



22. Jahrgang | 1–2013

FORUM PSYCHOSOMATIK

Zeitschrift für psychosomatische MS-Forschung



Außen- und Innenwahrnehmung bei MS

Inhalt

- 3** Liebe Leserinnen und Leser,
- 4** Von Malu Dreyer bis Chris Wright
- 7** Das Bild von MS – Beiträge von LeserInnen
Licht und Luft ans „Horrorgespenst MS“!
- 13** Aus der Welt der Forschung
MS-Welt-Kongress in Berlin vom 4. bis 6. Oktober 2013
- 14** In Deutschland mehr MS-Betroffene als vermutet?
- 16** Nutzen oder schaden Beta-Interferone bei MS?
- 18** Psychotherapie kann Multiple Sklerose bremsen
- 20** Stress als Risikofaktor für Multiple Sklerose
- 22** Von ÄrztInnen, PatientInnen und Krankenhäusern
Ein Interview von Constanze Kleis mit Dr. Bernd Hontschik
- 30** Experten
- 32** Im Interesse der Patienten:
Kritischer Umgang mit Medikamentenherstellern
- 34** „Patient im Visier“ – eine Erfahrung
- 36** Ich fotografiere immer nur das, was da ist ...
- 38** Neue Bücher

Fotos: S. 5 Landtag RLP, S. 6 Wikipedia – Sjur Rasmus Rockwell Djupedal,
S. 23 Barbara Klemm, Titelbild u. S. 8,15,31,35,37 Hilke Wegner

Mitglied im



Bundesverband
Deutscher Stiftungen

Impressum

Herausgeberin:

LEBENSNERV – Stiftung zur Förderung
der psychosomatischen MS-Forschung
Krantorweg 1, 13503 Berlin

Tel.: (030) 436 35 42

Fax: (030) 436 44 42

e-mail: lebensnerv@gmx.de

web: www.lebensnerv.de

Stiftungsvorstand:

Dr. Sigrid Arnade

Susanne Same (geb. Wolf)

Gudula Oster

V.i.s.d.P.:

Dr. Sigrid Arnade

Redaktion:

H.-Günter Heiden

Gestaltung:

Enno Hurlin

Druck:

Oktoberdruck

Erscheinungsweise:

FORUM PSYCHOSOMATIK
(gegründet 1992 als „Rundbrief“)
erscheint zweimal jährlich,
kostenlos, auch auf Audio-CD und
als barrierefreie PDF-Datei

Die Stiftung ist als gemeinnützig
anerkannt. Spendenbescheinigun-
gen werden ausgestellt.

Bankverbindung:

Stiftungskonto-Nr.: 214539-501
Postbank Köln, BLZ: 370 100 50

Druck auf 100% Recycling-Papier

Liebe Leserinnen und Leser,

wie Sie wissen, entfiel die letzte Ausgabe von FORUM PSYCHOSOMATIK zugunsten einer Aktualisierung unseres Verteilers. Wir bedanken uns ganz herzlich für die vielen Rückmeldungen, teilweise mit ermutigenden Ergänzungen, und für die vielen Spenden! Jetzt konnten wir unseren Verteiler bereinigen, und viele von Ihnen erhalten FORUM PSYCHOSOMATIK ab sofort elektronisch als barrierefreie pdf-Datei.

In dieser Ausgabe von FORUM PSYCHOSOMATIK stellen wir Ihnen neuere Forschungsergebnisse vor, beschäftigen uns mit der Beziehung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen und thematisieren nochmals (wie bereits in der Ausgabe 1/2012) das Bild von MS in der Öffentlichkeit.

Bei der Durchsicht der Beiträge fiel mir ein wiederkehrender Aspekt auf: die Diskrepanz zwischen Außen- und Innenwahrnehmung. Was ÄrztInnen für wichtig und richtig halten, muss nicht für die PatientInnen wichtig und richtig sein; das Bild, das viele Menschen über ein Leben mit MS im Kopf haben, entspricht wohl nur in Ausnahmefällen dem Lebensgefühl einzelner Menschen mit MS. Und wenn Forschende zur Überprüfung von Medikamentenwirksamkeit lediglich die

Gehstrecke der Betroffenen zugrunde legen, stellt sich auch hier die Frage, an welchem Kriterium die Betroffenen selbst für sich eine Krankheitsverschlechterung festmachen. Alle diese Fragen können natürlich nicht pauschal, sondern immer nur von einzelnen Menschen individuell beantwortet werden.

In diesem Heft lesen Sie auch, dass Psychotherapie MS bremsen kann – zumindest kurzfristig. Welch Fortschritt! Warnte die DMSG vor über 25 Jahren noch vor Psychotherapie, so wird diese Therapieform endlich anerkannt. Wobei ich dem Studienleiter, David Mohr, widersprechen muss, der sagt, „es sei weder zeitlich noch finanziell zumutbar, die Patienten für den Rest ihres Lebens jede Woche einmal in Therapie zu schicken.“ Immerhin werden die in ihrem Nutzen zumindest fraglichen pharmakologischen Therapien problemlos finanziert und mit all ihren unerwünschten Nebenwirkungen den Betroffenen täglich zugemutet.

Was denken Sie dazu? Schreiben Sie uns – wir freuen uns!

Eine gute Zeit und viele Grüße!

Ihre



Dr. Sigrid Arnade

Von Malu Dreyer bis Chris Wright

Was haben die rheinland-pfälzische Ministerpräsidentin Malu Dreyer und der NBA-Basketball-Star Chris Wright gemeinsam? Beide leben mit der Diagnose „Multiple Sklerose“. Okay, das haben viele Menschen mit ihnen gemeinsam. Neu ist aber, dass sie, als Prominente der Politik und des Hochleistungssports, offen damit umgehen und ihre Erkrankung nicht schamhaft verstecken. Schauen wir uns die beiden einmal genauer an:

Am 16. Januar 2013 wurde **Malu Dreyer** zur Ministerpräsidentin von Rheinland-Pfalz gewählt. Die Nachfolgerin von Kurt Beck gilt als mutige, zupackende Frau, die das Land aus der Krise führen will. Die Berliner Zeitung porträtiert die 51-Jährige, die stets offen damit umgegangen sei, dass sie Multiple Sklerose hat. Sie habe irgendwann die Entscheidung getroffen, „dass ich mich nicht behindern lasse durch meine Erkrankung“.

In dem Beitrag der Berliner Zeitung heißt es: „Kaum ein Politiker oder eine Politikerin bundesweit ist mit so viel Vorschusslorbeeren be-

dacht worden wie die Juristin und Ex-Staatsanwältin, die wie ihr Vorgänger aus der Pfalz stammt.“ Sie sei dank ihres unverwundlich fröhlichen Naturells „beliebt wie Freibier und Hitzefrei“, lautet der bekannteste Spruch über Malu Dreyer, die ihren ungewöhnlichen Namen aus „Marie-Luise“ komponierte, weil ihr der Taufname nicht gefiel.

„Und Malu Dreyer traut sich das hohe Ministerpräsidenten-Amt zu, obwohl es einer der anstrengendsten Jobs in der Republik ist, obwohl sie durch die Krankheit beim Gehen behindert ist, nur kleine, vorsichtige Schritte macht und für längere Wege einen Rollstuhl braucht. Ihren Rolli, wie sie sagt“, schreibt das Hauptstadt-Blatt.

Dreyer gilt als integer und bodenständig. Dazu passt, dass sie weiter in Trier wohnen bleiben will, wo sie in Schammatdorf mit ihrem Mann, dem Trierer Oberbürgermeister Klaus Jensen, und dessen Kindern lebt. Das Dorf nahe dem Zentrum der alten Römerstadt ist ein Modellprojekt, in dem Alte und Junge, Behinderte und Nichtbehinderte, Reiche, Nicht-so-Reiche und Arme zusammen wohnen. Es sind

300 Leute, „die Verantwortung füreinander übernehmen“, wie Dreyer sagt. Es sei wichtig, „in einer ganz normalen Umgebung zu wohnen, wo ich mich wohlfühle. Das ist so schön, das erdet mich“.

Malu Dreyer wurde am 6. Februar 1961 in Neustadt an der Weinstraße als zweites von drei Kindern geboren. Ihr Vater war Oberstudiendirektor, ihre Mutter Erzieherin. Nach dem Abitur 1980 begann sie in Mainz Anglistik und Theologie zu studieren, wechselte dann aber zum Fachbereich Rechtswissenschaften. Nach ihrem zweiten Staatsexamen 1990 arbeitete Malu Dreyer zunächst weiter als wissenschaftliche Assistentin im Fachbereich Rechtswissenschaften an der Johannes Gutenberg Universität bis sie 1991 als Staatsanwältin nach Bad Kreuznach ging. Von 1992 bis 1995 war Malu Dreyer als Mitarbeiterin des Wissenschaftlichen Dienstes des Rheinland-Pfälzischen Landtags in Mainz tätig. Dann zog es die Pfälzerin erneut nach Bad Kreuznach, wo sie am 18. Mai 1995 zur hauptamtlichen Bürgermeisterin der Stadt gewählt wurde.

Von 1997 bis 2002 war Malu Dreyer Dezernentin für Soziales, Jugend und Wohnen der Stadt Mainz. Der damalige Ministerpräsident von Rheinland-Pfalz, Kurt Beck, holte sie im Jahr 2002 in sein Kabinett als Ministerin für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit.



Die Ministerpräsidentin von Rheinland-Pfalz, Malu Dreyer

Das Ministerium wurde auch nach den Landtagswahlen in 2006 und 2011 von Malu Dreyer geführt. 2012 feierte sie ihr 10jähriges Dienstjubiläum als Sozial-, Arbeits- und Gesundheitsministerin.

Am 16. Januar 2013 wurde Malu Dreyer einstimmig von den Regierungsfractionen SPD und Grüne zur Ministerpräsidentin von Rheinland-Pfalz gewählt. 2004 heiratete Malu Dreyer den heutigen Oberbürgermeister der Stadt Trier, Klaus Jensen. Seitdem lebt sie mit ihrem Mann in Trier.

Kommen wir nun zu **Chris Wright**, der bislang wohl nur eingefleischten Fans des US-amerikanischen Profi-Basketballs bekannt



Chris Wright (Nr.4) verteidigt gegen die American University Eagles 2007

war. Dabei ist der 23jährige Wright ein Teamkollege des Deutschen Dirk Nowitzki, der beim Klub Dallas Mavericks unter Vertrag steht. Die ersten Symptome zeigten sich bei Wright vor gut einem Jahr im Training beim einem türkischen Basketball-Klub: er verlor die Kontrolle über seine Beine, am nächsten Morgen war das Gefühl im rechten Arm, im rechten Bein und der rechten Hand weg. Kurz darauf erhielt er die Diagnose MS. Hart für einen Basketballprofi, der vom absoluten Funktionieren seines Körpers lebt. Ein Arzt erklärte seine Karriere auch schon für beendet. Doch Wright ist ein Kämpfer, nicht nur auf dem Feld: „Zuerst wusste ich nicht, was MS ist. Nachdem ich es rausgefunden hatte, habe ich einfach versucht, positiv zu bleiben und weiter zu machen“, sagt er der Presse. „Ich habe nie meine Ziele aus den Augen verloren.“

Mehrere Monate lang stand er dann nicht auf dem Spielfeld, wurde behandelt und begann in einer unteren Liga erneut mit dem Basketball-Training. Dass Sport und MS nicht ausgeschlossen sind, haben wir in FORUM PSYCHOSOMATIK schon häufiger berichtet, vor allem langsamer Ausdauersport ist oft hilfreich. Gerade aber unsere Berichte über MS und Body Building, MS und Marathon fanden auch reges Interesse, obwohl dies Ausnahmen sein dürften.

Dass Wright jetzt einen Profi-Vertrag mit den Mavericks bekam, erfüllt ihn mit Stolz. Auf der anderen Seite war wohl auch hilfreich, dass es beim Coach der „Mavs“, Rick Carlisle, keine Vorurteile gab: „Wir geben jedem eine Chance, solange sein Spiel passt und die Einstellung gut ist“, meint Carlisle.

Beginnt sich also das Bild von MS in der Öffentlichkeit und am Arbeitsplatz langsam zu wandeln? Sind Personen wie Dreyer und Wright Vorbilder? Oder sind sie als Prominente zu weit von der Lebenswirklichkeit entfernt? Schreiben Sie uns Ihre Meinung, wir freuen uns darauf!

