

Liebe Leserinnen und Leser,

wussten Sie, dass unser Bundespräsident, Christian Wulff, ein wunderbares Beispiel für den Empowerment-Ansatz ist? Wenn nicht, dann lesen Sie das FOCUS-Interview mit ihm in diesem Heft. Er klagt nicht über schwierige Erfahrungen in seiner Jugend, als seine Mutter schwer an MS erkrankt war, sondern er hat die damit verbundenen Herausforderungen angenommen und die Erfahrungen aus dieser Zeit für sein späteres Leben genutzt.

Aber was gab ihm oder gibt anderen Menschen in Problemlagen die Kraft, konstruktiv mit ihren Schwierigkeiten umzugehen? Längst ist bekannt, dass es eine Vielzahl von positiven Wirkfaktoren gibt, die noch lange nicht alle beschrieben und schon gar nicht erklärbar sind. Denken wir nur an den hinlänglich bekannten sogenannten „Placebo-Effekt“. Davon spricht man, wenn auf die Gabe wirkungsloser Substanzen nicht erklärbare positive Effekte folgen. Also gibt es unbekannte Faktoren, die sich positiv auf Selbstheilungskräfte auswirken. Zu diesem Themenkomplex ist jetzt ein Buch im

Deutschen Ärzteverlag erschienen, das in dieser Ausgabe besprochen wird. Hoffentlich handelt es sich um den Beginn einer Entwicklung, die den Placebo-Effekt weniger belächelt, sondern vielmehr weiter erforscht und nutzt.

Außerhalb der Schulmedizin gibt es viele Methoden, die wirkungsvoll sind, ohne zu schaden. Dazu gehört auch die Meditation, mit der wir uns in dieser Ausgabe von FORUM PSYCHOSOMATIK beschäftigen. Durch Meditationsübungen lassen sich unangenehme Stresssymptome vermeiden und Müdigkeit verringern. Das klingt doch vielversprechend.

Ihnen wünsche ich viele Anregungen bei der Lektüre unserer Zeitschrift und einen erfüllten Frühling und Sommer!

Ihre



Dr. Sigrid Arnade

„Es fiel mir nie leicht, darüber zu reden“

Bundespräsident Christian Wulff über multiple Sklerose, die Eigenarten der unheilbaren Krankheit und wie er seine daran leidende Mutter pflegte.

Herr Bundespräsident, Ihre eigene Mutter war an multipler Sklerose erkrankt. Mit welchen Fehlurteilen über diese Krankheit sind Sie – heute Schirmherr der Deutschen MS-Gesellschaft – besonders häufig konfrontiert?

Die Beschwerden bei MS werden von Menschen, die nur wenig über die Krankheit wissen, oft falsch gedeutet. Beispielsweise gehen MS-Patienten manchmal etwas unsicher, etwas schwankend – und werden deshalb als alkoholisiert wahrgenommen. Immer wieder stoße ich auch auf das Vorurteil, MS bedeute letztendlich stets ein Leben im Rollstuhl. Das ist genauso falsch.

Multiple Sklerose wird als „Krankheit mit 1000 Gesichtern“ beschrieben, weil die Beschwerden von Patient zu Patient so verschieden sind. Wie stark wirkt sich diese Unsicherheit auf die Betroffenen aus?

Wenn ein Arzt MS diagnostiziert, ist das immer mit dem Hinweis verbunden: unheilbar! Das löst einen Schock aus, den alle erst mal zu verarbeiten haben – vor allem die Betroffenen, aber natürlich auch die Angehörigen. Die psychische Belastung ist auch deshalb hoch, weil sich der Verlauf der Erkrankung individuell nicht vorhersehen lässt. Zwischen Phasen mit einer schnellen Abfolge von Schüben kann es eine lange Zeit mit kaum erkennbarer Beeinträchtigung geben. Viele schwanken deshalb zwischen himmelhoch jauchzend und zu Tode betrübt. Dies sollte man wissen.

Was mit dazu führt, dass die Kranken stigmatisiert werden oder sich selbst zurückziehen?

Man erlebt beide Fälle: Dass Betroffene sich vieles nicht mehr zutrauen, was sie durchaus noch leisten könnten. Und dass die Umgebung ihnen zu wenig zutraut. Das eine ist so falsch wie das andere.

re. Menschen mit der Diagnose MS sind oft über Jahrzehnte hinweg leistungsfähig im Beruf.

Allerdings geht nur jeder zweite MS-Kranke einer Berufstätigkeit nach. Könnten das weit mehr sein?

Ich glaube: ja. Dazu braucht der Erkrankte Hilfe. Vielleicht ist er nicht mehr im ICE-Tempo unterwegs, sondern langsamer. Aber er kann weiterhin fast jedes Ziel erreichen. Je besser die Menschen im Umfeld von Erkrankten über die Eigenarten der MS Bescheid wissen, desto normaler gehen sie mit den Betroffenen und ihren Angehörigen um. Immer wieder begegne ich starken Persönlichkeiten, die ganz bewusst mit ihrer Krankheit umgehen, etwa Mütter, die mit der Diagnose MS Kinder bekommen haben und diese großziehen.

Wie sehr hängt die Entwicklung der Krankheit vom Patienten selbst ab?



Ich halte diese Frage für entscheidend: Ergebe ich mich – oder stemme ich mich dagegen? Bei jenen, die sich sehr früh mit der Diagnose aktiv auseinandergesetzt haben, früh Physiotherapie gemacht und sich auch weiterhin viel zugemutet haben, konnte ich beobachten, dass der Verlauf der Krankheit häufig sehr viel langsamer oder sogar gestoppt wurde. Die eigene Willenskraft ist ganz wichtig. Ohne dass ich treffsicher sagen kann, wie ich selbst in einer solchen Situation reagieren würde.

Ihre eigene Mutter erkrankte Mitte der 70er-Jahre an multipler Sklerose. Wie ging sie mit dem Leiden um?

Sie bewältigte die Krankheit schwer und konnte sich nie richtig damit abfinden.

Als Ihre Mutter erkrankte, waren Sie und Ihre große Schwester Teenager. Ihre kleine Schwester war erst sechs Jahre alt. Ein Vater im Haus fehlte. Was bedeutete die Erkrankung im Alltag?

Bei meiner Mutter schritt die Krankheit in sehr schnellen Abfolgen von Schüben voran. Beim ersten Mal fiel sie um, erlebte Sehstörungen, Lähmungen im linken Bein, im linken Arm und Gleichgewichtsstörungen. Das ist ein typischer Beginn der Krankheit. Relativ schnell kamen weitere Symptome dazu, so dass sie bereits nach wenigen Jahren intensive Pflege benötigte. Das betrifft dann die ganze Familie. Es fiel mir nie leicht, darüber zu reden. Aber als Schirmherr der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft will ich damit Kindern und Jugendlichen, aber auch Eltern helfen, die sich einer schweren Krankheit alle gemeinsam stellen müssen.

Immerhin teilen Ihr Schicksal heute rund 225 000 Kinder und Jugendliche in Deutschland. Weil ihre Eltern behindert oder chronisch krank sind, müssen sie bei der Pflege helfen. Was brauchen solche Heranwachsenden?

Eines will man dann jedenfalls nicht: Mitleid! Lehrer, Nachbarn, Mitschüler sollen nicht sagen: „Ach, der Kleine, der hat's so schwer ...“ Was solche Kinder brauchen, ist ganz konkrete Hilfe. Uns wurde damals von unterschiedlichsten Menschen geholfen. Von einer Nachbarin, von Mitgliedern der Kirchengemeinde, von Lehrern – einfach so.

Es gibt heute bundesweit ein flächendeckendes Netz von MS-Kontaktgruppen, die Hilfe organisieren. Bei uns half eine Studentin, indem sie ein-, zweimal in der Woche kochte. Das war eine ganz, ganz tolle Erfahrung ehrenamtlichen, uneigennützigen Engagements. Unvergesslich. Im Übrigen: Wer so Hilfe erfährt, wird auch anderen gerne helfen.

In Deutschland wird immer wieder beklagt, dass zu wenig Menschen bereit sind, anderen beizustehen.

Das sehe ich nicht so. Es ist nachweisbar, dass das mitmenschliche Engagement zunimmt – auch bei sehr jungen Leuten. Darüber freue ich mich sehr. Es ist wichtig, dass wir dieses Engagement auch anerkennen. Wir sind da auf einem guten Weg. Im Zeugnis kann heute das soziale Engagement vermerkt werden, damit ein Ausbildungsbetrieb sagt: Okay, der hat jetzt nur eine Vier in Mathe, aber

er setzt sich ein beim Jugend-Rotkreuz. Und wir wollen doch Leute haben, die auf andere zugehen, die soziale Kompetenzen haben, die mitfühlen und Einfühlungsvermögen haben.

Trotzdem ist vielen Menschen das Liebste, wenn sie mit den Problemen ihrer Nachbarn oder Verwandten nicht behelligt werden.

Diese Menschen verpassen aber auch etwas. Diejenigen, die anderen helfen, geben nämlich nicht einfach nur Zeit und Energie. Sie bekommen auch unheimlich viel zurück: Dankbarkeit, Gemeinschaft, Lebensglück. Deshalb ist es kein Zufall, dass aktive Menschen, die sich für andere einsetzen und viel gemeinschaftlich unternehmen, im Durchschnitt länger leben.

