen, Beihilfe. Reha-Klinik für psychosomatische Störungen; gesetzliche Krankenkassen, Beihilfe.

HAUS AM STALTEN

Staltenweg 25
79585 Steinen-Endenburg

Telefon 07629-9109-0
www.stalten.de



30 Betten. Sanatorium für Allgemeinmedizin und Anthroposophische Medizin, am Südhang des Schwarzwalds gelegen. Indikationen: Erschöpfungszustände, psychosomatische Störungen, Krebsleiden, Rheuma, Abwehrschwäche, Asthma, Allergien, Herz-Kreislauf- und Stoffwechselkrankheiten, Migräne. Alle Kassen.

ALEXANDER-VON-HUMBOLDT-KLINIK

Dr. Gebhardt-Steuer-Str. 24
95138 Bad Steben

Telefon 09288-920-400
www.humboldtklinik.de



50 Betten. Rehabilitationsklinik für Geriatrie (Schlaganfall, Knochenbrüche, Folgeschäden von Diabetes, Parkinson, beginnende Demenz). Kurzzeitpflege mit weiterführenden Therapien; Physio- und Ergotherapie, Logopädie, physikalische Therapie. Alle Kassen.

MUTTER-/VATER-UND-KIND KURHEIM ALPENHOF

Hinterberg 7
87549 Rettenberg

Telefon 08327-9230
www.alpenhof-alberga.de



23 Apartments für 23 Erwachsene und ca. 45 Kinder. Einziges Kurheim in Deutschland für Mutter-/Vater-Kind-Kuren nach anthroposophischem Konzept. Waldorfpädagogische Betreuung, biologische Vollwert-Ernährung. Alle Kassen, Beihilfe.

KLINIKUM NIEDERLAUSITZ Medizinische Klinik I Zentrum für Integrativmedizin

Friedensstraße 18
01979 Lauchhammer

Telefon 03573-752801
www.klinikum-niederlausitz.de



65 Betten. Allgemeine Innere Medizin, Gastroenterologie, Onkologie: Integrativmedizin mit Fokus im Bereich der Anthroposophischen Medizin im Rahmen eines Krankenhauses in öffentlicher Trägerschaft (560 Betten, 15 Fachabteilungen). Kooperation mit der Medizinischen Hochschule Brandenburg.

KLINIK ARLESHEIM

Pfeffingerweg 1
CH-4144 Arlesheim

Telefon 0041-61-705-7111
www.klinik-arlesheim.ch



82 Betten plus 20 Betten onkologische Tagesklinik. Akutspital für Innere Medizin, Onkologie, Psychiatrie/Psychosomatik. Breites ambulantes Angebot. Hausarztmedizin auch im Ita Wegman Ambulatorium in Basel. Öffentliche Apotheken, eigene Heilmittelherstellung. Forschung. Älteste anthroposophische Klinik weltweit: 95 Jahre Erfahrung in Anthroposophischer Medizin. Im April 2014 durch die Fusion von Ita Wegman Klinik und Lukas Klinik entstanden.

PARACELSUS-SPITAL RICHTERSWIL

Bergstrasse 16
CH-8805 Richterswil

Telefon 0041-44-787-2121
www.paracelsus-spital.ch



48 Betten. Gemeinnütziges Akutspital mit einem öffentlichen Leistungsauftrag für Komplementärmedizin. Integrative Geburtshilfe und Frauenheilkunde; Zentrum für Integrative Onkologie und Hämatologie; allgemeine Innere Medizin mit Kardiologie und Gastroenterologie. Kompetenzzentrum für Palliativmedizin. Diagnostikzentrum. Stillfreundliche Klinik.

CASA ANDREA CRISTOFORO

Via Collinetta 25
CH-6612 Ascona

Telefon 0041-91-7869600
www.casadicura.ch



31 Betten. Rekonvaleszenz nach schweren Erkrankungen, Operationen, Burnout und anderen Erschöpfungszuständen. Einzigartige Lage oberhalb des Lago Maggiore. Vollwertküche aus biologisch angebauten Produkten.

REGIONALSPITAL EMMENTAL, ABTEILUNG KOMPLEMENTÄRMEDIZIN

Dorfbergstraße 10
CH-3550 Langnau i.E.