(Text: HGH/kobinet-nachrichten/RP)

Das Bild von MS

Beiträge von LeserInnen

In der letzten Ausgabe von FORUM PSYCHOSOMATIK haben wir unter der Überschrift „Unabwägbar, unreflektiert, unbekannt – Thesen zum schlechten Ruf der MS“ zur Diskussion aufgerufen. Hier nun zwei Beiträge unserer LeserInnen dazu.

Ihr Artikel „Unabwägbar, unreflektiert, unbekannt – Thesen zum schlechten Ruf der MS“ in FORUM PSYCHOSOMATIK 1–2012 fordert mich geradezu zu einer Antwort heraus! Ihre erste und zweite These teile ich¹. Um die zweite These zu untermauern, wären sicherlich sozialwissenschaftliche Untersuchungen – soweit es sie noch nicht gibt, dies habe ich bisher nicht überprüft – wünschenswert. Nach den Erfahrungen und Erzählungen in meiner eigenen Herkunftsfamilie hege ich zumindest den Verdacht, dass diese These einer gewissen Logik nicht entbehrt. Meine eigenen Eltern (Jahrgang 1931 und 1934) waren während des Zweiten Weltkrieges noch Kinder. Obwohl nie offen darüber gesprochen wurde, hatte ich schon in meiner eigenen Jugendzeit das Gefühl, dass diese Generation auf sehr subtile Weise, unterbewusst, mit nationalsozialistischem Gedankengut infil-

triert und indoktriniert wurde – sei es durch die Generation ihrer Eltern (meiner Großeltern), durch die Schule und/oder die nationalsozialistischen Jugendorganisationen. Solche Einstellungen übertragen sich vermutlich nicht nur durch Äußerungen über MS auf nachfolgende Generationen. Auch antisemitische und fremdenfeindliche Einstellungen wurden wahrscheinlich auf ähnliche Art und Weise in dieser Zeit auf die nachfolgenden Generationen übertragen und leben bis heute im kollektiven und individuellen deutschen Unterbewusstsein fort.

Ihre dritte These sehe ich allerdings etwas differenzierter. Es hängt sicherlich individuell sehr stark vom eigenen Umgang mit der Krankheit und Behinderung, aber auch vom eigenen Gesundheitszustand bzw. Stadium dieser Erkrankung ab, ob man ihren Ruf als zu schlecht empfindet oder nicht. Es ist

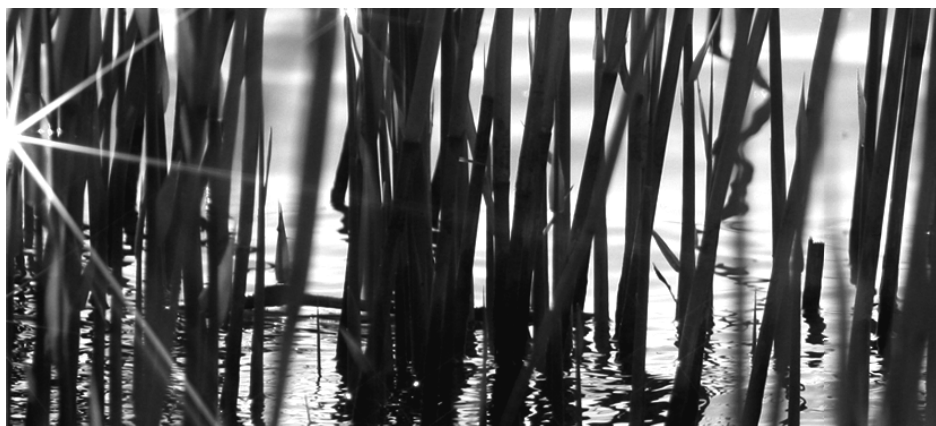
¹ Die drei Thesen waren: „1. Unberechenbarer Verlauf“, 2. „Generationsübergreifende Weitergabe von Einstellungen“ und 3. „Unwissen über das Leben mit Behinderung“

sehr relativ, ob ich das Glas als halb voll oder als halb leer betrachte. Auch ich kenne viele Menschen, „die schon lange mit wenigen Beeinträchtigungen mit ihrer MS leben und kaum Einschränkungen ihrer Lebensqualität hinnehmen müssen.“ Ich kenne aber auch viele Menschen, denen es mit „ihrer“ MS sehr schlecht geht und die im Laufe der Jahre und Jahrzehnte sehr viele Beeinträchtigungen und Einschränkungen ihrer Lebensqualität hinnehmen mussten. Zu diesen Menschen zähle ich mich mittlerweile auch. Ihre Aussage, dass es Ihnen (mit Rollstuhl) „wunderbar ginge und alles kein Problem sei“ kann ich daher für mich ganz und gar nicht teilen.

Auch für mich ist der Rollstuhl zwar mittlerweile ein mehr oder weniger bequemes Fortbewegungsmittel geworden und keine „Horrorvision“ mehr. Ich habe die MS angenommen, aber mich nicht mit ihr abgefunden. Das ist ein großer Un-

terschied. „Angenommen“ heißt für mich, dass ich den momentanen Zustand so akzeptiert habe, wie er ist. Ich habe aufgehört, dagegen zu kämpfen. Der Mensch ist meiner Ansicht nach in erster Linie ein geistiges bzw. seelisches Wesen, das auf diesem Planeten und in diesem Leben eine körperliche Erfahrung macht. Für den „Wert“ und die „Liebenswürdigkeit“ eines Menschen ist es völlig unerheblich, ob dieser im Rollstuhl sitzt und umher fährt oder sich als Fußgänger oder als Marathonläufer bewegt.

Das bedeutet aber nicht, dass ich diesen Zustand mit MS und Rollstuhl als „Ideal-Zustand“ betrachte oder beschreiben würde. Ich bin jetzt 50 Jahre alt und habe die ersten 25 Jahre davon ohne und die anderen 25 Jahre mit (langsam zunehmenden) MS-Symptomen gelebt – obwohl die endgültige, offizielle Diagnose erst 2002, also vor zehn Jahren, gestellt wurde. Auch wenn der Mensch in erster Linie ein

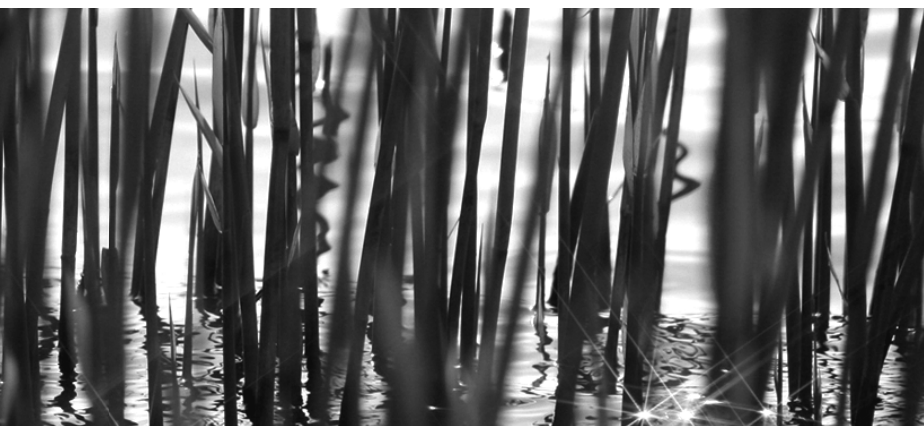


geistiges oder seelisches Wesen ist: Ich fand die körperlichen Erfahrungen ohne MS wesentlich angenehmer und schöner als die mit MS (und Rollstuhl!). Denn mal ehrlich: sind nicht – unabhängig von der Unfähigkeit, den eigenen Körper in der gewünschten, einem gesunden Körper entsprechenden Art und Weise bewegen zu können – „fehlende Rollstuhltoiletten“, mangelnde Barrierefreiheit im öffentlichen Personennahverkehr, der versperrte Zugang zu Kinos, Restaurants und Theatern sowie die Wahrnehmung der eigenen Person durch andere als „Rollstuhl mit Inhalt“ und „geschlechtsneutrales Wesen“ immer wieder anstrengende und zuweilen auch demütigende und/oder verletzende Erfahrungen? Würden Sie nicht auch eines Tages gerne wieder gehen, laufen, Sport treiben und am sozialen Leben, egal ob mit oder ohne Barrieren, teilnehmen können?

Ich würde dies alles und noch

viel mehr gerne wieder tun können. Daraus mache ich keinen Hehl. Darum sollte nach meinen Vorstellungen das oberste Ziel jeglicher MS-Forschung, auch und vor allem der psychosomatischen, die Suche nach Wegen und Methoden einer wirklichen Heilung sein. Auch wenn diese von der Schulmedizin und den meisten „Betroffenen“ in das Reich der Märchen und Fabeln verwiesen wird, glaube ich fest daran, dass eine solche Heilung eines Tages möglich sein wird. Ohne diesen Glauben und diese Hoffnung hätte ich die vielen Jahre mit dieser Erkrankung vermutlich nicht überlebt.

Diese Krankheit ist eine sehr ernst zu nehmende, gravierende, zurzeit leider noch als „unheilbar“ geltende chronische Krankheit mit zuweilen drastischen gesundheitlichen, beruflichen, familiären, finanziellen und sozialen Konsequenzen, die nicht unterschätzt oder gar herab gespielt werden sollten.



Die Natur oder der liebe Gott (je nach Weltanschauung oder Religion) hat den Menschen als einzigartiges Geschöpf entwickelt, das u.a. zwei Beine und Füße hat, auf denen es stehen, gehen, laufen, springen, tanzen, sich verteidigen, des Lebens erfreuen, etc. kann. Es war sicherlich nicht das Ziel Gottes oder des Universums, dass der Mensch im Rollstuhl umher fahre.

Auch wenn die seit Jahrzehnten immer wieder genannte Zahl von angeblich nur 120.000 MS-Erkrankten in Deutschland vermutlich zu niedrig und die „Dunkelziffer“ viel höher sein dürfte: Bei einer bundesdeutschen Gesamtbevölkerung von rund 80 Millionen Menschen stellen wir MSler daran gerade einmal 0,15 %. Auch wenn man andere RollstuhlfahrerInnen und Behinderte mit anderen Erkrankungen hinzu rechnet: Die Mehrheit der Bevölkerung ist nun einmal nicht behindert und nicht auf einen Rollstuhl angewiesen. Und leider definiert in einer Gesellschaft die Mehrheit, was als „normal“ gilt. Auch vor diesem Hintergrund kann ich Ihre Aussage, dass es Ihnen (mit Rollstuhl) „wunderbar ginge und alles kein Problem sei“ für mich ganz und gar nicht teilen.

Hinzu kommt vielleicht noch ein geschlechtsspezifischer Unterschied: Auch ohne und vor der MS war ich niemals Handwerker, Spitzensportler oder Soldat, wollte es auch nie werden oder sein. Gleich-

wohl werden in unserer Gesellschaft viele Eigenschaften und Tätigkeiten, die als „typisch männlich“ gelten, mit Körperkraft und Gesundheit assoziiert. Das beginnt beim (Breiten-) Sport und geht bis zu sämtlichen handwerklichen Arbeiten am (eigenen) Auto, Haus, Garten, an der Wohnung, etc. Von daher „nagt“ die Krankheit MS sehr stark gerade am männlichen Selbstwertgefühl und Ego. Ein Vater im Rollstuhl ist für manche Kinder mitunter stärker erklärungs- und gewöhnungsbedürftig als eine Mutter im Rollstuhl. Ich habe eine ganze Reihe von Rollstuhlfahrerinnen kennengelernt, die von ihren gesunden männlichen Partnern liebevoll umsorgt wurden.

Das Gegenteil, dass Männer im Rollstuhl von ihren (gesunden) Frauen oder Partnerinnen liebevoll und gleichzeitig „auf gleicher Augenhöhe“ angenommen werden, habe ich bisher leider kaum erfahren oder wahrgenommen. Ich habe in den vergangenen 27 Jahren – also während der ganzen Zeit mit „meiner“ MS – in festen Partnerschaften mit „gesunden“ Frauen gelebt. Während meine Ex-Ehefrau mich fast 20 Jahre lang zwar liebevoll, aber zunehmend überfürsorglich und manchmal fast bevormundend behandelt hat, ist meine zweite Partnerin auch in mehr als sieben Jahren nie wirklich mit „meiner“ MS und der zunehmenden Behinderung klar gekommen (und hat mich

Anfang dieses Jahres verlassen).