Ihnen hat vor allem eine Nachbarin geholfen. Kannten Sie diese Frau schon vorher?

Sie war Mitglied der katholischen Gemeinde, sie half aus einer christlichen Motivation heraus. Sie war sicherlich die zentrale Person, ohne die es nicht gegangen wäre.

War diese Frau auch für Sie, für die Kinder, eine Vertrauensperson?

Weniger, dafür war sie zu stark mit der Pflege meiner Mutter und dem Haushalt beschäftigt. Wir Kinder haben versucht, uns gegenseitig zu stützen. Meine ältere Schwester und ich haben uns angestrengt, meiner kleinen Schwester – so gut es ging – Halt zu geben. Und das geht auch, selbst wenn man erst 15 oder 16 Jahre alt ist. Kinder erwarten normalerweise Hilfe auf dem Weg ins Leben. Wenn sie stattdessen Hilfe geben müssen, ist das eine ganz spezielle Erfahrung. Diese birgt einen gewissen Leidensdruck, aber auch die Chance, früh erwachsen zu werden, man wächst an der Aufgabe: Man macht einfach Dinge, die ansonsten erst später auf einen zukommen. So haben wir das damals für uns gesehen.

Das klingt für einen Teenager sehr rational, sehr abgeklärt.

Ich weiß, dass das etwas altklug klingt. Aber so habe ich das wirklich damals empfunden und auch erlebt.

Die Pflegeforschung nennt als positive Lerneffekte für Kinder aus krankheitsbelasteten Familien ein gesteigertes Selbstwertgefühl, eine frühere innere Reifung und ein hohes Verantwortungsbewusstsein. Es gibt natürlich auch die schlimmen Folgen: Schulprobleme, Ermüdung, Angst und Schuldgefühle.

Die Entbehrung sehe ich eher in dem, was man in dieser Zeit verpasst. Dass man in der Heimatstadt studiert, statt mal ins Ausland zu gehen. Dass man nicht einfach mit Freunden losziehen und ungezwungen ausgehen kann.

Weil Ihre kranke Mutter zu Hause auf Sie gewartet hat?

Ja, ich habe meine Mutter immer abends ins Bett gebracht.

Wussten das die anderen Jugendlichen?

Meine Freunde, ja. Aber nicht im Detail. Mit 15, 16 Jahren eine Mutter zu pflegen, darüber redet man in dem Alter nicht. Das ist doch sehr persönlich. Sehr privat.

Viele Kinder leiden sehr unter solch einer Situation. Ihr Großvater Walter Evers hat Ihnen kurz vor seinem Tod gesagt: „Du musst in deinem Leben Verantwortung tragen und für andere da sein.“ War dieser Satz eine entscheidende Wegmarke in Ihrem Leben?

Ich fühlte mich damals unheimlich ernst genommen. Er hat mir manche Dinge auf den Weg mitgegeben, die ich damals noch nicht verstanden habe. Erst später. Aber es hat mich bis heute geprägt.

Fast klingt es so, als seien Sie im Nachhinein froh, dass Sie in jungen Jahren so stark gefordert wurden?

Mich haben diese Erfahrungen auf alle Fälle sehr selbstbewusst gemacht. Wenn Sie eine solche Lebensphase gemeistert haben, sehen Sie auch neuneinhalb Stunden in der Bundesversammlung mit drei Wahlgängen in einem ganz anderen Licht. Das ist dagegen fast ein Spaziergang.

von FOCUS-Redakteurin Dr. Regina Albers, FOCUS-Korrespondent Rainer Pörtner und FOCUS-Redakteur Frank Thewes (Berlin)

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung aus dem FOCUS Magazin, Ausgabe Nr.49, 2010



Welche Kompetenzen brauchen Empowerment-TrainerInnen?

ExpertInnen-Workshop zur Curriculum-Entwicklung
„Train the Trainers“

26. – 28. November 2010

Grafik: indiacurrentaffairs.org

Wie wird man oder frau zum Empowerment-Trainer?

Unter dem Titel **„Handlungskompetenz vermitteln – Persönliches Wachstum anleiten – Selbsthilfepotenziale stärken“** hat die Stiftung LEBENSNERV Ende 2010 einen Modell-Lehrplan für eine Weiterbildung als Empowerment-TrainerIn veröffentlicht. Erarbeitet wurde dieser Lehrplan auf einem ExpertInnenworkshop der Stiftung. Viele Teilnehmende an diesem Workshop waren selbst von Multipler Sklerose betroffen, arbeiten als Peer-Counseling-BeraterInnen oder haben bereits an Empowerment-Trainings der Stiftung LEBENSNERV teilgenommen: „Unser Ausgangspunkt für die Erstellung eines solchen Lehrplanes war, dass es noch nicht genügend TrainerInnen für die Durchführung von Empowermentkursen gibt“, meint Ilona Hahne, die als Referentin beim ExpertInnenworkshop teilgenommen hat und selbst auch schon Empowermentkurse angeleitet hat. „Mit dem vorliegenden Lehrplan ist jetzt ein Gerüst entstanden, auf dessen Basis weitere Personen als TrainerInnen ausgebildet werden können“.

Die Ziele der Weiterbildung lassen sich folgendermaßen kennzeichnen:

1. Erwerb eingehender Kenntnisse über die eigene Geschichte als Person mit Behinderung und / oder chronischer Erkrankung, über eigene Verarbeitungsstrategien und Beziehungsmuster; Erwerb eines hohen Maßes an Selbstreflektion durch Selbsterfahrung.
2. Erwerb eingehender Kenntnisse über ein ganzheitliches und menschenrechtlich geprägtes Verständnis von Behinderung/chronischer Erkrankung, sowie über die Konzepte des „Selbstbestimmten Lebens“, der „Selbstvertretung“ und des „Empowerments“.
3. Erwerb von Grundkenntnissen und Erfahrungen in Gruppenarbeit und Gruppeninterventionen sowie (kreativer) Moderationsmethoden.
4. Erwerb eingehender methodisch-didaktischer Kompetenzen sowie von Medienkompetenzen zur Planung und Durchführung von Trainings im Sinne des zugrunde liegenden Empowerment-Konzeptes
5. Erwerb von Kenntnissen in den Wissensbereichen: Menschenrechte, Behindertengleichstellungs- und Sozialrecht; (gewaltfreie) Kommunikation; Kommunikationstechniken und Kommunikationsregeln; Salutogenese

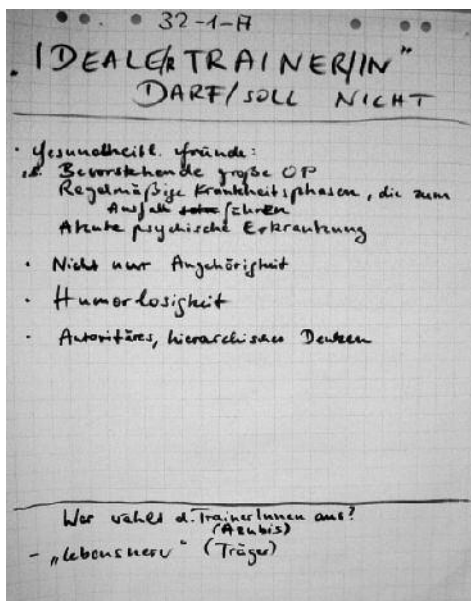
Die Weiterbildung, die nicht nur für MS-Betroffene gedacht ist, läuft über einen Zeitraum von zwölf Monaten und ist in sechs Ausbildungseinheiten gegliedert. Ein Termin für die erste Weiterbildung steht jedoch noch nicht fest.

Empowerment ist ein Konzept in der sozialen Arbeit und in der Gesundheitsförderung, das sich seit den 80er Jahren international durchgesetzt hat. Unter Empowerment wird ein Prozess verstanden, der die vorhandenen Stärken der Betroffenen unterstützt und durch den Menschen mehr Kontrolle über ihre Entscheidungen und Handlungen erlangen. Im Lehrplan der Stiftung LEBENSNERV wird das Empowermentkonzept erstmals mit dem menschenrechtlichen Modell von Behinderung sowie der Philosophie des selbstbestimmten Lebens zusammengeführt.

In der UN-Behindertenrechtskonvention findet sich das Konzept des Empowerment ebenfalls wieder. Speziell in Artikel 6 Absatz 2 (Frauen mit Behinderungen) ist es verankert und trägt damit der Situation Rechnung, dass Frauen mit Behinderungen häufig mehrfache Diskriminierungen erleben.

Der Lehrplan ist unter
www.lebensnerv.de
als download erhältlich.

Anforderungen an
Empowerment-TrainerInnen



Diagnose: Von gestern?

Von Leitlinien für die Behandlung von Knochenbrüchen bis zu Leitlinien für die Behandlung von seelischen Erkrankungen, alles ist erfasst, alles ist geregelt. Daran gibt es Kritik.

Dr. med. Bernd Hontschik

Die medizinischen Fachgesellschaften haben für die Diagnostik und Therapie fast aller bekannten Krankheiten Leitlinien erstellt: Darin findet sich das Fachwissen auf dem neuesten wissenschaftlichen Stand. Von Leitlinien für die Behandlung von Knochenbrüchen bis zu Leitlinien für die Behandlung

von seelischen Erkrankungen, alles ist erfasst, alles ist geregelt. Wer sich als Arzt nicht an die aktuellen Leitlinien hält, der ist von gestern, könnte Ärger bekommen. Es gibt aber auch scharfe Kritik an Leitlinien, die immer mehr wie allgemeingültige Behandlungsvorschriften daher kommen. Beson-

ders die Zusammensetzung der Kommissionen wird kritisiert, die diese Leitlinien erstellen. So wurde beispielsweise im Juli 2004 die Leitlinie zur Hypercholesterinämie, einer Fettstoffwechselstörung, „revidiert“.