Telefon 0041-34-4213131
www.spital-emental.ch



12 Betten. Abteilung innerhalb eines Regionalspitals. Allgemeine Medizin, Palliativpflege, Psychosomatik. Enge Zusammenarbeit mit der Kollegialen Instanz für Komplementärmedizin (KIKOM) an der Medizinischen Fakultät der Universität Bern.

OSPIDAL ENGIADINA BASSA, ABTEILUNG FÜR INTEGRATIVE MEDIZIN

Via da l'Ospidal
CH-7550 Scuol

Telefon 0041-81-8611000
www.ospidal-scuol.ch



6 Betten. Kleines Akutspital, in dem sich Schul- und Komplementärmedizin die Hand reichen: Innere Medizin, Chirurgie, Palliative Care und Gynäkologie/Geburtshilfe. Die naturbelassene Umgebung mit ihren vielfältigen Erholungsmöglichkeiten ist Gesundheitsoase und Kraftort in den Alpen.

CLINICA CURATIVA

Via da l'Ospidal
CH-7550 Scuol

Telefon 0041-81-8611000
www.clinica-curativa.ch



10 Betten. Integrative Rehabilitationsklinik mit breitem, komplementärmedizinischem Angebot in Innerer Medizin, Onkologie und Psychosomatik. Angeschlossen an das Akutspital Ospital Engiadina Bassa. Eingebettet in die einzigartige Nationalparkregion mit jahrhundertealter Bädertradition, gespeist aus Mineralquellen, die schon Paracelsus schätzte.

CASA DI SALUTE RAPHAEL

Palace Hotel
I-38050 Roncesgno (Trento)

Telefon 0039-461-772000
www.casaraphael.com



110 Betten. Kur- und Therapiezentrum in einem ehemaligen Grandhotel aus der Belle Epoque. Im Zentrum des vielfältigen Therapie-Angebots stehen Anwendungen mit dem weltweit einzigartigen Levico-Wasser (Wannen-/Fußbäder, Einreibungen, Wickel, Inhalationen, Aerosol).

VIDARKLINIK

Ytterjärna
S-15391 Järna

Telefon 0046-8-551509-00
www.vidarkliniken.se



60 Betten. Klinik für Rehabilitationsmedizin, vor allem für onkologische Erkrankungen, stressbezogene Krankheiten, Burnout und andere Erschöpfungssyndrome. Idyllische, sehr ruhige Lage an der Ostsee, etwa 50 km südlich von Stockholm. Angeschlossene Ambulanz.

THE RAPHAEL MEDICAL CENTRE

Hollanden Park, Hildenborough,
Tonbridge, Kent, TN11 9LE

Telefon 0044-1732-833924
www.raphaelmedicalcentre.co.uk



73 Betten. Akute Neuro-Rehabilitation und neurologische Spät-Rehabilitation, psychiatrische Rehabilitation. Therapie von Folgen neurologischer Erkrankungen (Schlaganfall, Multiple Sklerose, Kopf- und Wirbelsäulenverletzungen).



WELEDA

Seit 1921

Neurodoron®

Stärkt die Nerven und gibt innere Kraft.

- Seelisch und körperlich stabilisierend
- Natürliche Wirksamkeit



Weleda – im Einklang mit Mensch und Natur

www.weleda.de

Neurodoron® Tabletten Warnhinweis: Enthält Lactose und Weizenstärke - Packungsbeilage beachten. **Anwendungsgebiete** gemäß der anthroposophischen Menschen- und Naturerkenntnis. Dazu gehören: Harmonisierung und Stabilisierung des Wesensgliedergefüges bei nervöser Erschöpfung und Stoffwechselschwäche, z.B. Nervosität, Angst- und Unruhezustände, depressive Verstimmung, Rekonvaleszenz, Kopfschmerzen.

Zu Risiken und Nebenwirkungen lesen Sie die Packungsbeilage und fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker.

Weleda AG, Schwäbisch Gmünd

WAS ICH TUE, IST EINZIGARTIG

Sibylle Strofus, WALA Gärtnerin

Genauso einzigartig wie
die WALA Arzneimittel.

Kräftige, gesunde
Heilpflanzen stehen
am Anfang -
natürliche, verträgliche
Arzneimittel am Ende.