Wenn es viele Menschen gibt, „die schon lange mit wenigen Beeinträchtigungen mit ihrer MS leben und kaum Einschränkungen ihrer Lebensqualität hinnehmen müssen“, so gönne ich es diesen Menschen von Herzen und wünsche ihnen sehr, dass es ihnen weiterhin so gut mit dieser Erkrankung geht. Auch ich habe mich über viele Jahre so gefühlt und trotz und mit MS relativ „normal“ gelebt, gearbeitet, geheiratet, Sport getrieben, „Karriere“ gemacht, zahlreiche Reisen unternommen und viele andere Dinge mehr getan, die „gesunde“ Menschen wie selbstverständlich auch tun, ohne darüber nachzudenken. Ich bin dankbar, dass es mir vergönnt war, so viele Jahre mit „meiner“ MS gut gelebt zu haben.

Seit einigen Jahren hat sich „meine“ MS aber leider deutlich verschlechtert. Bei abnehmender Gehstrecke benötige ich seit einigen Jahren, vor allem für längere Strecken, aber immer häufiger, einen Rollstuhl. Der Begriff „längere Stre-

cken“ ist natürlich sehr dehnbar und die „längeren Strecken“ werden immer kürzer. Da ich auch das Rollstuhlfahren sehr mühselig finde, versuche ich längere Wege zu vermeiden oder nutze von vornherein den PKW. (Womit ich von vielen Freizeitaktivitäten, wie z.B. gemeinsamen Spaziergängen mit „gesunden“ FreundInnen ausgeschlossen bin). Der Rollstuhl ist aber nur das äußere, sichtbare Symbol für die mangelnde Gehfähigkeit. Und die ist schließlich nur eines der vielen Symptome der MS, die bei mir in den letzten Jahren alle unverändert präsent sind und sich teilweise ebenfalls verschlimmert haben. Denn auch einige der nicht sichtbaren Symptome erschweren die Teilhabe und Teilnahme am sozialen und beruflichen Leben. Aus heutiger Perspektive muss ich daher leider sagen, dass die MS zu Recht einen schlechten Ruf hat. Da gibt es meiner Meinung nach nichts zu beschönigen!

*A.R. (der vollständige Name
ist der Redaktion bekannt)*

Licht und Luft ans „Horrorgespenst MS“!

Danke für Ihren Artikel über den schlechten Ruf der MS. Dieses Thema beschäftigt mich seit längerem, und ich habe mir einige ergänzende Gedanken gemacht:

- Die undramatischen MS-Verläufe fallen nicht weiter auf und

werden (meist) nicht als solche benannt und von Außenstehenden wahrgenommen.

- Das negative Image der MS führt zu Schweigen und Tabu bei vielen Betroffenen. Dadurch kommt keine „frische Luft“ an

- verkrustete Horror-Klischees - was diese aufrecht erhält und wiederum zu Schweigen und Tabu führt...
 - Die mögliche Symptomvielfalt und die Unberechenbarkeit der MS-Verläufe ist im Vergleich zu anderen chronischen Erkrankungen tatsächlich besonders vielfältig. Ich glaube, wir Menschen mit MS erinnern „Gesunde“ an die für jeden geltende Unsicherheit und Endlichkeit des Lebens. Das macht vielen Angst, bzw. sie möchten auf gar keinen Fall in diese Richtung denken und fühlen müssen.
 - Der von Ihnen zitierte Film aus der NS-Zeit in Kombination mit verdrängten, unbearbeiteten Un-Haltungen Menschen mit Behinderung gegenüber wirken nach, auch über Generationen hinweg. Nicht grundlos hat Deutschland das ausgeklügelte Sonder(!)schulsystem der Welt: „... hier verfolgt man bis heute die Philosophie der wohlmeinenden Separation. Knapp 80 Prozent der Förderschüler lernen in einer Spezialeinrichtung. Kein anderes Land der Welt unterhält ein so hoch differenziertes Sonderschulwesen.“
 - Spezielle „MS Service-Apotheken“ werben mit „diskreter Medikamenten-Lieferung“. „Kompetent. Sicher. Diskret.“
 - MS-Zeitschriften werden in der Regel in „neutralen“ (= absenderfreien oder „MS“-freien) Umschlägen versandt.
 - Menschen mit MS müssen immer wieder entsetzte Außenstehende trösten und beruhigen, wie Sie sehr anschaulich geschildert haben.
 - Im Zusammenhang mit meinem Mosaik-Buchprojekt begegnete mir immer wieder die Frage, ob ich es unter Pseudonym veröffentlichen werde.
 - Allein das Aussprechen der kleinen Buchstaben „MS“ ist für viele Menschen schier unmöglich. Sie sprechen von „deiner Krankheit“/geraten ins Stocken /umfahren weiträumig die Gefahrenzone des Begriffs MS ...
- Aber WIR können glücklicherweise darüber sprechen und Licht und Luft an das „Horrorgespenst MS“ lassen – auf dass Wissen, Verstehen und Normalität wachsen und der Horror dorthin schrumpelt, wo er hingehört!

Bettina Röser

(www.zeit.de/2012/23/Schule-Inklusion)

Skurriile Blüten des negativen Images der MS sehe ich an anderen Stellen:

Aus der Welt der Forschung

MS-Welt-Kongress in Berlin vom 4. bis 6. Oktober 2013

Anlässlich des 60-jährigen Bestehens der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft wird der DMSG-Bundesverband in Kooperation mit der International Multiple Sclerosis Federation (MSIF) einen MS-Welt-Kongress ausrichten – der zum ersten Mal seit 2003 in dieser Form wieder durchgeführt wird. Stattfinden wird das Welttreffen von Freitag, 4. bis Sonntag, 6. Oktober 2013 im „andel’s Hotel“ in Berlin.

Programm-Übersicht

Vorgesehen ist ein Eröffnungsabend am 4. Oktober 2013 im Berliner Roten Rathaus mit dem Regierenden Bürgermeister Klaus Wowereit. Ein wissenschaftliches Symposium mit Workshops und Vorträgen über aktuelle Erkenntnisse immunmodulatorischer und symptomatischer MS-Therapien steht am 5. Oktober 2013 auf dem Programm. Abends findet der Festakt zum 60-jährigen Jubiläum statt. Am 6. Oktober 2013 gibt es eine Vortragsreihe zu Projekten und Strategien zu unterschiedlichen MS-relevanten Themen, die von ReferentInnen aus den nationalen MS-Gesellschaften weltweit vorgestellt und in Workshops diskutiert werden.

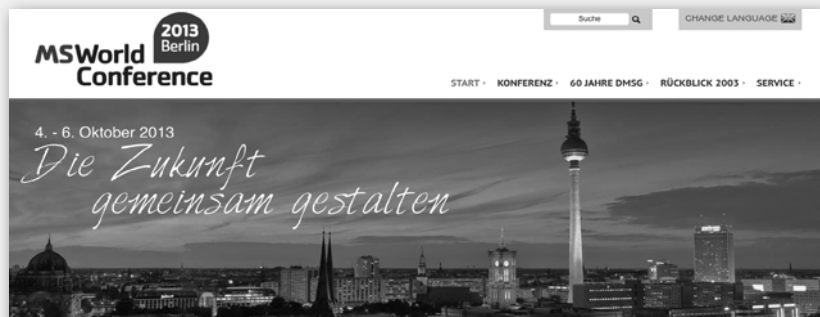
Kongressgebühren

Die Kongressgebühren reichen von 110,- Euro (Begleitpersonen) über 195,- Euro (DMSG-Mitglieder) bis 270,- Euro (Standardpreis). FrühbucherInnen können sich bis zum 1. Juni anmelden, es gibt auch Tageskarten (50 bis 95,- Euro).

Alle Infos zu Program und ReferentInnen sind auf der Kongresshomepage <http://msw.dmsg.de/start/?L=0> nachzulesen.

Ohne Internet kann man sich wenden an den DMSG-Bundesverband, Küsterstr. 8, 30519 Hannover, Tel.: 0511/968340

13



In Deutschland mehr MS-Betroffene als vermutet?

Wenn man in der Fachliteratur nach Zahlen zu Multipler Sklerose sucht und die Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG) fragt, lautet die gängige Antwort: In Deutschland sind 120.000 bis 140.000 Menschen an MS erkrankt. Eine seriöse Studie kommt nun zu dem Schluss, dass es in Wirklichkeit sehr viel mehr Fälle sind.

Berechnungen von Dr. Gabriele Petersen vom Bundesversicherungsamt zufolge erhielten 199.505 Versicherte im Jahr 2010 mindestens einmal eine Diagnose „Multiple Sklerose“ nach der ICD-Klassifikation G35 – ein gewaltiger Unterschied zu den oben genannten Annahmen.

Die Studie basiert auf Datenmeldungen (ambulante und stationäre Diagnosen, ambulante Versorgungsdaten) für den Risikostrukturausgleich aus dem Jahr 2010 und umfasst alle gesetzlich Krankenversicherten, also gut 71 Millionen Menschen in Deutschland.

Ihre Ergebnisse gab Petersen auf dem Methodenworkshop der Arbeitsgruppe „Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten“

(AGENS) bekannt. Die bisherigen Daten fußten auf Hochrechnungen kleinräumiger, selektiver Erhebungszentren, erklärt Petersen, warum altbekannte Zahlen nicht vollständig zu sein scheinen.

Nach den neuen Erkenntnissen liege die sogenannte Prävalenz – also Häufigkeit – in Deutschland bei 0,29 Prozent, rund 70 Prozent der Erkrankten seien Frauen. Lediglich 49 Prozent der MS-Patienten erhielten eine Pharmakotherapie, die Verordnung von Arzneimitteln nehme mit dem Alter deutlich ab. Der Anteil der Patienten, die stationär behandelt wurden, liege bei 14,7 Prozent. Männer würden etwas häufiger im Krankenhaus behandelt als Frauen.

Die Auswertung der Daten habe zudem ein deutliches West-Ost-Gefälle zu Tage gebracht, sagt Petersen. Während in westlichen Regionen 300 bis 600 MS-Erkrankte auf 100.000 Versicherte kämen, seien es im Osten unter 200. 48,3 Prozent der Patienten im Westen und 50,2 Prozent der Betroffenen im Osten erhielten eine Arzneimitteltherapie. Dabei gebe es für die Erkrankten im Osten allerdings deut-

lich geringere Tagesdosen als für Patienten im Westen.

„Die regionalen Unterschiede sowohl bei der Prävalenz als auch beim Ordnungsverhalten sind epidemiologisch nicht eindeutig zu erklären“, sagt Petersen. „Sie weisen aber auf deutliche Unterschiede in der medizinischen Versorgung hin.“

Die AGENS ist bei der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) und der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi) angesiedelt. Sie versteht sich als Forum für Wissenschaftler, Politiker und weitere Interessierte, die Sekundärdaten, vor allem Daten der Sozialversicherungsträger, nutzen.

(Quelle: Rolling Planet vom 26. März 2013)



Nutzen oder schaden Beta-Interferone bei MS?

Über die Vancouver-Studie

Die im Titel aufgeworfene Frage stellt sich angesichts der Resultate einer kanadischen Studie, für die die Daten von 2.556 PatientInnen ausgewertet wurden. Die Ergebnisse wurden 2012 im US-amerikanischen Ärzteblatt JAMA veröffentlicht (a) und im Juli 2012 im Deutschen Ärzteblatt (b) und in der Ärzte Zeitung (c) besprochen.

In der Studie wurden Beta-Interferon-behandelte Menschen mit MS mit unbehandelten MS-Betroffenen verglichen. Untersucht wurde die Progression (das Fortschreiten, Anm. d. Red.) der Erkrankung anhand einer Skala, die den Behinderungsgrad bezüglich des Gehvermögens beurteilt. Dabei schnitten die MS-Betroffenen unter Beta-Interferon-Therapie nicht besser ab als die unbehandelten Menschen mit MS.

In den Besprechungen von Ärzteblatt und Ärzte Zeitung werden

die methodischen Mängel der Studie betont. Diese Kritik fällt bei der Ärzte Zeitung besonders harsch aus: Hier wird am Ende gefragt, warum das renommierte JAMA überhaupt eine Studie veröffentlichte, die letztlich nichts aussage. Moderater endet der Bericht im Deutschen Ärzteblatt: Zitiert wird Ludwig Kappos von der Universität Basel, für den feststehe, dass die langfristige Auswirkung von Beta-Interferonen auf die Krankheitsprogression letztlich unbewiesen sei.