Durch die Absenkung der Grenzwerte waren mit einem Schlag acht Millionen US-Bürger zu Patienten geworden. Diese Leitlinie war bereits einige Zeit zuvor „überarbeitet“ worden, womit schon einmal 23 Millionen US-Amerikaner über Nacht behandlungsbedürftige Kranke geworden waren. Mit der Leitlinien-Medizin ist eine Expertengläubigkeit verbunden, die blind macht für die Abhängigkeit dieser Experten, etwa von der Pharmaindustrie.

Jüngst hat sich bei einer Befragung herausgestellt, dass nur elf Prozent von circa 1000 deutschen Hausärzten die Leitlinie zur Bluthochdruckbehandlung richtig anwenden und nur 24 Prozent die Leitlinie zur Therapie der Herzinsuffizienz.

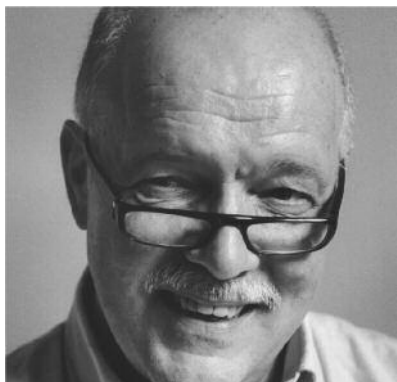
Da muss man doch erschrecken! Ist die große Mehrheit der Hausärzte von gestern? Viele Hausärzte kennen also den modernen Stand ihrer Wissenschaft nicht – könnte man meinen.

Doch halt: Eine Stichprobe bei Patienten von 15 leitliniengerechten Arztpraxen und Patienten von 15 Leitlinienmuffeln ergab, dass es den Patienten bei den nicht leitlini-

engerechten Hausärzten gesundheitlich genauso gut (oder schlecht) ging wie den Patienten bei den modernen, leitlinienkonformen. Leitlinien täuschen eine allgemeingültige Objektivität vor, die es in der Medizin niemals geben kann.

Leitlinien können den momentanen Stand der Erkenntnisse zusammenfassen, aber sie sind als Behandlungsvorschriften sinnlos. Hundert Diabetiker haben nicht mehr gemeinsam als ihren erhöhten Blutzuckerwert. Alles Weitere bleibt der Arzt-Patient-Beziehung überlassen, in jedem einzelnen Fall anders. Leitlinien sind allein an Krankheiten orientiert, aber Ärzte behandeln Kranke, keine Krankheiten. Gestern, heute und morgen.

Bei der Behandlung der Multiplen Sklerose spielen heutzutage die Interferone eine wichtige Rolle. Natürlich sind die Interferone auch in den Leitlinien verankert. Diese Leitlinien wurden 1999 erstmals von der Multiple-Sklerose-Therapie-Konsensus-Gruppe der deutschen, österreichischen und Schweizer MS-Gesellschaften formuliert und kommen als „immunmodulatorische Stufentherapie“ zur Anwendung. Ich lasse unbeachtet alle Fragen nach dem Kontext der Experten, obwohl diese zum Verständnis einer Leitlinie wahrscheinlich entscheidend sind. Ich referiere Ihnen nur das Ergeb-



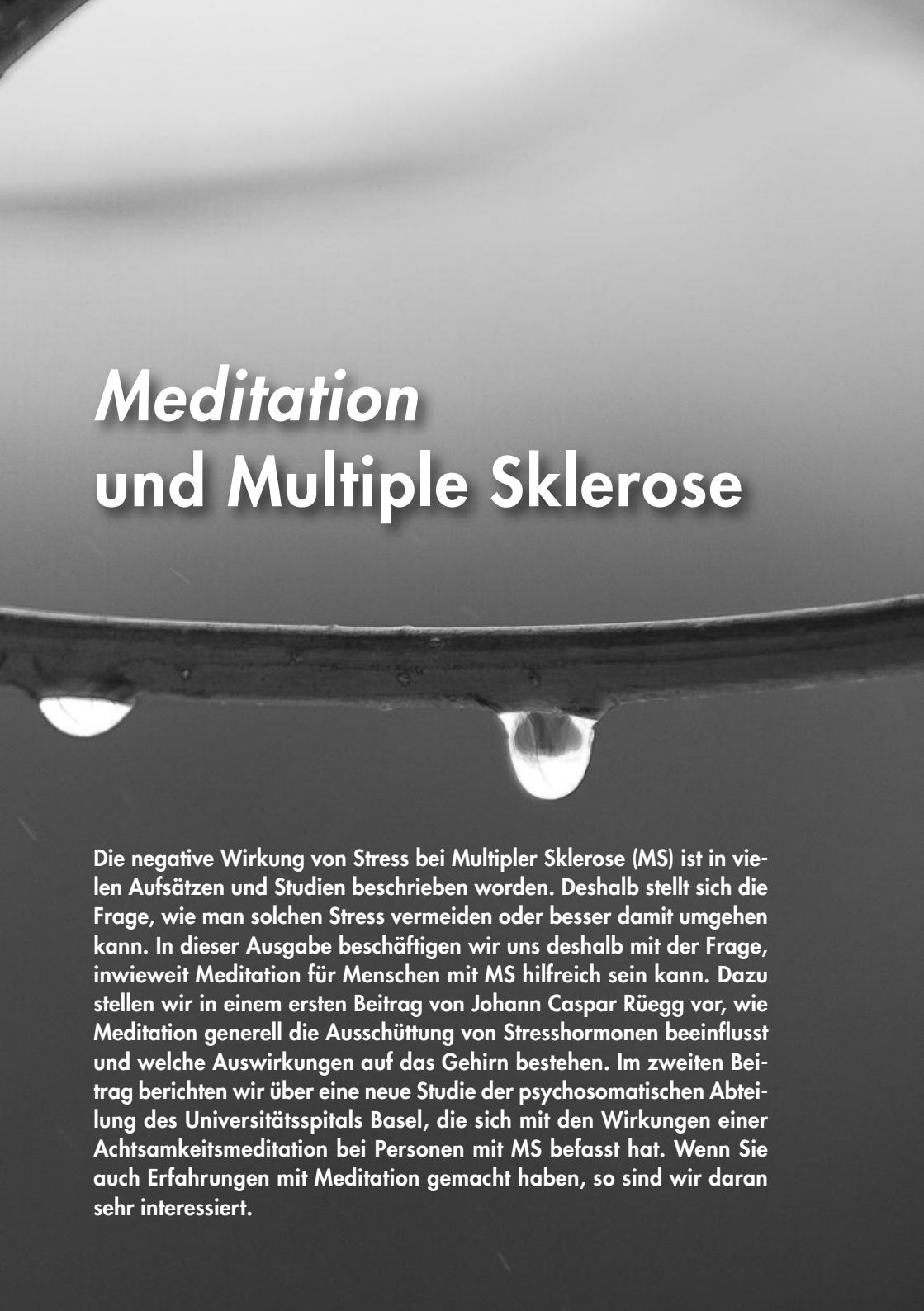
Dr. med. Bernd Hontschik

nis dieser einen Leitlinie in der täglichen Praxis. Im Bereich Hessen sieht das so aus: Mitte 2005 wurde die Berentung einer Patientin mit Multipler Sklerose mit der Begründung abgelehnt, sie habe sich trotz dringenden ärztlichen Anrathens einer Behandlung mit Betaininterferonen widersetzt. 2006 wurde der Rehabilitationsantrag eines Leiters einer MS-Selbsthilfegruppe von seinem Rentenversicherungsträger zurückgewiesen, weil er sich bisher nicht mit Betaininterferonen habe behandeln lassen. Ebenfalls im Jahre 2006 erhielt ein MS-Patient von seiner privaten Krankenkasse den unmissverständlichen Hinweis, dass man die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall demnächst einstellen werde, wenn er sich weiterhin der Behandlung mit Betaininterferonen entziehen würde. Der Einzelfall wird völlig bedeutungslos, die Leitlinie, der sogenannte Behandlungspfad darf

nicht verlassen werden, ist zur Behandlungsvorschrift geworden.

Dr. med. Bernd Hontschik war Oberarzt an der Chirurgischen Klinik des Städtischen Krankenhauses Frankfurt/Main-Höchst und arbeitet seit seiner Niederlassung 1991 als Chirurg und Unfallarzt. 1989 erhielt er den Roemer-Preis für Psychosomatische Medizin. Lehrtätigkeit am Institut für Transkulturelle Gesundheitswissenschaft der Viadrina in Frankfurt an der Oder. Herausgeber der Suhrkamp-Reihe „medizinhuman“ (www.medinHuman.de) und Kolumnist in der Frankfurter Rundschau (FR). Der vorliegende Beitrag ist am 5. Februar 2011 in der FR erschienen und wurde vom Autor für FORUM PSYCHOSOMATIK um einen Zusatz zu den Leitlinien bei MS ergänzt. Zu Hontschik siehe auch die „Bücherkiste“ in dieser Ausgabe.