Über die Bewertung

Da sind die geneigten Leserinnen und Leser also am Ende so klug als wie zuvor, oder? Wenn wir die Studienlage aus einer distanzierteren Warte betrachten, so ist festzustellen, dass so gut wie alle Medikamentenstudien von der Pharmaindustrie finanziert werden, ganz einfach, weil die öffentliche Hand

(a) <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1217239>

(b) www.aerzteblatt.de/nachrichten/50948/Multiple-Sklerose-Zweifel-am-langfristigen-Nutzen-der-Interferontherapie

(c) www.aerztezeitung.de/extras/druckansicht/?sid=818923&pid=814214

nicht die notwendigen Mittel dafür bereitstellt. Solche pharmafinanzierten Studien sind also interessen-geleitet und damit sowieso mit Skepsis zu betrachten, unabhängig von eventuellen methodischen Schwächen.

Die kanadische Studie der Gruppe um Helen Tremlett von der Universität Vancouver wurde jedenfalls nicht von der Pharmaindustrie finanziert, was ihre Glaubwürdigkeit in meinen Augen erhöht. Was die methodischen Schwächen betrifft, so fällt mir ein Zitat ein, das dem ehemaligen britischen Premierminister Winston Churchill zugeschrieben wird: „Ich traue nur der Statistik, die ich selbst gefälscht habe.“ Will heißen: Mit viel gutem oder schlechtem Willen lassen sich immer methodische Schwächen identifizieren.

Fragt sich nur, warum die Medizinpresse mit dieser Studie bezüglich ihrer Methodik so kritisch umgeht, während die Ergebnisse der Pharmaforschung oft unreflektiert wiedergegeben werden – ein Schelm, der Böses dabei denkt!

Über ein Déjà vu

Während ich diese Zeilen schreibe, fällt mir eine ähnliche Konstellation ein, die noch gar nicht so lange zurückliegt: Im Juni 2010 hatte eine britische Medizinzeitschrift eine Studie veröffentlicht, derzufolge Medikamente mit den Wirkstoffen Glatirameracetat oder Beta-In-

terferon mehr schaden als nutzen (wir berichteten in FORUM PSYCHOSOMATIK 2/2010). Auch damals wurden der Studie methodische Mängel angelastet. Auch damals blieben die Leserinnen und Leser verunsichert zurück.

Über die Konsequenzen

Bleibt letztlich wieder nur die innere Stimme und die eigene Verantwortung. Jeder Mensch mit MS wird den Weg mit oder ohne Medikamente gehen, der für ihn oder sie richtig ist und sich stimmig anfühlt. Wenn die Betroffenen auf diesem Weg durch widersprüchliche Informationen verunsichert sind, kann manchmal eine gute Beratung helfen, den Zugang zum inneren Kompass (wieder) zu finden.

Um auf die Eingangsfrage zurückzukommen: Ich persönlich bin davon überzeugt, dass Medikamente nur dann nutzen können, wenn sie von den Betroffenen mit einer positiven Einstellung genommen werden.

Si

Psychotherapie kann Multiple Sklerose bremsen

Stressvermeidung ist für Menschen mit Multipler Sklerose wichtiger als gedacht. Denn die seelische Belastung fördert die Entstehung neuer Krankheitsherde im Gehirn. Ein gezieltes Programm zur Stressbekämpfung kann dies jedoch verhindern. Das zeigt erstmals eine Studie US-amerikanischer Forscher an 121 MS-Patienten. Drei Viertel derjenigen, die eine wöchentliche Psychotherapie absolvierten, blieben ein halbes Jahr lang ohne neue Entzündungsherde. Bei den Patienten ohne therapeutische Hilfe waren es nur rund die Hälfte. Die Wirkung des Stressmanagements sei damit mit der von neuen medikamentösen Therapien vergleichbar, die zurzeit in klinischen Studien getestet würden, berichten die Forscher im Fachmagazin „Neurology“.

„Zum ersten Mal haben wir gezeigt, dass Psychotherapie die Entstehung neuer Entzündungsherde bei Multipler Sklerose hemmt“, sagt Studienleiter David Mohr von der Northwestern University Feinberg School of Medicine in Chicago. An diesen Entzündungsherden greift

das körpereigene Immunsystem die Nervenbahnen an und schädigt dadurch die Signalleitung. Neu entstehende Herde gelten daher als typisches Merkmal für einen akuten Krankheitsschub und ein Fortschreiten der MS. Die neuen Funde seien der bisher stärkste Beleg dafür, dass Stress das Fortschreiten dieser Autoimmunerkrankung fördere, konstatieren die Forscher.

Nach Ansicht der Wissenschaftler zeigen ihre Ergebnisse, dass gezielte Hilfen zur Stressbewältigung die medikamentösen Therapien bei MS ergänzen und wirksamer machen könnten. Bevor man aber konkrete Empfehlungen für eine Psychotherapie abgebe, müsse man die Ergebnisse erst in einer größeren klinischen Studie bestätigen. Sie soll dann auch zeigen, ob das Stressmanagement die Symptome der Erkrankung langfristig bessern kann.

Im Rahmen der Studie absolvierte eine Hälfte der 121 MS-Patienten ein psychotherapeutisches Stressbewältigungsprogramm. Im Rahmen der Psychotherapie lernten die Patienten unter anderem Ent-

spannungstechniken, sowie Strategien, um Probleme und Konflikte stressfreier zu lösen und mit ihren Ängsten umzugehen. „Wenn Menschen ein Problem überbewerten oder ihre Fähigkeit unterschätzen, mit einer Situation umzugehen, löst dies Stress und Angst aus“, erklärt Mohr. Die Therapie helfe ihnen dabei, solche Situationen realistischer zu sehen und dadurch den Stress zu vermeiden. Insgesamt absolvierten die Patienten 16 jeweils knapp einstündige therapeutische Sitzungen im Laufe von sechs Monaten. Die andere Hälfte der Studienteilnehmer erhielt keine Therapie und diente so als Vergleichsgruppe.

Nach Ende der Behandlungszeit untersuchten die Forscher bei allen Patienten, ob sich im Gehirn neue, akute Entzündungsherde gebildet hatten. Mediziner unterscheiden bei solchen MS-Herden zwei Typen, die durch jeweils unterschiedliche Kontrastmittel sichtbar gemacht werden können. Bei 77 Prozent der mit Psychotherapie behandelten Teilnehmer waren keine neuen Herde des ersten, sogenannten Gadolinium-Typs entstanden, wie Mohr und seine Kollegen berichten. In der Kontrollgruppe seien 55 Prozent ohne solche Entzündungsstellen geblieben. Beim zweiten Typ von Krankheitsherden fiel der Unterschied nach Angaben der Forscher sogar noch deutlicher aus: 57 Prozent der Patienten mit Anti-Stress-Therapie blieben herdfrei, in

der Kontrollgruppe waren es nur 30 Prozent.

Eine Nachuntersuchung 24 Monate später zeigte allerdings, dass die positive Wirkung nur für die Dauer der rund sechsmonatigen Therapiezeit anhielt. „Das zeigt, dass wir Behandlungen entwickeln müssen, die nachhaltiger und über längere Zeiträume hinweg wirken“, sagt Mohr. Denn es sei weder zeitlich noch finanziell zumutbar, diese Patienten für den Rest ihres Lebens jede Woche einmal in Therapie zu schicken. Eine Alternative könnten aber Programme sein, die die Patienten über Computer oder Smartphone absolvieren.

(Neurology, 12.07.2012 - NPO)

<http://scinexx.de/wissen-aktuell-14932-2012-07-12.html>

Stress als Risikofaktor für Multiple Sklerose*

Hintergrund:

Stress wird seit der Beschreibung der MS durch Jean-Martin Charcot als einer der auslösenden Faktoren gesehen. Bis heute gehen viele Veröffentlichungen davon aus, dass sowohl der Beginn als auch ein Schub bei MS durch psychologischen Stress geprägt sein kann. Die vorliegende Untersuchung hat das Ziel, das bisherige Wissen über diese Zusammenhänge zusammenzustellen, wobei wir uns im Wesentlichen auf die Qualität der Langzeitstudien konzentrieren.

Methoden:

Wir haben „handverlesen“ die Datenbank MEDLINE im Zeitraum von Januar 1980 bis November 2010 mit den Begriffen 'stress and multiple sclerosis' durchsucht, wobei wir uns bewusst auf die englische Begrifflichkeit gestützt haben. Wir haben nur Langzeitstudien aufgenommen. Die Newcastle-Ottawa-Skala, die von der Cochrane Collaborati-

on vorgeschlagen wird, haben wir genommen, um damit die Qualität der Langzeitstudien zu beurteilen.

Ergebnisse:

Wir konnten siebzehn Publikationen analysieren, davon fünf für den Beginn der MS (eine Kohortenstudie und vier Fall-Kontroll-Studien), und 12 für Schübe (neun Kohortenstudien und drei Fall-Kontroll-Studien). Wir haben einen deutlichen Unterschied in der Art der Messung des Stresses gefunden: die meisten befassten sich mit Stress durch Umweltfaktoren. Nur zwei Publikationen benutzten radiologische Kriterien bei MS-Schüben. Qualitätskriterien wurden hauptsächlich in der Vergleichbarkeit identifiziert. Es zeigte sich, dass in den Studien die unterschiedlichen auslösenden und psychosozialen Faktoren im Bezug auf MS-Stress-Zusammenhänge nicht adäquat kontrolliert wurden. Ferner wurden Probleme der Auswahl und der Verblindung in den

* Bei diesem Text handelt es sich um eine Übersetzung des Beitrags von Artemiadis AK, Anagnostouli MC, Alexopoulos EC: Stress as a risk factor for multiple sclerosis onset or relapse: a systematic review. In: Neuroepidemiology. 2011; 36(2):109-20. (Übersetzung: HGH)

NCBI Resources How To Sign in to NCBI

PubMed.gov
US National Library of Medicine
National Institutes of Health

PubMed Search

Advanced

Help

Display Settings: Abstract

Send to: KARGER

Neuroepidemiology. 2011;36(2):109-20. doi: 10.1159/000323953. Epub 2011 Feb 17.

Stress as a risk factor for multiple sclerosis onset or relapse: a systematic review.

Artemiadis AK, Anagnostouli MC, Alexopoulos EC.

Immunogenetic Laboratory, Department of Neurology, Aeginition Hospital, National and Kapodistrian University Medical School, Athens, Greece. artemiad@med.uoa.gr

Abstract

BACKGROUND: Stress has been considered a triggering factor for multiple sclerosis (MS) since the description of the disease by Jean-Martin Charcot. Until our times, many published studies have supported that both MS onset and relapse could be predisposed by psychological stress. This review aims to synthesize existing knowledge of the relationship between psychological stress and MS onset and relapse, focusing mainly on the quality of observational studies.

METHODS: We hand-searched MEDLINE with the terms 'stress and multiple sclerosis', using English language restrictions, from January 1980 to November 2010. We included only observational longitudinal studies. The Newcastle-Ottawa scale proposed by the Cochrane Collaboration was used for assessing the quality of the observational studies.

RESULTS: Seventeen publications were analyzed, 5 for MS onset (1 cohort and 4 case-control studies) and 12 for MS relapse (9 cohort and 3 case-control studies). We found a marked heterogeneity in stress measurement that mostly targeted the environmental approach to stress. Only 2 publications used radiological criteria for MS relapse. Quality issues were identified mainly for comparability, meaning that studies failed to control adequately for various triggering and psychosocial factors in the stress-MS relationship. Also, selection and blinding problems were identified in most case-control studies. All studies, with only 2 exceptions, resulted in favor of the stress-MS relationship, but due to marked stress measurement heterogeneity, no secure conclusions could be drawn.

CONCLUSIONS: Future studies should incorporate a multidisciplinary approach to stress measurement and radiological criteria for MS. We further encourage researchers to test the effect of early life stress and stress management techniques on the clinical course of the disease.

Copyright © 2011 S. Karger AG, Basel.