Meditation und Multiple Sklerose

Die negative Wirkung von Stress bei Multipler Sklerose (MS) ist in vielen Aufsätzen und Studien beschrieben worden. Deshalb stellt sich die Frage, wie man solchen Stress vermeiden oder besser damit umgehen kann. In dieser Ausgabe beschäftigen wir uns deshalb mit der Frage, inwieweit Meditation für Menschen mit MS hilfreich sein kann. Dazu stellen wir in einem ersten Beitrag von Johann Caspar Rüegg vor, wie Meditation generell die Ausschüttung von Stresshormonen beeinflusst und welche Auswirkungen auf das Gehirn bestehen. Im zweiten Beitrag berichten wir über eine neue Studie der psychosomatischen Abteilung des Universitätsspitals Basel, die sich mit den Wirkungen einer Achtsamkeitsmeditation bei Personen mit MS befasst hat. Wenn Sie auch Erfahrungen mit Meditation gemacht haben, so sind wir daran sehr interessiert.



Sanfter Umbau des Gehirns

Meditation vermindert die Ausschüttung von Stresshormonen und regt die Bildung neuer grauer Zellen an / Verschiedene Hirnregionen profitieren

Von Johann Caspar Rüegg

Meditation wirkt. Kaum ein Ereignis hat etwa auf die Beatles beim Schreiben ihrer Songs so unmittelbar inspirierend gewirkt, wie der Aufenthalt als Meditationsschüler im Ashram des Maharishi Mahesh Yogi in der herrlichen Natur am Fuße des indischen Himalayas. Das war in den späten 60er Jahren.

Heute praktizieren mehr und mehr Menschen die innere Sammlung durch Meditation auch privat. Aber den meisten steht weniger der Sinn nach Esoterik und transzendenter Sinnsuche; sie möchten einfach mit Stress und Alltagshektik besser fertig werden. Denn Meditation reduziert Stress.

Bereits Anfang der siebziger Jahre fanden Forscher der Harvard Universität heraus, dass Meditation nicht nur den Blutdruck senkt und den Sauerstoffverbrauch drosselt, sondern auch Geist und Körper entspannt. Eine solche Entspannungsreaktion sei eben das „Gegenstück der Stressreaktion“ und könne so „vor den

krank machenden Folgen von übermäßigem Stress schützen“, sagt Jon Kabat-Zinn in seinem Buch „Gesund durch Meditation“

Der amerikanische Molekularbiologe und buddhistische Meditationslehrer hat das grundlegende Übungsprogramm zur Entspannung und Stressreduktion entwickelt. Damit können Meditierende lernen, sich in einen Zustand der Achtsamkeit zu versetzen, also des gleichmütigen Gewahr-Werdens von körperlichen Vorgängen wie das Ein- und Ausatmen, aber auch von Sinneseindrücken, Gedanken, Gefühlen und Erinnerungen. Inzwischen hat Stressbewältigung durch Meditation und Achtsamkeit weltweit auch Einzug in medizinische Einrichtungen gefunden.

Wer Achtsamkeitsmeditation praktiziert, wird gelassener, die Wahrnehmungen von Stress wird reduziert. Dieser heilsame Effekt dauert auch nach der Meditation noch lange an. Warum ist das so? Auf den Punkt brachte es der Giesener Psychologe und Meditati-

onslehrer Ulrich Ott kürzlich in Berlin auf dem Interdisziplinären Kongress zur Meditation- und Bewusstseinsforschung: „Meditation verändert Hirnstrukturen“.

Somit scheinen sich Vermutungen zu bewahrheiten, die Richard Davidson, Professor der Psychologie in Madison, Wisconsin, schon vor Jahren äußerte. Der US-Neurowissenschaftler ließ 24 gestresste Frauen und Männer ein achtwöchiges Meditationstraining in „Achtsamkeitsbasierter Stressreduktion“ absolvieren. Noch lange nach der Schulung fühlten sich die Meditierenden entspannter, weniger gestresst. Und ihre Gehirnfunktion hatte sich ebenfalls nachhaltig verändert.

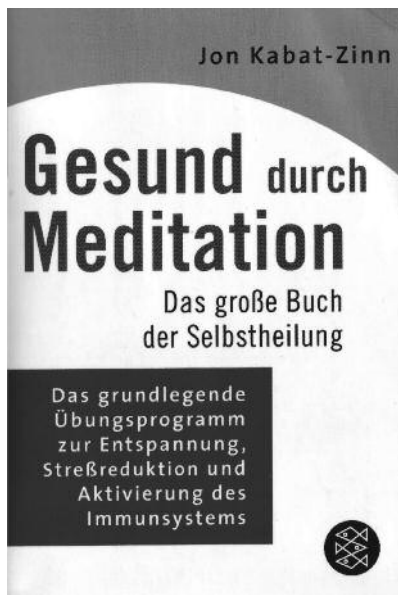
So waren noch vier Monate nach dem Meditationstraining die Hirnströme der Kursteilnehmer im linken Stirnhirn etwas ausgeprägter als vor dem mentalen Training, während die Aktivität im rechten Stirnhirn deutlich reduziert war. Laut Davidson lassen sich offenbar Gelassenheit und ein positiv gestimmtes, ausgeglichenes Gemüt durch Meditationsübungen trainieren, quasi erlernen – im Prinzip wie jonglieren oder Klavierspielen.

Aber: Wie ändert sich dabei die Struktur des Gehirns? Und wo im Gehirn verändert sie sich? Das sind Fragen, die heute mit bildgebenden Verfahren beantwortet werden können – vor allem dank der Magnetresonanztomographie,

die es ermöglicht, Veränderungen in der grauen Substanz des Gehirns – unseren „grauen Zellen“ – millimetergenau zu lokalisieren und zu quantifizieren. Beispielsweise beobachtete man „einen Substanzabbau im rechten Mandelkern (Amygdala), der signifikant mit dem (verminderten) Stresserleben zusammenhing“. So resümiert Ulrich Ott in seinem Buch „Meditation für Skeptiker“ das Ergebnis einer Aufsehen erregenden Studie seiner Kollegin Britta Hölzel mit Sara Lazar von der Harvard Medical School.

Der Mandelkern hat eine besondere Aufgabe im Stresserleben: Wann immer dieser tief unter der Hirnrinde im Schläferlappen gelegene Hirnkern Stressreize als bedrohlich bewertet, schlägt er Alarm und löst daraufhin – durch Aktivierung der sogenannten Stressachse (HPA-Achse) – eine hormonelle Stressreaktion aus. Dabei wird aus den Nebennieren vermehrt Kortisol in die Blutbahn abgegeben, worauf die Blutwerte des Stresshormons ansteigen. Und umgekehrt: Wenn sich der Stress dank Meditationsübungen verringert, so nehmen die Blutwerte des Stresshormons wieder ab. Offenbar ist dann der Mandelkern etwas weniger alarmiert und damit weniger beansprucht.

Stress und Stresshormone wirken manchmal wie Gift auf das Gehirn. Beispielsweise schädigen



sie gewisse Nervenzellen im Hippocampus, einem entwicklungs geschichtlich urtümlich und für das Erinnerungsvermögen besonders wichtigen Teil der Hirnrinde. Bei anhaltend erhöhten Werten von Stresshormonen kann der Hippocampus sogar regelrecht schrumpfen. Er regeneriert jedoch, wenn der Stress abgebaut wird und sich die Hormonwerte wieder normalisieren.

Genau dies ist anscheinend auch nach einem Training in Achtsamkeitsmeditation der Fall wie unlängst Britta Hölzel und ihre Kollegen im renommierten Wissenschaftsjournal *Psychiatry Research* berichteten. Jedenfalls führte das mentale Training dazu, dass die graue Substanz im linken Hippocampus zunahm, sich quasi verdichtete – vermutlich aufgrund neu-

er Verbindungen zwischen eng benachbarten Neuronen oder sogar neu gebildeter „grauer Zellen“.

Wie Britta Hölzels Studien zeigten, profitierten aber auch noch andere Hirnregionen von der Meditation – vermutlich, weil sie durch das intensive mentale Training etwas stärker in Anspruch genommen und aktiviert wurden. So verdichtete sich insbesondere die graue Substanz in der Hirnrinde des limbischen Systems, genauer gesagt in der Gürtelwindung (singuläre Kortex), die sich an der (medialen) Innenseite einer Hirnhemisphäre befindet.

Verändert hatte sich aber auch die „Insula“ und das Kleinhirn. Waren vielleicht auch und gerade deswegen die wochenlang geschulten Meditierenden besser imstande, sich zu konzentrieren, ihre Emotionen zu kontrollieren und ihren „gefühlten Stress“ zu reduzieren?

Für die Verbesserung all dieser geistigen Fähigkeiten kann aber wohl kaum eine der genannten Hirnregionen für sich alleine verantwortlich sein. Vielmehr sei das sinnvolle Zusammenspiel der Hirnareale erforderlich, meint Ulrich Ott. Und deshalb werden in der Zukunft wohl wichtige Aufgaben neurowissenschaftlicher Forschung darin bestehen, herauszufinden, wie Meditationstechniken die Verbindungen zwischen Hirnregionen beeinflussen. Die für sol-



Johann Caspar Rüegg

che Verbindungen benötigten Nervenkel verlaufen aber größtenteils nicht in der grauen Substanz der Hirnrinde, sondern in der weißen Substanz, im Marklager des Gehirns.

Dank einer neuen Technik, der sogenannten Diffusions-Tensor-Bildgebung, ist es möglich, bei meditierenden Versuchspersonen nicht nur Veränderungen in den grauen, sondern auch in der weißen Substanz des Gehirns zu registrieren. Daraus könnten Rückschlüsse auf die Qualität der neuronalen Vernetzungen zwischen verschiedenen Hirnarealen festgestellt werden, berichteten unlängst Yi-Yuan Tang und Michael Posner im Wissenschaftsjournal *Proceedings of the National Academy of Science*.

Die Forscher im Institut für Neu-

roinformatik der Dalian University of Technology in China und dem Institut für Psychologie der University of Oregon hatten 22 Studenten untersucht, die jeden Tag 20 Minuten lang eine chinesische Meditations-technik (IBMT, Integrative Body-Mind-Training) übten. Die Überraschung: Schon nach einem Monat fand das Forscherteam bei den Meditierenden eine markante Zunahme weißer Substanz in den neuronalen Verbindungen zum singulären Kortex. Dieses Areal der Hirnrinde ist maßgebend an der Regulation von Emotionen beteiligt.

Das Fazit: Die spirituellen, subjektiv erlebten Wirkungen einer Meditation lassen sich mit modernen neurowissenschaftlichen Methoden untersuchen und auf diese Weise objektivieren.

Der Autor:

Johann Caspar Rüegg ist emeritierter Professor für Physiologie. Er arbeitete an den Universitäten Cambridge, Oxford, und Heidelberg. Sein Buch „Gehirn, Psyche und Körper“ (Schattauer, Stuttgart 2010, 36,95 Euro) beschäftigt sich in der gerade neu erschienen 5. Auflage mit einer neurobiologisch fundierten Psychosomatik.

(Quelle: Frankfurter Rundschau vom 18./19. Dezember 2010)

Achtsamkeitsmeditation kann bei MS gegen Müdigkeit und Depressionen helfen

Das Erlernen von „Mindfulness Meditation“ (Achtsamkeitsmeditation) kann Menschen mit Multipler Sklerose (MS) helfen, die mit den häufigen Begleitscheinungen der Krankheit wie Müdigkeit, Depressionen oder anderen Symptomen zu kämpfen haben. Dies ergab eine Studie aus dem Universitätsspital Basel, die am 28. September 2010 in „Neurology“, der medizinischen Zeitschrift der American Academy of Neurology erschienen ist. Hauptautor und Leiter der Studie, die in enger Zusammenarbeit mit dem MS-Zentrum an der Neurologischen Klinik und Poliklinik stattfand, war Dr. Paul Grossman von der Abteilung für Psychosomatik.

Während der Studie nahmen bei Patientinnen und Patienten, die an einem achtwöchigen Training in Mindfulness Meditation teilnahmen, die Müdigkeit und die Depressionen ab und die allgemeine Lebensqualität zu im Vergleich zu MS-Betroffenen, die konventionell medizinisch behandelt worden waren. Die positive Wirkung hielt mindestens sechs Monate an.

„Menschen mit MS haben oft mit

speziellen Herausforderungen des Lebens zu kämpfen in Bezug auf ihren Beruf, finanzielle Sicherheit, Freizeit, soziale Aktivitäten und persönliche Beziehungen, ganz zu schweigen von den direkten Ängsten wegen der aktuellen oder möglichen zukünftigen Symptome und Behinderungen. Müdigkeit, Depressionen und Ängste sind häufige Folgen von MS“, sagt Dr. Paul Grossman. „Leider haben die Behandlungen, die den Krankheitsverlauf verlangsamen, nur wenig direkte Auswirkungen auf die allgemeine Lebensqualität, auf Müdigkeit oder Depressionen. Aus diesem Grund sind ergänzende Behandlungen, mit welchen sich die Lebensqualität rasch und direkt verbessern lässt, sehr willkommen.“

Für die Studie wurden 150 Personen mit milder bis moderater MS ausgesucht und erhielten nach dem Zufallsprinzip entweder das achtwöchige Meditationstraining oder die übliche medizinische Behandlung. Im Training konzentrierte man sich auf mentale und körperliche Übungen, um damit ein nicht-wertendes Gewahrsein für

den gegenwärtigen Augenblick zu erreichen („Mindfulness“). Das Training dauerte zweieinhalb Stunden pro Woche und umfasste einen zusätzlichen ganzen Kurstag. Täglich musste zudem 40 Minuten lang zu Hause geübt werden.

„MS ist eine Krankheit mit unvorhersehbarem Verlauf“, erklärt Dr. Grossman. „Es kann den Betroffenen über Monate hinweg sehr gut gehen; dann haben sie einen Schub und können manchmal nicht mehr wie gewohnt arbeiten oder ihren familiären Pflichten nachkommen. Ein Training in Mindfulness kann Menschen mit MS helfen, mit diesen Veränderungen besser zurechtzukommen. Eine erhöhte Achtsamkeit im Alltag führt auch zu einem realistischeren Gefühl für die eigenen Kontrollmöglichkeiten sowie zu einer höheren Wertschätzung positiver Erfahrungen, die nach wie vor Teil des Lebens sind.“

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer am Mindfulness-Programm zeigten eine sehr hohe Präsenz an den Sitzungen (92%) und waren mit dem Training sehr zufrieden. Nur wenige (5%) brachen den Kurs vorzeitig ab. Bei jenen, die den ganzen Kurs absolvierten, verbesserte sich fast jedes gemessene Mass von Müdigkeit, Depression und Lebensqualität, während sich die meisten Werte bei Patientinnen und Patienten, die nur die übliche medizinische Behandlung

erhielten, leicht verschlechterten. Bei Personen, die in Mindfulness geschult wurden, nahmen beispielsweise die depressiven Symptome um mehr als 30% ab im Vergleich zu den Testpersonen ohne dieses Training.

Die Verbesserungen bei den geschulten Testpersonen waren besonders ausgeprägt unter jenen Menschen, die zu Studienbeginn Anzeichen einer Depression oder chronischen Erschöpfung aufwiesen. Während zu Beginn des Trainings rund 65% der Testpersonen Symptome einer Depression, einer Angststörung oder chronischen Erschöpfung aufwiesen, war diese Gruppe am Ende des Trainings und sechs Monate später um etwa 30% kleiner. Auch der positive Effekt auf die Müdigkeit blieb von Kursende bis sechs Monate nach dem Training stabil.

Andere positive Auswirkungen des Trainings konnten zwar noch sechs Monate nach Ende der Schulung beobachtet werden, nahmen aber zum Teil mit der Zeit ab. Ein begleitender Kommentar in der Zeitschrift *Neurology* weist darauf hin, dass man wegen der fehlenden aktiven Kontrollgruppe (mit einer anderen Art von Intervention) nicht klar feststellen könne, ob die guten Ergebnisse eine direkte Folge der Achtsamkeitsschulung waren. Jedoch sei die vorliegende Studie die größte dieser Art, und sie sei sehr seriös durchgeführt worden.

MS quality of life, depression, and fatigue improve after mindfulness training

A randomized trial



P. Grossman, PhD
L. Kappas, MD
H. Garbade, MD
M. O'Sullivan, PhD
D.C. Mohr, PhD
T.K. Penner, PhD
C. Steiner, MS

Address correspondence and reprint requests to Dr. Paul Grossman, Department of Psychosomatic Medicine, Division of Internal Medicine, University Hospital Basel, Klinkenstrasse 2, CH-4031 Basel, Switzerland. E-mail: paul.grossman@uhk.ch

ABSTRACT

Objective: Health-related quality of life (HRQOL) is often much reduced among individuals with multiple sclerosis (MS), and incidences of depression, fatigue, and anxiety are high. We examined effects of a mindfulness-based intervention (MBI) compared to usual care (UC) upon HRQOL, depression, and fatigue among adults with relapsing-remitting or secondary progressive MS.

Methods: A total of 150 patients were randomly assigned to the intervention ($n = 76$) or to UC ($n = 74$). MBI consisted of a structured 8-week program of mindfulness training. Assessments were made at baseline, postintervention, and 6 months follow-up. Primary outcomes included disease-specific and disease-aspecific HRQOL, depression, and fatigue. Anxiety, personal goal attainment, and adherence to homework were secondary outcomes.

Results: Adherence was low in the intervention group (55%) and attendance rate high (92%). Employing intention-to-treat analysis, MBI, compared with UC, improved nonphysical dimensions of primary outcomes at postintervention and follow-up ($p < 0.002$), effect sizes, 0.4–0.8 postintervention and 0.3–0.5 at follow-up. When analyses were repeated among subgroups with clinically relevant levels of preintervention depression, fatigue, or anxiety, postintervention and follow-up effects remained significant and effect sizes were larger than for the total sample.

Conclusions: In addition to evidence of improved HRQOL and well-being, these findings demonstrate broad feasibility and acceptance of, as well as satisfaction and adherence with, a program of mindfulness training for patients with MS. The results may also have treatment implications for other chronic disorders that diminish HRQOL.