Comment in

Stress and multiple sclerosis: what's new? [Neuroepidemiology. 2011]

PMID: 21335982

Related citations in PubMed

Relationship between stress and relapse in multiple sclerosis: Part II. Direct [Mult Scler. 2006]

Relationship between psychosocial factors and onset of multiple sclerosis. [Eur Neurol. 2009]

Review The effects of stressful life events on the course of multiple sclerosis; [Int J Neurosci. 2009]

Relationship between stress and relapse in multiple sclerosis: Part I. Indirect [Mult Scler. 2006]

Review Stress regulation in multiple sclerosis: current issues and concepts. [Mult Scler. 2007]

See reviews... See all...

Cited by 2 PubMed Central articles

Preventive treatment with methylprednisolone paradoxically exacerbates [Int J Endocrinol. 2012]

Stress and multiple sclerosis: what's new? [Neuroepidemiology. 2011]

meisten Fall-Kontroll-Studien festgestellt. Bis auf zwei Studien gingen alle von einem Zusammenhang von MS und Stress aus, aber bedingt durch die Unterschiedlichkeit bei der Messung des Stresses konnten keine sicheren Schlussfolgerungen gezogen werden.

Schlussfolgerungen:

Zukünftige Studien sollten einen multidisziplinären Ansatz zur Messung von Stress und radiologische Kriterien für MS beinhalten. Wir ermutigen ForscherInnen weiterhin dazu, den Effekt von frühen Stressereignissen sowie Techniken zum Stressmanagement im Rahmen des klinischen Verlaufs der Erkrankung zu untersuchen.

Kontakt zu den AutorInnen:
Immunogenetic Laboratory,
Department of Neurology,
Aeginition Hospital, National and
Kapodistrian University Medical
School, Athens, Greece
artemiad@med.uoa.gr

Quelle: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21335982>

Von ÄrztInnen, PatientInnen und Krankenhäusern

Ein Interview von Constanze Kleis mit Dr. Bernd Hontschik

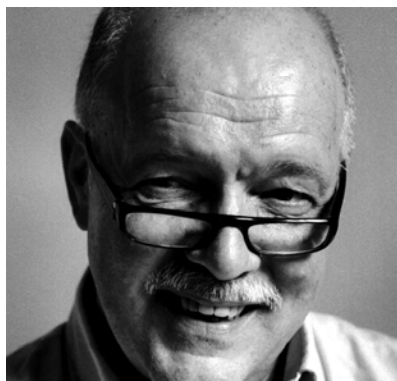
Dr. Bernd Hontschik ist Facharzt für Chirurgie in Frankfurt am Main, niedergelassen in einer Gemeinschaftspraxis mit ambulantem Operationszentrum in der Frankfurter Innenstadt und ein engagierter Verfechter einer Medizin, die den Mensch in den Mittelpunkt stellt. Ein Ziel, das er auch als erfolgreicher Autor und Herausgeber der Taschenbuchreihe „medizinHuman“ im Suhrkamp-Verlag verfolgt. Sein Buch „Körper, Seele, Mensch – Versuch über die Kunst des Heilens“ wurde ein Bestseller. Er schreibt außerdem seit Jahren regelmäßige Kolumnen in der Frankfurter Rundschau, die auch als Buch erschienen sind („Herzessachen – so schön kann Medizin sein“).

Seit 1998 ist er Vorstandsmitglied der Thure von Uexküll-Akademie für Integrierte Medizin und Mitherausgeber der Schriftenreihe der Uexküll-Akademie für Integrierte Medizin im Schattauer Verlag. Er ist Mitglied im wissenschaftlichen Beirat der Zeitschrift „Chirurgische Praxis“, u.a. auch Mitglied der IPPNW („Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkriegs – Ärzte in sozialer Verantwortung“) sowie in der Ärztevereinigung MEZIS („Mein Essen zahl ich selbst“) und seit 2010 auch Projektleiter für Integrierte Medizin am Institut für therapeutische Kommunikation der Steinbeis-Universität in Berlin.

Sie sind seit mehr als dreißig Jahren Arzt – lange auch im Krankenhaus – war früher alles besser?

Früher war wirklich nicht alles besser. Früher mussten wir im Krankenhaus teilweise 48 Stunden am Stück arbeiten. Früher waren die technischen diagnostischen und

die therapeutischen Möglichkeiten viel eingeschränkter und undifferenzierter. Das Computertomogramm, die Kernspintomographie und die Ultraschalluntersuchung haben alle diagnostischen Routinen verändert und verbessert. Auch die Operationsmethoden haben sich erheblich



Dr. Bernd Hontschik

verändert und verbessert, besonders durch das endoskopische Operieren. Und man hat als Arzt bessere und differenziertere Medikamente an der Hand. Endlich gilt außerdem das Arbeitszeitgesetz auch für Ärzte, Mammutdienste sind verboten. Pech ist nur, dass statt der erforderlichen Anzahl neuer Stellen Rationalisierung und Arbeitshetze in einem im Vergleich zu früher ungeahntem Ausmaß Einzug ins Krankenhaus gehalten haben, im ärztlichen und im Pflegebereich. Leider hat der Fortschritt auch dazu geführt, dass die eigentliche ärztliche Arbeit verdrängt, teilweise sogar ersetzt wird. Wer heute Kniegelenksschmerzen hat, wird oft direkt ins Kernspintomogramm geschoben, statt dass sein Knie einmal ordentlich untersucht wird. Wer heute Herzschmerzen hat, wird schnell mit einer Herzkatheteruntersuchung „abgefertigt“, statt dass eine gründliche Anamnese und ausführliche ärztliche Untersuchung geschieht. Antibiotika werden so un-

kritisch eingesetzt, dass Resistenzen rasant zunehmen. Und was ich am schlimmsten finde: Die ärztlich-medizinische Entscheidung wird besonders in Krankenhäusern immer unwichtiger. Die Betriebswirte haben das Sagen, die Bilanz muss stimmen, und wenn rote Zahlen da sind, wird nicht die Finanzierung des Gesundheitswesens verbessert, sondern Krankenhäuser werden kaputt gespart.

In keinem Land werden so viele Krankenhäuser privatisiert wie in Deutschland. Woran liegt das?

Ich halte die Privatisierungswelle im Krankenhausbereich für eine der schlimmsten der zerstörerischen Entwicklungen in unserem Gesundheitswesen. Warum ausgerechnet Deutschland dabei weltweit an der Spitze liegt, ist mir ein Rätsel. Vielleicht liegt es an Lobbyismus und Korruption, in Verbindung mit der zunehmenden Schere zwischen öffentlicher Armut und privatem Reichtum – aber das gibt

es in anderen Ländern auch. Diese Entwicklung wird man nicht rückgängig machen können, man muss sie stoppen, sich dagegen stellen, wo immer man kann. Die Bürger sollten kommunale, öffentliche und kirchliche Krankenhäuser verteidigen wie ihr Eigentum.

Zumindest die Länder scheinen sich aber mit großer Erleichterung ihrer Kliniken zu entledigen. Es wird argumentiert, die öffentliche Hand könne sich diese hoch defizitären Betriebe einfach nicht mehr leisten. Die Privatwirtschaft dagegen macht ordentliche Gewinne genau mit diesen Betrieben. Was machen die anders?

Es ist der gesellschaftliche Grundkonsens, an den hier die Axt gelegt wird: Wollen wir ein solidarisches Gesundheitswesen als Teil unseres sozialen Systems behalten, in das wir einen Teil unseres Reichtums zum Wohle aller investieren, oder wollen wir zulassen, dass wir ein gewinnorientiertes Gesundheitswesen als Teil unseres Wirtschaftssystems zum Wohle Weniger anstreben, die für ihre Investitionen mit einer Rendite rechnen können? So kommt es zu unterschiedlichen Sichtweisen, je nachdem, wo ich konzeptionell, konfessionell oder politisch dazugehöre.

Sollte es nicht eigentlich Teil der staatlichen Fürsorgepflicht sein, für seine Bürger das Renditedenken gerade in diesem Bereich einmal außen vor zu lassen, ihn vor privatwirtschaftlichen Interessen zu schützen?

Das ist genau das Problem, nur in anderen Worten. Wenn Krankheit sich „rechnet“, ist das Gesundheitswesen eben kein Teil unseres Sozialsystems mehr. Der Nobelpreisträger Bernard Lown hat dazu einmal geschrieben: „Ein profitorientiertes Gesundheitswesen ist ein Oxymoron, ein Widerspruch in sich. In dem Augenblick, in dem Fürsorge dem Profit dient, hat sie die wahre Fürsorge verloren.“ Dem gibt es nichts hinzuzufügen.

Die Privatisierungen werden einem schmackhaft gemacht mit dem Argument, sie würden den Wettbewerb fördern, also die Dinge zum Besseren wenden. Ist das auch Ihr Eindruck?

Die Antwort scheint mir einfacher, als man glaubt, der Rhön-Klinikumkonzern macht es in Marburg und Gießen gerade vor: Wenn man dem Gemeinwohl nicht verpflichtet ist, kann man unrentable Abteilungen schließen, kann man angelernte Aushilfskräfte auch auf Intensivstationen arbeiten lassen, kann man weit untertariflich bezahlen und das Ganze einen Notlagen-Tarifvertrag nennen, kann man sich Millionen-Subventionen er-

schleichen, um später dann die Verträge zu brechen (Stichwort „Partikel-Therapiezentrum“), und vor allem kann man so viele qualifizierte (teure) Angestellte entlassen, bis die Bilanz der Shareholder endlich stimmt – egal was für eine Medizin dabei herauskommt. Wettbewerb hat in der Humanmedizin absolut nichts zu suchen. Wettbewerb kann es nur am Markt, bei Waren geben. Die Beziehung zwischen Arzt und Patient ist keine Warenbeziehung. Die Humanmedizin wird durch Wettbewerb zerstört. Wenn Sie einen Herzinfarkt haben, schauen Sie dann in die Gelben Seiten? Und wen nehmen Sie dann? Den mit der schönsten Anzeige? Nein, Sie rufen den Notarztwagen (eine fantastische moderne Einrichtung) und müssen blind darauf vertrauen, dass Ihnen jetzt Gutes geschehen wird, dass Ihr Leben im Mittelpunkt steht und keine kardiologischen Renditen. Erstaunlich: Da, wo Wettbewerb gut wäre für die Allgemeinheit, bei Pharmaka, bei Hilfsmitteln, bei medizinischen Geräten, da allerdings wird er durch Korruption, Preisabsprachen, mangelnde Kontrolle und Lobbyismus zerstört.

Eines der schwierigsten Dinge für meine Familie und mich während der Krankheit meiner Mutter, war die Informationsbeschaffung. Ist das nicht überhaupt die größte Augenwischerei bei der Idee, Medizin den Gesetzen des freien Marktes zu

unterwerfen: Der Patient kann doch letztlich gar nicht vergleichen, weil ihm die Informationen und das Wissen nicht zugänglich sind?

Dass Patient und Arzt sich auf einer Augenhöhe bewegen, ist schlicht Unfug. Es ist und bleibt ein Abhängigkeitsverhältnis. Der Mensch „Patient“ muss sich in die Hand des Menschen „Arzt“ begeben, mitunter bedingungslos. Der Patient ist in Not, er braucht Hilfe. Oft hat der Patient überhaupt keine Zeit, sich zu informieren. Etwas anders ist das bei chronischen Krankheiten. Hier gibt es zum Beispiel die Selbsthilfegruppen, die enorm weiterhelfen können. Aber auch dabei gilt es, vorsichtig zu bleiben: Interessengruppen wie z.B. die Pharmaindustrie haben die Selbsthilfegruppen längst entdeckt, unterwandern und sponsern einige. Da ist dann wiederum das Internet sehr hilfreich, z.B. bei der Ärzteinitiative MEZIS (www.mezis.de) oder der Buko-Pharmakampagne (www.bukopharma.de)

Wir haben sehr oft erlebt, dass Ärzte kaum mit uns oder auch anderen Patienten sprechen. Dass sie beinahe erleichtert zu sein scheinen, wenn man sie nicht behelligt. Dass sie aber auch nicht zuhören. Kann man überhaupt als Arzt gut arbeiten, wenn man nicht zuhört, nicht reden will?

Nein, da kann man natürlich nicht gut arbeiten, das haben Sie

ja jetzt selbst erlebt. Deswegen sind alle Bestrebungen, die Ausbildung der Ärzte in Hinblick auf die Kommunikationsfähigkeit zu verbessern, so wertvoll. Aber wer nicht kommunizieren will, den können Sie ausbilden so viel Sie wollen, da wird nichts draus. Der schon zitierte Nobelpreisträger Bernard Lown hat dazu gesagt, dass es nicht nur die ärztliche Kunst gibt, sondern auch die Kunst des Patienten, die nämlich darin besteht, einen Arzt zu finden, dem man vertrauen kann und bei dem es einem leicht fällt, seine Klagen zu schildern.