Classification of evidence: This trial provides Class II evidence that MBI compared with UC improved HRQOL, fatigue, and depression up to 6 months postintervention. *Neurology*® 2010;76:1142–1148

GLOSSARY

ANCOVA = analysis of covariance; **CEBQ** = Center for Epidemiologic Studies Questionnaire on Stress; **CI** = confidence interval; **EDSS** = Expanded Disability Status Scale; **EZ** = effect size; **HAQ/LAMB** = Health Quality of Life Questionnaire in Multiple Sclerosis; **HRQOL** = health-related quality of life; **MBI** = mindfulness-based intervention; **MBF** = Mindfulness-Based Fatigue Impact Scale; **MS** = multiple sclerosis; **NIH** = National Institutes of Health; **POOLC** = Patient Health Questionnaire Quality of Life in Chronic Disorders; **PRO** = patient-reported outcome; **STAI** = State-Trait Anxiety Inventory; **UC** = usual care.

Multiple sclerosis (MS) is the most common nontraumatic neurologic disease among young adults, with a prevalence in Europe and the United States of 50–200 per 100,000.¹ Alongside physical complaints, many patients with MS have substantially impaired health-related quality of life (HRQOL), depression, fatigue, and anxiety.² Lifetime prevalence of depression among patients with MS is about 50%.³ At least 65% of patients with MS complain of fatigue, 15%–50% considering fatigue their most disabling symptom.⁴ Anxiety disorder is also common, with a point prevalence of 25%.⁵

HRQOL, psychosocial impairment shows great variation among patients with MS and is, to an important degree, independent of extent of disease.^{6–10} Additionally, many disease-modifying drug regimens appear to produce modest or no improvements in HRQOL,^{11,12} or

Editorial, page 1130

Supplemental data at www.neurology.org

From the Department of Psychosomatic Medicine (P.G., C.S.), Division of Internal Medicine, University Hospital Basel; Division of Neurology (L.K., M.G., M.D.), University Hospital Basel; Basel Department of Preventive Medicine (H.G.), Faculty School of Medicine, University of Basel; Psychiatry, II, and Department of Psychology (D.C.M.) University of Basel, Basel, Switzerland.
Study funding: Supported by the Swiss National Science Foundation (SNF) 312690.10, the Swiss T. J. Foundation Foundation, the Swiss Multiple Sclerosis Foundation, and the Swiss Multiple Sclerosis Society (SMSS).

Professor Steiner declares no potential conflict of interest.

Copyright © by AAN Enterprises, Inc. Unauthorized reproduction of this article is prohibited.

Finanziell wurde die Studie unterstützt vom Schweizerischen Nationalfonds für die Wissenschaften, der Stanley T. Johnson Foundation, der Schweizerischen Multiple Sklerose Gesellschaft sowie von Sanofi-Aventis, Merck Serono und Biogen Dompé.

Für weitere Auskünfte wenden Sie sich bitte an Dr. Paul Grossman, Abteilung für Psychosomatik, Universitätsspital Basel, Hebelstrasse 32, CH-4031 Basel, Telefon +41 61 265 25 25, www.universitätsspital-basel.ch

Quelle: Mediencommuniqué vom 27.9.2010 http://www.psychosomatik-basel.ch/deutsch/publikationen/pdf/grossman_ms_mindfulness_neurology_2010.pdf

Eigenanbau von Cannabis für Patienten grundsätzlich möglich

Das Verwaltungsgericht Köln hat eine Entscheidung des Bundesinstituts für Arzneimittel aufgehoben, die einem an Multipler Sklerose und Ataxie erkrankten Patienten untersagt hat, Cannabis für seinen medizinischen Eigenbedarf selbst anzubauen. Das Gericht trägt in seiner Entscheidung der Problematik vieler Schmerz- und Ataxiepatienten Rechnung, bei denen Therapien mit zugelassenen Medikamenten (die die Krankenkassen bezahlen)

nicht greifen, die sich aber die Therapie mit Cannabinoiden (wie Dronabinol) oder niederländischem Medizinalhanf

(den zu beziehen ihnen die Bundesopiumstelle unter Umständen erlauben würde) nicht leisten können. Der kostengünstige Eigenanbau, der zumindest

ihre Symptome lindert, wurde ihnen bislang stets verweigert.

Das Verwaltungsgericht Köln hat in seiner wegweisenden Entscheidung (die sich auf zwei Entscheidungen in ähnlich gelagerten, aber nicht den Eigenanbau von Cannabis betreffenden Fällen des Bundesverwaltungsgerichts und des OVG Nordrhein-Westfalen stützt) festgestellt, dass in einem Fall, wie dem des Klägers, keine zwingende Versagungsgründe für einen Eigenanbau existieren. Vor allem sind die sehr scharfen Sicherungsrichtlinien des Bundesinstituts für Arzneimittel nicht auf Patienten anzuwenden, bei denen keine Behandlungsalternativen bestehen.

Auch die Behauptung der Beklagten, dass die therapeutische Wirksamkeit von Cannabis bislang nicht nachgewiesen sei, ist nach Auffassung des Gerichts unerheblich: „Bei der vorliegenden schweren Erkrankung des Klägers (ist) schon die Verbesserung der subjektiven Befindlichkeit eine Linderung, deren Eröffnung im öffentlichen Interesse liegt.“ Soweit das



Bundesinstitut argumentiert, die Genehmigung des Eigenanbaus von Cannabis verstoße gegen das Suchtstoffübereinkommen von 1961 (ÜK 1961) hält das Gericht die vorgetragenen Erwägungen für ermessensfehlerhaft, weil die Behörde nicht abgewogen hat, „ob wegen der Schwere der Erkrankung des Klägers unter Beachtung der Wertentscheidungen des Grundgesetzes selbst ein Verstoß gegen internationale Suchtstoffübereinkommen hinzunehmen ist.“

Rechtsanwalt Dr. Oliver Tolmein von der Kanzlei Menschen und Rechte (Hamburg), der das Verfahren für den Kläger geführt hat, be-

grüßt die Entscheidung: „Vielen schwerkranken Patienten ermöglicht nur der Eigenanbau von Cannabis tatsächlich eine Therapie ihrer Schmerzen, Ataxien oder anderer gravierender Krankheitserscheinungen. Deswegen ist es zwingend geboten, ihnen diesen Eigenanbau auch zu ermöglichen. Jetzt steht insbesondere der Bundesgesundheitsminister in der Pflicht zu zeigen, dass er die Lage schwerstkranker Menschen wirklich verbessern will.“ Das Bundesinstitut für Arzneimittel wollte dem Antrag des Klägers in diesem Verfahren stattgeben, war aber vom Bundesgesundheitsministerium angewiesen worden, dem Antrag auf Eigenanbau von Cannabis keinesfalls stattzugeben.

*Quelle:
kabinet-nachrichten
vom 21.01.2011*



MS-Betroffene erzählen – Der Multiple Sklerose-Podcast

Im Mai 2010 hat Brigitte Hagedorn den Multiple Sklerose-Podcast ins Leben gerufen. Das ist ein Audio-Podcast mit Stimmen von Menschen mit MS. Sie erzählen selbst über ihr Leben mit MS: Wie sie mit der Krankheit umgehen, welche Herausforderungen sie bisher meistern mussten, wer sie unterstützt, behindert und vieles mehr. Reinhören können Sie unter <http://www.der-ms-podcast.de/>

Hagedorn ist selbst an MS erkrankt und arbeitet als freie Journalistin in Berlin und erstellt Hörbeiträge/Podcasts zur Ergänzung der Öffentlichkeitsarbeit von Unternehmen und Organisationen. Ihr Projekt soll MS-Betroffenen eine „Stimme geben“ und natürlich Mut machen, um den eigenen Weg zu gehen. Wenn Sie auch Ihre Geschichte erzählen möchten, dann nehmen Sie Kontakt mit ihr auf: hagedorn@audiobeitraege.de

The screenshot shows the website 'Der Multiple Sklerose-Podcast' in a web browser. The main content area features a post titled 'Bleiben Sie aktiv!' dated April 14th, 2011, by admin. The post text discusses the motto 'Bleiben Sie aktiv!' and mentions Babette Mathies. Below the text are social media sharing buttons and tags: 'Bewegung, Kinder, Kognition, Psychopharmaka'. There is also a 'Humor' section dated February 25th, 2011, by admin, mentioning Phil Hubbe. The right sidebar contains several sections: 'Über den MS-Podcast' (describing the podcast's purpose), 'Themen' (listing topics like 'alternativ Avonex', 'Cognitive Ernährung', etc.), 'Bewegung' (listing 'Cartoon Chemotherapie', 'Kognition', etc.), 'Musik' (listing 'Pflegendienst', 'Placebo Psychopharmaka'), 'Qigong' (listing 'Reisen', 'Selbsthilfegruppe'), and 'Buchtipps' (listing books like 'Das MS-Kochbuch', '500 Meter: Trotz Müdigkeit', etc.).