Ein Tipp, wie man die ärztliche Aufmerksamkeit auf sich zieht?

Das kann ich eigentlich nicht beantworten. Ein Arzt ist eigentlich immer aufmerksam bei der Arbeit. Sonst kann er ja gar nicht arbeiten. Jetzt denken Sie vielleicht, da beißt sich die Katze in den Schwanz. Das stimmt. Aber wenn Sie etwas tun müssen, um die Aufmerksamkeit eines Arztes auf sich zu ziehen, außer krank zu sein, dann ist alles schon verloren. Wechseln Sie den Arzt, suchen Sie weiter.

Als Patient hat man oft fast das Bedürfnis, sich für die Umstände zu entschuldigen, die man da macht. Man verursacht ja dauernd so viele Kosten – mehr, als die Gesellschaft sich angeblich leisten kann. Oder gibt es gar keine „Kostenexplosion“?

Wenn man das wirklich verstehen will, muss man ein bisschen ausholen: Der Begriff der Kostenexplosion wurde von Heiner Geißler erfunden, der 1974 als Minister für Soziales, Gesundheit und Sport des Landes Rheinland-Pfalz eine „vorausschauende Studie“ über die finanzielle Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vorlegte. Spätestens nachdem kurz danach, Mitte 1975, eine mehrteilige Serie im Spiegel mit dem Titel „Krankheitskosten: Die Bombe tickt“ erschienen war, dachte es jeder: Wir steuern auf einen sozialpolitischen Abgrund zu, auf ein Finanzierungsfiasko. Und jeder von uns hat genau das in seinem Geldbeutel heftig zu spüren bekommen, schließlich ist der Beitragssatz zur GKV von 11 Prozent im Jahr 1980 auf inzwischen 15,5 Prozent im Jahr 2011 gestiegen. Nimmt man aber den Blick wieder aus dem individuellen Geldbeutel heraus und richtet ihn auf das Gesamte des Systems unserer Gesetzlichen Krankenversicherung, dann kann man doch als Erstes feststellen:

Es gibt sie noch, die GKV. Keine Bombe ist explodiert, nichts ist an

die Wand gefahren oder in den Abgrund gestürzt, und das nach 40 Jahren Kostenexplosion. Wie das? Die Antwort lautet in aller Kürze: Die These von der Kostenexplosion lässt sich bei einer genauen Analyse nicht halten. Es handelt sich um ein Propagandamärchen. Der Anteil der Ausgaben für das Gesundheitswesen am Bruttoinlandsprodukt beträgt seit Jahrzehnten konstant 10 bis 11 Prozent: keinerlei Kostenexplosion, nirgends. Die Beitragseinnahmen allerdings hinken dem hinterher, sie können immer weniger mithalten. Wenn also immer tiefer in unseren Geldbeutel gegriffen wird, dann nicht wegen explodierender Kosten, sondern wegen zusammenbrechender Einnahmen, das ist das ganze Geheimnis. Wir sind in unserem Land immerhin durch eine Phase von mehr als 5 Millionen Arbeitslosen hindurchgegangen, ein gigantischer Verlust an Lohnsumme und Versicherungsbeiträgen. Und wenn die Arbeitslosenzahlen heute auch besser aussehen, dann hat die GKV dennoch nichts davon, denn diese Zahlen sind nicht nur durch Millionen von so genannten „prekären“ Arbeitsverhältnissen, von Ein-Euro- oder anderen Minijobs enorm geschönt, solche Jobs bringen auch keinen Euro in die Kasse der Krankenkassen, sie sind nicht sozialversicherungspflichtig. Außerdem gibt es kein Land in Europa, in dem die Löhne in den letzten zehn Jahren

weniger gestiegen sind als in Deutschland: auch dieses Geld fehlt also in der Kasse der GKV.

Was soll also das permanente Geschwätz von der Kostenexplosion, ohne das keine Talkshow über das Gesundheitswesen auskommt, und das in ausnahmslos allen Medien – ob seriös oder nicht – immer weiter und immer wieder weiter erzählt wird? Es geht um Geld. Im Gesundheitswesen geht es um viel Geld, um sehr viel Geld. Etwa 170 Milliarden hat die GKV zu verteilen, insgesamt sind es sogar über 250 Milliarden Euro. Der gesamte Bundeshaushalt betrug – zum Vergleich – im Jahr 2010 knapp 320 Milliarden Euro. Zehn Prozent der Arbeitsplätze in unserem Land sind im Gesundheitswesen angesiedelt. Ich behaupte ganz einfach: Wer immer weiter von einer Kostenexplosion fabuliert, der will das solidarische System der Gesetzlichen Krankenversicherung zerstören, um einen ungehinderten Zugriff auf diese 250 Milliarden zu bekommen.

Mir ist es in letzter Zeit häufiger passiert, dass ich bei Fachärzten deutlich später einen Termin bekam als eine Freundin, die Privatpatientin ist. Spricht man Ärzte im Bekanntenkreis darauf an, sagen die, dass sie ja auch sehen müssten, wo sie bleiben. Ist das tatsächlich Notwehr oder Elend auf hohem Niveau?

Ich weiß nicht, wen ich mehr bedauern soll, Sie oder Ihre Freundin. Tatsächlich glaube ich, dass unser System noch immer so gut funktioniert, dass ein Patient in einer Notlage nicht auf ärztliche Behandlung warten muss und dabei Schaden nimmt, egal wie er versichert ist. Wenn es sich allerdings um nicht akute Erkrankungen handelt, ist es sicher nachweisbar, dass Privatpatienten schneller einen Termin bekommen. Ist das wirklich so schlimm? Die Privatpatienten büßen dafür nämlich mit einer wesentlich höheren Zahl von überflüssigen Untersuchungen, von überflüssigem Einsatz von teuren Apparaten und von überflüssigen Operationen – weil es so lukrativ ist. In gewissem Sinn ist der Status des gesetzlich Versicherten auch ein Schutz.

Angenommen, Sie hätten die Chance, das Gesundheitssystem radikal zu ändern (quasi: Einmal Revolution mit allem ...) – welche Veränderungen hielten Sie für die wichtigsten?

Revolution wäre gar nicht nötig, jedenfalls nicht im Gesundheitswesen. Echte Reformen würde ich anstreben: Die erste und wichtigste Veränderung wäre die obligate Gesetzliche Krankenversicherung für alle. Die geradezu absurde Besonderheit und weltweit deutsche Einmaligkeit der Privaten Krankenversicherung für Gutverdienende entzieht dem Solidarsystem gerade

die hohen Beiträge. Wer mehr will (was medizinisch gesehen aber eigentlich niemand braucht), wer auf goldene Wasserhähne und täglich zweimal Chefarztlächeln nicht verzichten möchte, der kann sich ja dann entsprechend Zusatzversichern. Dabei würde ich nebenbei auch das skandalöse Einfrieren der Arbeitgeberbeiträge sofort rückgängig machen.

Zweitens würde ich dafür sorgen, dass das reichlich vorhandene Geld für Medizin ausgegeben wird, nicht für Medizinschmarotzer. Eine Positivliste würde z.B. dem Spuk der Pharmalobby rasch ein Ende bereiten. Drittens würde ich die Ausbildung der Ärzte und Pflegekräfte weiter verbessern, würde dem naturwissenschaftlichen Physikum in der Ausbildung ein geisteswissenschaftliches Philosophikum hinzufügen, und allen Ärzten und Pflegekräften Arbeitsbedingungen schaffen, die ihnen die Zeit gibt, ihre Arbeit zu tun, statt in Dokumentation, Bürokratie und Akquise zu ersticken.

Was raten Sie Patienten im Umgang mit Ärzten, Ärzten im Umgang mit Patienten?

Da gibt es keinen allgemeinen Rat. Es gibt Patienten, für die bin ich der richtige Arzt. Das merken im allgemeinen beide Seiten, sofort. Es gibt Patienten, die sind sehr unzufrieden mit mir. Das merke ich dann hoffentlich und rate ihnen,

sich einen anderen Arzt zu suchen. Es gibt nicht den einen guten Arzt für alle. Die Arzt-Patient-Beziehung ist immer wieder etwas Individuelles, Einmaliges. Da kann man keine allgemeinen Ratschläge geben. Was beim einen Patienten gut ist, ist beim anderen falsch. Für den einen Patienten bin ich ein guter Arzt, für einen anderen nicht. Wenn ich überhaupt einen Rat geben darf, Ärzten und Patienten: authentisch sein!

Sie engagieren sich sehr für eine Medizin, die den Menschen in den Mittelpunkt stellt – verzweifeln Sie nicht manchmal – weil alle Entwicklungen doch in eine völlig andere Richtung gehen? Oder gibt es – außer Ihnen – noch weitere Hoffnungsschimmer?

Ich sehe das auch, dass nahezu alle Entwicklungen in eine Richtung gehen, die eine humane Medizin immer mehr unmöglich macht. Noch ist mir das aber ein Ansporn. Verzweifelt bin ich nicht, höchstens angewidert. Dazu habe ich täglich zu viel Kontakt mit Patienten und ihren Angehörigen und kann immer wieder sehen, wie wichtig eine gute ärztliche Arbeit ist, wenn die Krise einer Krankheit über einen Menschen oder über eine Familie hereingebrochen ist. Warum also resignieren oder verzweifeln, meine Ziele aufgeben? Und ich kenne eine wirklich große Zahl von Gleichgesinnten, das hilft sehr.

Auch wenn wir keine Macht haben. Gar keine.

Wenn Sie selbst in eine Klinik müssten – worauf würden Sie achten? Die fünf wichtigsten Kriterien?

Die Klinik dürfte nicht zu groß sein; sie sollte in der Nähe liegen; ich würde meinen Hausarzt nach seinen Erfahrungen mit dieser Klinik fragen; auch würde ich ihn fragen, ob er sich als Patient in diese Klinik begeben würde; ich würde bei der Aufnahmeuntersuchung in der Ambulanz auf das Betriebsklima und auf den Umgang mit mir achten.

Das Interview erschien im Buch von Constanze Kleis: „Sterben Sie bloß nicht im Sommer“ 224 Seiten, Hardcover, 19,99, Dumont-Buchverlag 2012, ISBN 978-3-8321-9657-8

Wir bedanken uns bei Autorin und Verlag für die freundliche Nachdruckgenehmigung!

Experten

von Bernd Hontschik

Vor einiger Zeit hatte ich auf eine Röntgenanforderung aus Versehen „linkes Sprunggelenk“ geschrieben, obwohl das rechte Sprunggelenk des Patienten verletzt war. Im Halbdunkel des Röntgenraumes und unter dem Druck von zehn weiteren Patienten in der Warteschlange entging auch meiner Röntgenassistentin die Seitenverwechslung, und als ich auf dem Bildschirm die Bescherung bemerkte, war ich sprachlos: „Warum haben Sie denn nichts gesagt?“, fragte ich den Patienten. „Wenn Sie meinen, dass das rechte Sprunggelenk geröntgt werden muss, dann wird das schon stimmen“, antwortete mir der Patient. Das blinde Vertrauen von Patienten überrascht mich immer wieder. Für meinen Irrtum bat ich um Entschuldigung.

Das Knie einer älteren Patientin schmerzte sehr. Im Untersuchungsraum schaute ich es mir genau an, fragte nach dem Beginn der Beschwerden, nach der Art der Schmerzen. Als ich wissen wollte, was sie bisher unternommen habe, fing sie heftig an zu weinen, aber nicht wegen der Schmerzen. Sie

ginge seit über zwei Jahren zu ihrem Orthopäden, habe zehn Spritzen ins Kniegelenk bekommen, jetzt könne man sie nicht mehr weiter behandeln, wurde ihr dort gesagt. Sie weine, weil ihr endlich jemand zuhöre. Ihr größtes Problem sei, dass sie in einer Altbauwohnung im vierten Stock wohne. Im weiteren Gespräch über Bandagen, Gehhilfen und Krankengymnastik wurde sie immer ruhiger und zuversichtlicher.

Die weit verbreitete Sprachlosigkeit zwischen Arzt und Patient ist schädlich und krankheitsfördernd. Noch weiter verbreitet ist aber die mangelnde Verständigung über das Ziel der medizinischen Behandlung. So sind zum Beispiel laut einer US-amerikanischen Untersuchung über 70 Prozent der Ärzte der Meinung, es habe für Brustkrebspatientinnen die allerhöchste Priorität, dass ihre Brust erhalten bleibe. Das trifft so aber nur für sieben Prozent der Patientinnen zu, die Angst vor den Auswirkungen der Behandlung und der Wunsch, am Leben zu bleiben, ist den erkrankten Frauen wesentlich wichtiger.



© Hilke Wegner

Je größer und je schwerwiegender eine Therapieentscheidung ist, desto genauer müssten Arzt und Patient sich über die individuellen Bedingungen des Lebens der Erkrankten austauschen. Der Arzt ist Experte für medizinisches Wissen und Therapiemöglichkeiten. Der Patient aber ist alleiniger Experte für sein Leben. Eine große Gefahr für Patienten besteht also nicht allein in Behandlungsfehlern oder Fehldiagnosen, sondern in grundlegenden Missverständnissen zwischen Arzt und Patient über das Ziel der Behandlung.

chirurg@hontschik.de
www.medizinHuman.de

Im Interesse der Patienten: Kritischer Umgang mit Medikamentenherstellern

Patientenbeschwerden, Behandlungsfehler, Ärztepfusch – immer wieder bestimmen diese Begriffe die Schlagzeilen. Mitte 2012 erregte ein Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) die Gemüter, wonach die Bestechung von niedergelassenen Ärzten nicht strafbar sei. Sie handelten ja nicht als „Beauftragte der Krankenkassen“. Der Hintergrund: Einige niedergelassene Ärztinnen und Ärzte hatten sich für die Verordnung von Medikamenten eines bestimmten Herstellers von diesem bezahlen lassen. Patientinnen und Patienten mögen sich da fragen, ob ihr Hausarzt wirklich die bewährtesten und sichersten Pillen für sie aufschreibt. Die Folge: Ein zunehmender Vertrauensverlust gegenüber der Ärzteschaft.

Suchen Ärzte wirklich immer die besten Medikamente zur Behandlung ihrer Patienten aus? Wie sehr werden sie beeinflusst, teure Neuentwicklungen zu verschreiben? Und wer verdient daran? Antworten auf diese Fragen versuchen die Mitglieder der Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte, MEZIS

e.V., zu finden. Letztes Jahr feierten sie ihr fünfjähriges Bestehen. Seit der Gründung 2007 konnten über 350 Kolleginnen und Kollegen für den Verein gewonnen werden.

MEZIS steht für „Mein Essen zahl ich selbst“ in Anlehnung an die amerikanische Initiative „no free lunch“. Hintergrund: Ärztliche Fortbildungsveranstaltungen werden, einschließlich des anschließenden Abendessens, meist von Medikamentenherstellern bezahlt. Und die erwarten, unausgesprochen natürlich, Gegenleistungen.

Um den Einfluss der Pharmafirmen auf ihre Verordnungen zu verringern, haben MEZIS-Ärztinnen und -Ärzte sich als Ziele gesetzt:

- ihr Essen auf Fortbildungen selbst zu bezahlen,
- möglichst nur durch pharmafreie Fortbildungen ihre Fortbildungspunkte zu sammeln,
- keine Pharmavertreter in der Praxis oder der Klinik zu empfangen,
- keine Arzneimittelmuster und Geschenke anzunehmen,



- pharmafreie Praxissoftware einzusetzen,
- keine so genannten Anwendungsbeobachtungen durchzuführen, bei denen es sich um Marketinginstrumente der Pharmaindustrie handelt.

Im Falle des aktuellen BGH-Urteils hat MEZIS eine deutliche Position: Entgegen dem BGH-Urteil zeigt die Realität ganz klar, dass niedergelassene Ärztinnen und Ärzte Beauftragte der Krankenkassen sind. Das Urteil bedeutet aber keineswegs, dass sie bestechlich sein dürfen. Der BGH trägt dem Gesetzgeber auf, Klarheit zu schaffen. Und die muss laut MEZIS heißen: Auch Ärztekorrumpion muss strafbar sein.

Dr. Eckhard Schreiber-Weber, Allgemeinmediziner und MEZIS-Vorstandsmitglied, wendet sich auch an die Adresse der Ärztekammern: „Verschaffen Sie unserer Berufsordnung endlich Geltung. Hier ist unzweideutig festgelegt, dass es Ärztinnen und Ärzten nicht gestattet ist, für die Verordnung von Arzneimitteln und anderen Produkten eine Vergütung oder andere Vorteile zu fordern oder anzunehmen. Dazu muss man nicht auf ein neues

Gesetz warten!“

Ob per Gesetz oder mittels Selbstverpflichtung: Ärzte sind gut beraten, wenn sie die Interessen ihrer Patienten in den Fokus ihres Handels stellen, auf der Basis wissenschaftlicher, evidenzbasierter Erkenntnisse. Das erwarten die Patienten zu Recht!

Kontakt:

MEZIS – Mein Essen zahlt ich selbst

Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte

*Dr. med. Eckhard Schreiber-Weber
Parkstr. 48*

32105 Bad Salzufen

Tel.: 05222 – 61901

E-Mail: schreiber-weber@mezis.de

oder

Nik Koneczny

Internist

Westender Weg 2a

58313 Herdecke

Tel.: 02330 – 974767

E-Mail: koneczny@mezis.de

www.mezis.de

„Patient im Visier“ – eine Erfahrung

von Rita Traupe

Grundsätzlich bin ich dankbar, dass es Sie gibt. Von Anfang an! Aber jetzt bin ich Ihnen besonders dankbar für den Buch-Tipp: „Patient im Visier“. Ich habe das Buch schon vielen Personen empfohlen bzw. gleich geschenkt. Alles, was dort aufgeführt wird, kann ich nur bestätigen. Mein Name könnte auch für diese „Marion Frey“ stehen, die MS-Patientin, die zwei Jahre lang mit Undercover-Recherchen begleitet wurde. Ich habe alles genauso erlebt. Nachdem ich sechs Jahre Interferon gespritzt habe (Rebif 22, dann Rebif 44 und zuletzt Avonex) bekam ich Lebersversagen. Der Internist entließ mich mit folgenden Worten: „Entweder Sie schlafen nur noch oder Sie gehen drauf!“

Mir ist es wichtig, diese Erfahrung weiterzugeben und somit habe ich Apotheken, die Uni-Klinik und die Herstellerfirma angesprochen mit dem Hinweis, näher hinzuschauen, damit andere MS-Patienten nicht dasselbe Erlebnis haben müssen. Aber niemand wollte es hören! Und genau, wie es dem Patienten im Buch nach Absetzen der Spritzerei erging, war auch bei

mir die MS-Schwester nicht mehr ansprechbar und für mich zuständig, die vorher so nett und immer einfühlsam auftrat.

Als rettende Lösung wurde mir die Chemo-Therapie mit Mitoxschmackhaft gemacht. Nach sechs Zyklen brach ich auch diese Behandlung ab, weil sich mein Gesundheitszustand immer mehr verschlechterte. Meine Entscheidung verstand der Neurologe nun gar nicht und hat immer wieder versucht, mich umzustimmen, damit ich die Therapie wieder aufnehmen sollte. Auch ich lasse jetzt nur noch, genau wie Marion Frey, die Kortison-Stoß-Therapie vierteljährlich zu.

Seit 30 Jahren bin ich nun von der Krankheit betroffen und immer als Patientin in der Göttinger Uniklinik geblieben, habe also keinen weiteren niedergelassenen Neurologen gehabt. Somit verfolge ich seit vielen Jahren die Vorträge zum Thema MS. In der ersten Zeit waren die Ausführungen immer sehr aufschlussreich und für Laien auch gut verständlich. Man hatte das Gefühl, dass der Arzt sprach. Doch immer mehr veränderten sich die Vorträge und man kann sagen, dass jetzt der

Kaufmann spricht. So habe ich auch einen Abend erlebt, der von der Fernsehmoderatorin Vera Cordes geleitet wurde. Die Patienten, die man vorstellte, waren alle „Vorzeigepersonen“: günstiger Krankheitsverlauf, gute Therapien, tüchtig im Beruf, Zusammenhalt in der Familie, keine finanziellen Sorgen und und und – alles heile Welt. Kritische Fragen, auch meine gehörten dazu, wurden elegant abgeschmettert.

Ja, es ist alles eine traurige Bilanz, wie Medien, Ärzte und Politiker zu Komplizen der Pharmabranche werden und das große Geschäft mit der Gesundheit machen. Und wenn man es nicht selbst erlebt hat, dann ist es nicht zu glauben. Fazit ist wie so oft: Kritische Patienten sind nicht gern gesehen. Eigentlich schade, dass mittlerweile alles so läuft. Aber egal wie düster auch unsere Zukunft erscheinen mag, wir hören nicht auf zu kämpfen. Wir werden nicht aufgeben oder untergehen, sondern weitergehen.



Ich photographiere immer nur das, was da ist ...

von Hilke Wegner

Begonnen hab ich mit dem Photographieren für die Photodokumentation meiner früheren wissenschaftlichen Tätigkeit. Als ich mir meine erste digitale Spiegelreflexkamera leisten konnte, begann ich auch privat zu photographieren.

Heute photographiere ich alles, was mir in meinem Leben so vor die Nase kommt: Landschaft, Tiere, Pflanzen, Menschen, Wasser, Steine, Formen, Farben ...

Wenn sich etwas zeigt, das mich interessiert, gut, wenn nicht, ist's auch gut.

Ich photographiere immer nur das, was da ist, und inszeniere Photos nie. Wenn ein Insekt an einer Stelle sitzt, dann sitzt es eben dort und nirgendwo anders.

Auf meinen Photos gibt es immer ein benennbares Objekt, man kann das Bild aber auch von der jeweiligen Struktur, dem Licht, der Bewegung oder der Ornamentik aus betrachten.

Im letzten Jahr sind Freunde auf mich zugekommen, die einige mei-

ner Bilder gesehen haben und meinten, ich sollte mal ausstellen. Ein bisschen hab ich mit mir gerungen, denn bis zu dem Zeitpunkt war es mir fremd, die Bilder öffentlich zu zeigen.

Anfang dieses Jahres hatte ich meine erste Ausstellung. Mir sind in dem Zusammenhang einige Dinge klar geworden. Beim Ansehen und Auswählen der Bilder für die Ausstellung hab ich mich daran erinnert, wie es mir körperlich und psychisch ging, als ich sie photographiert habe. Häufig ging es mir in den letzten Jahren bedingt durch meine zügig voranschreitende MS und den daraus resultierenden Folgen richtig schlecht. Wenn ich nun die Bilder aus der Zeit ansehe, geht mir das Herz auf.

Diesen scheinbaren Kontrast zwischen Innen und der Schönheit außen nehme ich aber als Bereicherung wahr. Ich kann mich darauf verlassen, dass es diese unglaublich schönen Dinge gibt, auch wenn ich sie nicht wahrnehme. Nehme ich den Photoapparat in



die Hand, geht mein Fokus von schweren Gedanken zu dem, was sich an Schönerem und Interessanterem zeigt. Ein Beleg sind für mich die Bilder, die entstehen.

Was mich an meiner ersten Ausstellung sehr gefreut hat, ist, dass meine Bilder andere Menschen sehr ansprechen ohne all die Hintergründe, die mir dabei so durch den Kopf gehen. Jeder findet für sich etwas anderes, das ihn gefangen hält.

Erstaunlich fand ich auch, dass auch ich auf den Vergrößerungen immer wieder neue Details finde. So ist es auch für mich mit den Bildern immer wieder neu.

Wer einige meiner Bilder ansehen möchte, findet sie in dieser Heft und auf der Seite www.wegner-photographie.de.

Die nächste Ausstellung findet bei „Dörfer zeigen Kunst“ im Herzogtum Lauenburg im Sommer 2013 statt. Nähere Informationen gibt es auf der oben genannten Internetseite.