Erfahrungen – Christoph Schlingensief

Der Theaterregisseur Christoph Schlingensief ist im August 2010 im Alter von 49 Jahren an Lungenkrebs gestorben. In seinem Buch über seine Erkrankung „So schön wie hier kann’s im Himmel gar nicht sein“ (Kiwi, Köln 2009) schreibt er:

» Fürchterlich! Wenn man diese Betroffenenforen im Internet liest, wird einem ganz schlecht, da wird man sofort noch schlimmer krank. Und man merkt, was für eine Hilflosigkeit in diesem Gesundheitssystem steckt. Das muss mal laut und deutlich gesagt werden, was da für eine Hilflosigkeit, eine Unfähigkeit herrscht. Weil die Menschen nicht nur allein gelassen werden mit ihren Ängsten, sondern auch statisch gemacht werden in ihrer Verzweiflung. Sie bekommen mitgeteilt, dass sie krank sind, und geraten dann in einen Prozess, der sie völlig entmündigt. Nicht die Krankheit ist das Leiden, sondern der Kranke leidet, weil er nicht fähig ist zu reagieren, weil er nicht die Möglichkeit hat, mitzumachen. Er ist dem System ausgeliefert, weil niemand in diesem

System bereit ist, ernsthaft mit ihm zu sprechen. Klar: Diagnose, Prognose, Therapie, es wird beinhardt aufgeklärt, aber wirklich miteinander gesprochen wird nicht. Dabei könnte man allein dadurch helfen, dass man mit den Menschen spricht, zu Gedanken animiert oder nach Ängsten und Wünschen fragt. Denn dann wäre der Kranke wieder am Prozess beteiligt, dann wäre er aus dieser Statik befreit, die einem die Krankheit aufzuzwingen versucht.

Und je nach Leidensstärke würde sich ein entsprechender Befreiungsschlag entwickeln. Man wäre plötzlich wieder Teil des Systems. Und wenn man das schafft, dann hat man zumindest das Leiden hinter sich – und vielleicht sogar den Krebs besiegt. Sagt jetzt hier der Krebspezialist Schlingensief. Der natürlich bei einem Schnupfen sagt, kein Problem. Neuer Schnupfen, neues Glück.



Bücherkiste

Jaron Bendkower: Mit Multipler Sklerose mitten im Leben. Bericht eines Psychotherapeuten zu Selbstheilung und Resilienz.
Spektrum Akademischer Verlag,
Heidelberg, 2010, 288 S.,
19,95 EUR,
ISBN: 978-3-8274-2490-7



gen ist und wie er sie seiner Meinung nach überwunden hat. So lautet die zentrale Botschaft des Buches „MS ist heilbar!“ Das macht Hoffnung, und das ist ja nicht verkehrt. Wäre da nicht einen Absatz weiter der Satz „Sie (die Heilung, die Red.) gelingt nur dann, wenn auch der Wille zur Selbstheilung vorhanden ist“. Das heißt doch im Umkehrschluss, dass es allen, deren MS nicht geheilt ist, am nötigen Willen fehlt – eine unglaubliche Unterstellung, gerade, wenn man weiß, dass es viele MS-Subtypen gibt und vieles rund um die MS noch gar nicht geklärt ist. Meint der Autor tatsächlich, dass diejenigen, die mit der MS leben und sie nicht überwunden haben, selber daran schuld sind?

Geärgert hat mich auch die Unterstellung einer typischen MS-Persönlichkeit: „MS-ler sind zumeist äußerst liebenswerte Menschen: einfühlsam, verständig, oft begnadet mit Vernunft und versehen mit einem hohem Bewusstsein.“ Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis ist das jedenfalls nicht.

Ansonsten ist das Buch interessant geschrieben und streift vieler-

Der Autor Jaron Bendkower nimmt seine Leserinnen und Leser mit auf seine Reise mit der MS. Der Psychotherapeut beschreibt, wie es ihm mit der Erkrankung ergan-

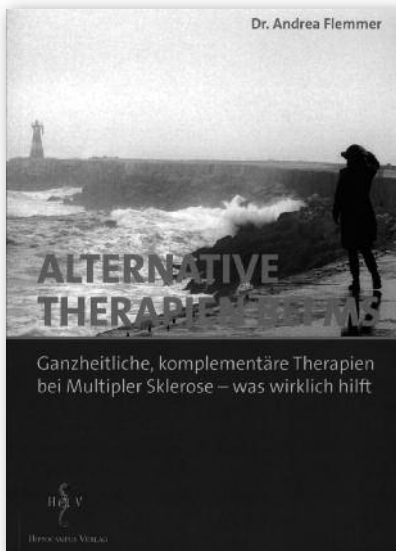
lei Aspekte rund um das Thema Selbstheilung einschließlich der Spiritualität. Der Autor äußert sich selbst folgendermaßen: „Schreiben ist fast so gut wie eine Therapie“. Wäre er dabei ganz bei sich geblieben und hätte er auf Verallgemeinerungen verzichtet, so hätte ich die Lektüre mehr genießen können. Wenn es LeserInnen gelingt, über die genannten Schwachstellen hinwegzusehen, kann es durchaus gewinnbringend sein, das Buch zu lesen.

Si

Andrea Flemmer: *Alternative Therapien bei MS. Ganzheitliche, komplementäre Therapien bei Multipler Sklerose – was wirklich hilft.*

Hippocampus Verlag, Bad Honnef. 2. unveränderte Auflage
2009, 172 S., 17,80 EUR
ISBN: 978-3-936817-29-4

Der Titel des Werkes verspricht mehr als der Inhalt halten kann: Von den rund 150 Seiten (ohne Anhang) füllen rund ein Drittel allgemeine Ausführungen zur MS, zur medikamentösen (schulmedizinischen) Therapie sowie zu anderen konventionellen Therapieformen wie Physiotherapie, Logopädie etc. Auf 40 Seiten beschäftigt sich die Autorin mit Ernährungsfragen, 34 Seiten widmet sie anderen alternativen Methoden und Therapieformen. So ehrenwert die Moti-



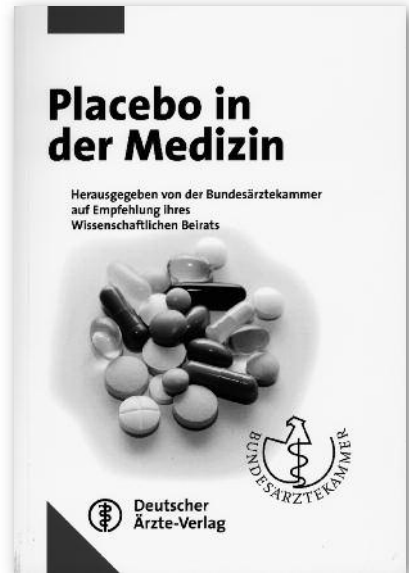
vation von Andrea Flemmer möglicherweise ist, MS-Betroffene vor teuren unwirksamen Methoden schützen zu wollen, so fragwürdig erscheint es mir, dass sie bei einigen Methoden bewiesene Wirksamkeit unterstellt, andere jedoch als „wissenschaftlich nicht getestet“ bezeichnet. Zu der ersten Gruppe gehören beispielsweise Feldenkrais, Yoga, Homöopathie, zur zweiten Gruppe unter anderem Tai Chi und die Kneipptherapie. Keine der aufgelisteten Therapien wird von den Kassen durchgehend bezahlt, was bei bewiesener Wirksamkeit doch eigentlich der Fall sein müsste. Mit dem Titelzusatz „was wirklich hilft“ und der angeblich bewiesenen Wirksamkeit weckt Flemmer meiner Ansicht nach zu große Hoffnungen. Ehrlicher wäre es meines Erachtens darauf hinzuweisen, dass alle ge-

nannten Methoden einigen MS-Betroffenen bereits geholfen haben, es aber keine Therapie gibt, die bei allen Betroffenen wirkt. Weiterer Kritikpunkt: In einen Ratgeber zu alternativen MS-Therapien gehören nach meiner Meinung auch Ausführungen zu psychotherapeutischen Ansätzen. Damit hat sich die Autorin offensichtlich noch nicht beschäftigt, sonst hätte sie „Killerphrasen“ wie „An MS zu erkranken, ist ein schlimmes Schicksal“ (im Vorwort) oder MS als „diese bösartige Krankheit“ zu bezeichnen (in der Zusammenfassung), sicherlich vermieden. Ein verzichtbares Buch.

**Bundesärztekammer:
Placebo in der Medizin.**

Deutscher Ärzteverlag,
Köln, 2011, 193 S., 29,95 EUR,
ISBN: 978-3-7691-3491-9

Mit dem Thema „Placebo“ haben wir uns in FORUM PSYCHOSOMATIK schon mehrfach befasst und immer eine verstärkte Forschung angemahnt – zuletzt ausführlich in der Ausgabe 2/2008 („Placebo – vom Ärgernis zum Forschungsgegenstand“). Nun hat die Bundesärztekammer auf Empfehlung ihres Wissenschaftlichen Beirates einen umfassenden Titel erstellt, der den derzeitigen Stand der Erkenntnis meines Erachtens gut wiedergibt. Dies beginnt schon



bei der weit gewählten Definition, die besagt, dass es sich bei „Placebo“ nicht nur um pharmazeutische Darreichungsformen in Form von bunten Pillen handelt, sondern dass jede (!) medizinische oder psychosoziale Intervention (auch das Behandlungsumfeld oder die Arzt-Patient-Beziehung) unter diesem Wirkeffekt betrachtet werden muss. Ausführlich werden auch ethische Aspekte (dürfen Placebos etwa bei Nicht-Einwilligungsfähigen Personen angewandt werden?) oder juristische Aspekte (Haftungsfragen bei Einsatz von Placebos) behandelt. Überaus spannend in unseren Zusammenhängen liest sich das Kapitel 9 „Die Bedeutung der Rolle des Arztes und des therapeutischen Settings für den Placeboeffekt“, in dem neben der Bedeutung der

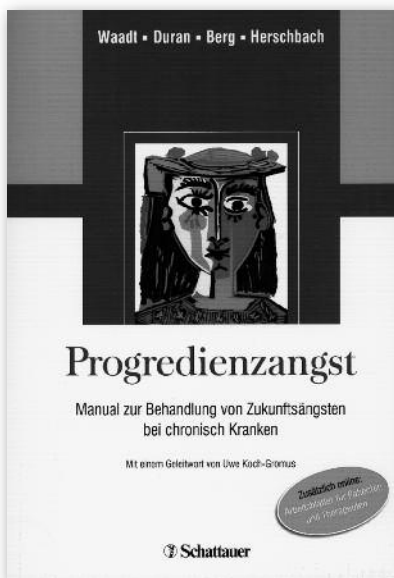
Kommunikation auch die Rolle des Geschlechtes und von soziokulturellen Faktoren (Migrationshintergrund) betrachtet werden. Gut gefallen haben mir auch die jeweiligen Zusammenfassungen und Literaturübersichten nach jedem einzelnen Kapitel und eine abschließende Gesamtschau, die die Relevanz des Placeboeffektes für klinische Studien oder die therapeutische Praxis betont. Ein Verzeichnis der Fachbegriffe (Glossar) rundet den überaus empfehlenswerten Titel ab. Kompliment an den Ärzte-Verlag! Dahinter gibt es kein Zurück mehr!