Infos zur Person

Hilke Wegner, Jahrgang '68, Studium der Agrarwissenschaften, langjährige wissenschaftliche Tätigkeit, seit 2000 MS diagnostiziert. Peer Counselorin, Feldenkraislehrerin, heute Webentwicklerin. www.wegner-web-design.de

© für alle Abbildungen in dieser Ausgabe bei Hilke Wegner



Neue Bücher



Bettina Unger:
***Du rockst, ich rolle. Mein Leben
auf vier Rädern.***

*Diana Verlag, München 2012,
255 S. 16,99 Euro,
ISBN: 978-3-453-28534-7*

„MS – ist das nicht die Krankheit mit dem Rollstuhl? – Als ich einst diesen Satz hörte, hatte ich mir nicht vorstellen können, im Rollstuhl zu sitzen und deswegen nicht unglücklicher zu sein als andere. Im Gegenteil“. – Als Bettina Unger mit 23 erfährt, dass sie MS hat, taumelt sie zunächst zwischen Verzweiflung und Schockstarre. Doch langsam stellt sie sich der Erkrankung, beendet ihr Studium, promoviert, lernt, mit dem Rollstuhl zu fahren und verliebt sich in den Italiener



Sandro, mit dem sie jetzt gemeinsam in Berlin wohnt. Zwei Jahre ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin in Dortmund und muss pendeln, bis sie 2009 beim Berliner Bildungsträger LIFE e. V. eine Stelle erhält und Projekte zur Qualifizierung von Frauen betreut. Ihr Fazit zum Schluss des Buches: „Wenn ich einen Rat geben kann, dann den, auf die eigene Stimme zu hören.“

Di

Anne Nübel-Orthen:
Auf tauben Sohlen unterwegs.
Mit Multipler Sklerose auf der
Reise zum wahren Selbst.
 Frieling Verlag, Berlin 2012,
 12,90 Euro,
 ISBN: 978-3-8280-3010-7

Nichts ist mehr, wie es vorher war, als bei Ann Nübel-Orthen kurz nach der Ausbildung zur Apothekerin die Diagnose MS gestellt wird. Wie geht man damit um? Was soll aus den Lebensträumen werden? Mit der Zeit entwickelt die Autorin eine andere Wahrnehmung des Lebens. Sie lernt, ihre Krankheit als Wegbegleiterin zu akzeptieren. Heute fragt sie sich, ob physische Gesundheit wirklich alles ist, worauf es ankommt. Mit Hilfe von Meditation gewinnt sie Abstand und innere Ruhe. In ihrem Bericht erzählt die Autorin von Hochs und Tiefs in einem Leben mit MS und ihren Versuchen, immer wieder ins normale Leben zurückzukehren. Doch was ist ein „normales Leben“? Diese Antwort, so die Autorin, muss jeder und jede für sich selbst herausfinden.

ANO

Sabine Schäfer (Hrsg.):
Mitten ins Herz: Ein Projekt der
besonderen Art.

Books on Demand, Norderstedt
 2011, 212 S. 16,90 Euro,
 ISBN: 978-3-8423-7609-0

Vielen LeserInnen dürfte Sabine Schäfer schon von anderen Projekten her bekannt sein (vgl. etwa www.ms-nervensaegen.de). Nun hat sie ein „Face-Buch“ vorgelegt, sprich eine Sammlung der Geschichten von 22 „mutigen Helden, die sich getraut haben, über sich hi-



naus zu wachsen“, wie Schäfer sie beschreibt. Entstanden ist dies aus der Facebook-Gruppe „MS Faces and Words“. „Jeder kann schreiben, wenn er sich nur darauf einlässt!“ war das Motto, unter dem der Schreibauftrag in der Facebook-Gruppe gestartet wurde. Und so trudelten nach und nach – 21 deutschsprachige und eine englischsprachige – traurige, lustige anrührende und bewegende Geschichten in Schäfers Mailbox ein – Geschichten von Menschen, die sich rein zufällig in einem virtuellen Netzwerk zusammengefunden haben.

HGH

Im Netz unter:
<http://ms-facesandwords.de/>



**Bernd Hontschik, Wulf Bertram,
 Werner Geigges:**
Auf der Suche nach der verlorenen Kunst des Heilens.

Schattauer Verlag,
 Stuttgart 2013, 362 S.
 29,95 Euro,
 ISBN: 978-3-7945-2893-6

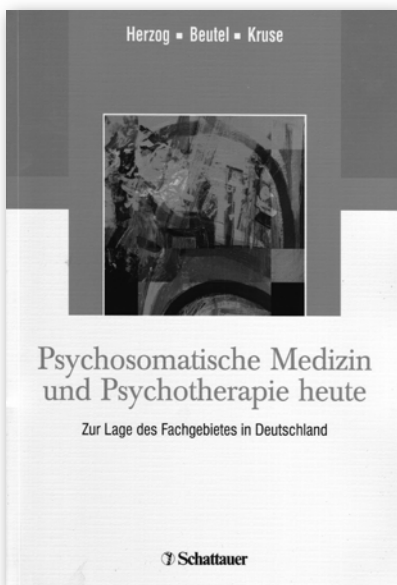
„Bausteine der Integrierten Medizin“ heißt es im Untertitel zu dieser Neuerscheinung – und so ist der Reader auch zu verstehen: Es handelt sich um eine spannende Sammlung von Vortragsmanuskripten, Publikationen und Positionspapieren, die aus der Arbeit der „Akademie für Integrierte Medizin (AIM)“ stammen, unter anderem vom 2004 verstorbenen Gründungsmitglied Thure von Uexküll. Die „Integrierte Medizin“ sucht

nach Wegen, der subjektiven Welt der PatientInnen einen entscheidenden Raum zu geben: Wie betrachten sie ihre eigene Geschichte, wie ist ihre individuelle Weltsicht? Und wie wird diese subjektive Welt in Beziehung zu der der ÄrztInnen gesetzt?

Eigentlich unmöglich, den Titel in Form einer klassischen Rezension zu besprechen, da die 360 Seiten vollgepackt sind mit (anspruchsvollen) zentralen theoretischen Grundlagen der Integrierten Medizin, mit Beiträgen zur Wechselwirkung der Theorie mit der Praxis (etwa „Therapie als Suche nach salutogener Passung“) und einem ausschließlich der Praxis gewidmeten Teil (etwa „Beziehungsmedizin im Akutkrankenhaus“).

Wenn der Verlag das Werk mit dem Slogan bewirbt „Das Buch ist eine exzellente Fundgrube für alle, die sich nicht damit abfinden wollen, dass Humanmedizin lediglich zu einer Reparaturwerkstatt für defekte Körper oder Seelen wird“, so ist dem absolut zuzustimmen – ein medizinisches Fachwörterbuch oder „Dr. Google“ ist jedoch für NichtmedizinerInnen bei der Lektüre zusätzlich angeraten.

HGH



Wolfgang Herzog, Manfred E. Beutel, Johannes Kruse:
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie heute. Zur Lage des Fachgebietes in Deutschland.

Schattauer Verlag,
 Stuttgart 2012, 154 S.,
 19,95 Euro,
 ISBN: 978-3-7945-2919-3

Auch in diesem Titel geht es, in guter Schattauerschen bio-psycho-sozialen Tradition um den ganzen Menschen – körperliche Vorgänge sind immer in ihrem psychosozialen Kontext zu betrachten. Im Auftrag von zwei Psychosomatik-Gesellschaften entstanden, gibt diese Denkschrift einen guten Überblick über die aktuelle Entwicklung im Fach psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Besonders

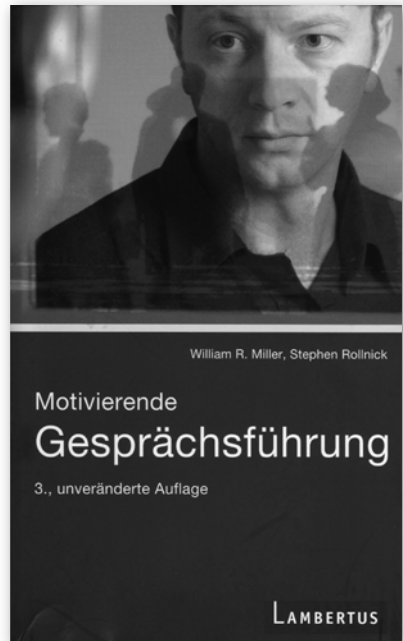
sympathisch (aus Sicht des Rezensenten) ist der Ausblick auf eine „interkulturelle“ Dimension des Faches. Angesichts eines Bevölkerungsanteiles von 20 Prozent mit nicht-deutschen Wurzeln ist diese Perspektive eigentlich überfällig.

HGH

**William R. Miller,
Stephen Rollnick:**
Motivierende Gesprächsführung.
3. unveränderte Auflage,
Lambertus-Verlag, Freiburg 2009,
268 S. 26,50 Euro,
ISBN: 978-3-7841-1900-7

Ursprünglich als Konzept zur Beratung für Menschen mit Suchtproblemen entwickelt, hat die Anwendung von motivierender Gesprächsführung in der Praxis eine deutliche Erweiterung erfahren. Motivierende Gesprächsführung wird inzwischen im Bereich der psychotherapeutischen Arbeit, wie auch allgemeiner medizinischer Behandlungen, Gesundheitsförderung, Sozialarbeit und im Justizvollzugswesen angewandt.

Entsprechend haben die AutorInnen in der 2002 veröffentlichten 2. Auflage (die deutsche Übersetzung erschien 2005) ihren Fokus von „abhängigem Verhalten“ auf „Verhaltensänderung im Allgemeinen“ erweitert sowie die Darstellung und den Inhalt ihrer Methode überarbeitet. Zur Veranschaulichung sind im gesamten Buch Fallbeispiele und



...eine Strategie integriert. Ein unverzichtbarer Klassiker der Gesprächsführung!

La

Weitere Informationen zur Methode und zu TherapeutInnen auf:
www.motivationalinterviewing.de
bzw.

www.motivationalinterviewing.org

Aktion ZUSTIFTUNG – Ergebnisse

(Stand vom März 2013)

Im Jahr 1991 haben die beiden MS-betroffenen Frauen Dr. Sigrid Arnade und Susanne Wolf mit einem Stiftungskapital von 100.000 Mark die Stiftung LEBENSNERV gegründet. Im Oktober 1999 wurde die Aktion ZUSTIFTUNG ins Leben gerufen. Mit einem Zustiftungsbeitrag ab 500 Euro kann man oder frau oder eine Organisation sich bei dieser Aktion beteiligen.

Hier nun die Liste der bisherigen Zustifterinnen und Zustifter in alphabetischer Reihenfolge – einige verfügten keine Namensnennung, deshalb nur eine Ortsangabe:

Zustifterinnen und Zustifter der Stiftung LEBENSNERV

Hans-Wolfgang Arnade, Bonn • Uwe Becker, Achim • Michael Bochnig, Hannover
• Dr. Beate Bombach, Hannover • Ingrid Broll, Berlin • Joachim Burkard und Frau, Rottweil • Prof. Dr. Friedhelm Dietze, Berlin • Namensnennung nicht gewünscht, St. Wendel • Dr. Ursula Emisch, Berlin • Jens Friedrich, Stuttgart • Jürgen Ganske, Hamburg • Katrin Georgieff, Leipzig • Ingrid Giggenbach, München • Namensnennung nicht gewünscht, Bergkamen • Albert Gramlich, Mühlhausen • Bernardine Heiden (†), Eschweiler • H.- Günter Heiden, Berlin • Oliver Hönig (†), Hamburg • Namensnennung nicht gewünscht, Frankfurt am Main • Prof. Dr. W. Kaefer, Aachen • Hartmut Kaschel-Oppelt, Karlsruhe • Simone Kaulen, Rees • Renate Kienle, Kiel • Dr. Ursula Kimotho (†), Berlin • Sabine Krewet, Oldendorf • Namensnennung nicht gewünscht, Bonn • Ursula Lauterbach (†), Mainz • Stefan Mittelman, Frankfurt am Main • Sylvia Nitschke, Berlin • Ursula-Luise Nonn, Norden • Namensnennung nicht gewünscht, Bonn • Namensnennung nicht gewünscht, Essen • Christine Plate, Scheessel • Katja Praetorius, Frankfurt am Main • Christine Reinbacher, Wiesmoor • Hannelore Sackmann-Riescher, Niddatal • Rita Traupe, Fredelsloh • Barbara Vogel, Geisa • Walter Wolf (†), Uelzen • wellover EUROPE Limited, Fulda

Damit ist das Stiftungskapital nunmehr auf rund **97.500 Euro** angewachsen! Herzlichen Dank an alle Zustifterinnen und Zustifter für ihr Engagement! Wir freuen uns auf weitere engagierte Menschen und eine Liste, die immer länger wird!

Fordern Sie bei uns den Überweisungsvordruck „Zustiftung“ an!