HGH

**Waadt/Duran/Berg/Herschbach:
Progredienzangst Behandlung
von Zukunftsängsten bei
chronisch Kranken**

Schattauer Verlag, Stuttgart,
2011, 230 S., 39,95 EUR,
ISBN: 978-3-7945-2790-8

Progredienzangst – dahinter verbirgt sich die Angst vor einem Fortschreiten der Erkrankung mit allen negativen Folgen. Eine solche Angst kann eine der größten Belastungen für chronisch kranke Frauen und Männer sein: Gerade bei der MS, bei der es mit dem „chronisch progredienten“ Verlauf (neben dem schubförmigen) sogar eine begriffliche Festschreibung in dieser Hinsicht gibt. Wenn eine derartige Angst den Blick auf die



Zukunft verstellt, mindert sie in hohem Maße die Lebensqualität und kann sogar eine angemessene Therapie verhindern.

Ein solches Phänomen tritt jedoch nicht nur bei der Erkrankung an MS, sondern auch bei Diabetes Mellitus, Krebs, Rheuma oder Morbus Crohn auf. Deshalb ist es auch nur konsequent, dass die AutorInnen all diese chronischen Erkrankungen im Blick haben, wenn sie ihr Manual darlegen. Manual – das bedeutet eigentlich „Handbuch“. In der vorliegenden Publikation ist darunter eher eine theoretisch fundierte Grundlage (erster Teil) sowie eine Handlungsanleitung (zweiter Teil) zur Behandlung solcher Zukunftsängste zu verstehen. Die „Behandlung“ erfolgt nach drei grundlegenden Bausteinen (Modulen): Modul 1 – Selbst-

beobachtung und Diagnostik, Modul 2 – Angstkonfrontation und Neubewertung und Modul 3 – Verhaltensänderung und Lösungen. Im Modul 3 spielen dann auch Entspannungsverfahren und Achtsamkeitsmeditationen eine Rolle. Ferner geht es um eine „Ressourcenaktivierung“, also die Rückbesinnung auf die eigenen Kräfte und die Erstellung eines Aktionsplanes zur Verhaltensänderung. Empowerment pur, wenn ich das hier so flapsig sagen darf und eine dicke Empfehlung für die Praxis!

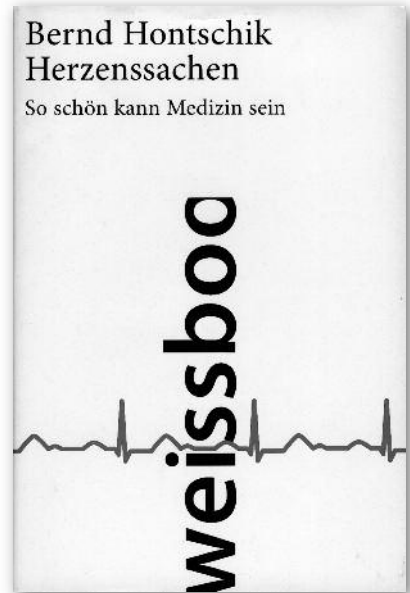
HGH

Bernd Hontschik: *Herzessachen*

– ***So schön kann Medizin sein***
 weissbooks GmbH, Frankfurt am Main, 2009, 131 S.

5,00 EUR (Modernes Antiquariat)
 ISBN: 978-3-940888-03-7

„Der Unterschied zwischen einem kranken Menschen beim Arzt und einer defekten Maschine in der Werkstatt ist fundamental. Wenn die Medizin das vergisst, ist sie keine mehr.“ Dieses Zitat stammt aus einer Medizin-Kolumne, die der Frankfurter Arzt Bernd Hontschik regelmäßig in der „Frankfurter Rundschau“ veröffentlicht. Es könnte auch das übergreifende Motto der 35 Beiträge sein, die hier in der kleinen Anthologie „Herzessachen“ versammelt sind, denn Hontschik ist Vertreter einer „integrierten Medizin“, wie sie von



Thure von Uexküll entwickelt wurde. Viele der Texte behandeln den Einfluss der Pharmaindustrie oder die grotesken Auswirkungen eines bürokratisch organisierten Gesundheitssystems. Der Autor kritisiert die geplante elektronische Gesundheitskarte und begründet, warum er dem Verein MEZIS (Mein Essen bezahle ich selbst) beigetreten ist.

Der Inhalt ist die Investition der 5 EURO mehr als wert (Geschenktipp!): Meine grauen Zellen jedenfalls fühlten sich nach der Lektüre der mit „Herzblut“ geschriebenen Texte durchgepustet und aufgefrischt an – so schön kann Lesen sein!

HGH

Hartmut Reiners:
Krank und pleite? Das deutsche
Gesundheitssystem

Suhrkamp Verlag, Berlin,
 223 S., 8,95 EUR,
 ISBN: 978-3-518-46247-8

Geht es Ihnen auch so, dass Sie zusammenzucken, wenn Sie das Wort „Gesundheitsreformen“ hören? Viel zu oft war dies ein Kampfbegriff, der in den letzten Jahren wenig mit wirklichen Reformen im Sinne der PatientInnen, sondern eher mit einem Griff in die Taschen der Versicherten verbunden war. Dass die Gesundheitspolitik und das Gesundheitssystem in Deutschland außerdem einem undurchschaubaren Dschungel gleichen, macht die Sache nicht einfacher. Abhilfe kann da das Buch von Hartmut Reiners schaffen, der selbst Referatsleiter in unterschiedlichen Gesundheitsministerien der Bundesländer war und mit allen „Reformen“ vertraut ist. In fünf detailreichen Kapiteln werden folgende Inhalte behandelt: Macht die Unterteilung in gesetzliche und private Versicherung überhaupt Sinn? Gibt es wirklich eine Kostenexplosion? Was ist mit den Vergütungen der Kassenärzte, der Krankenhäuser? Wie ist die derzeitige Politik der schwarz-gelben Regierung zu bewerten? Welche drei Reformprojekte sollten in Zukunft angedacht werden? Aus meiner persönlichen Sicht ist Letzteres das ak-



tuellste Kapitel, denn diese drei Projekte sind nach Reiners: die Schaffung einer einheitlichen und solidarischen Krankenversicherung, die Modernisierung der medizinischen Versorgungsstrukturen, etwa in ländlichen Regionen und eine Neuordnung der Zuständigkeiten für die Bedarfsplanung, sprich: das Verhältnis zwischen Krankenkassen zu den Kassenärztlichen Vereinigungen. Ein kleiner Anhang mit informativen Weblinks rundet den Titel ab – Pflichtlektüre für alle, die sich auf dieses politische Minenfeld wagen wollen.

HGH

**Medienprojekt Wuppertal e.V.:
Mein Körper, der Feind? Ein Leben
mit Multipler Sklerose.**

DVD 60 min. Kaufpreis: 30,- EUR,
Ausleihe: 10,- EUR (www.medienprojekt-wuppertal.de)

Diese professionelle filmische Dokumentation beschreibt drei verschiedene Lebenssituationen und drei verschiedene Arten, mit der Erkrankung an MS und ihren Symptomen umzugehen. Im Fokus stehen die Möglichkeiten und Mittel der Betroffenen, das Leben mit dieser Krankheit zu gestalten:

Sabine (30) hat erst vor zehn Monaten die Diagnose erfahren. Ihr erster Gedanke war: MS bedeutet Rollstuhl. Sie versucht, die Erkrankung mit natürlichen Methoden behandeln zu lassen. Noch spürt sie kaum Verschlechterungen, aber gerade wurden Veränderungen im zentralen Nervensystem gefunden und auch in einem Zeh spürt sie Taubheit. Nun stellt sich für sie die Frage nach der Notwendigkeit einer schulmedizinischen Behandlung.

Eva-Maria (39) ist seit der Geburt ihres Kindes vor vier Jahren an MS erkrankt. Damals war sie für zwei Wochen erblindet und die Diagnose war ein Schock. Inzwischen kann sie ihren Beruf nicht mehr ausüben. Einerseits dominiert die Krankheit ihr Leben, andererseits lässt die Liebe zum Kind und die Unterstützung ihres Mannes diese in den Hintergrund rücken. Sie leitet eine Selbsthilfegruppe und engagiert sich für Betroffene.

