



FORUM PSYCHOSOMATIK

Zeitschrift für psychosomatische MS-Forschung

Unabhängige Patientenberatung (UPD) – wie weiter?



Inhalt

- 1 Liebe Leser*innen
- 2 www.amstart.net:
Gesprächsangebote von und für junge Erwachsene mit MS
- 7 MS als Anfang eines neuen Kapitels – Buchbesprechung
- 10 Die Peer-Akademie der DMSG Hessen
- 12 Die Zukunft der Unabhängigen Patientenberatung (UPD)
- 17 Deutscher Behindertenrat 2023:
Gesundheit, Barrierefreiheit, Staatenprüfung
- 20 Klaus Dörner – ein Nachruf
- 22 Das Triage-Gesetz: Wie es weiterginge
- 28 Von den Nürnberger Prozessen zur Medizinethik der Gegenwart
6. Internationaler IPPNW-Kongress »Medizin und Gewissen«
- 32 Der Nürnberger Ärzteprozess
Worum es 75 Jahre danach noch immer geht
- 35 Wer war Robert Koch?
Gefeierter Wissenschaftler, mörderischer Kolonialist
- 38 Buchbesprechungen

Impressum

Titel: H.-Günter Heiden



Herausgeberin:

LEBENSNERV – Stiftung zur Förderung
der psychosomatischen MS-Forschung
Liebstöckelweg 14, 13503 Berlin

Tel.: (0 30) 4 36 35 42

Fax: (0 30) 4 36 44 42

e-mail: info@lebensnerv.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:

Baumgarten&

Grützmaker

Druck auf

100% Recycling-Papier

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. Spendenbescheinigungen
werden ausgestellt.

Bankverbindung:

IBAN: DE42 3701 0050 0214 5395 01

BIC: PBNKDEFF

Liebe Leser*innen,

es ist noch kein Jahr her, dass unser Kanzler, Olaf Scholz, angesichts des Kriegs in der Ukraine von der Zeitenwende sprach. Und tatsächlich hätten wir vor einem Jahr doch nicht damit gerechnet, dass die Energie knapp und teuer wird oder dass wir mit einer enormen Inflation leben müssen. Wir leben in unsicheren Zeiten. Da hilft vielleicht auch ein Blick zurück, um Fehler aus der Vergangenheit nicht zu wiederholen. Deshalb erinnert der Kongress »Medizin und Gewissen« in Nürnberg alle fünf Jahre an die Verbrechen der Ärzteschaft während der Nazidiktatur, so auch im Oktober 2022. Gleichzeitig wird der Blick auf aktuelle Herausforderungen gerichtet mit dem Bestreben, dass Menschenverachtung nie wieder gesellschaftsfähig wird.

Diesem Ziel dienten auch die Proteste, die sich im Sommer und Herbst gegen das von der Bundesregierung geplante neue Infektionsschutzgesetz richteten. Mit der Neufassung des Gesetzes sollten Regelungen geschaffen werden, wie Zuteilungsentscheidungen getroffen werden, wenn die intensivmedizinischen Ressourcen nicht mehr für alle ausreichen. Das Bundesverfassungsgericht hatte den

Gesetzgeber aufgefordert, aktiv zu werden, damit behinderte Menschen in solchen Situationen nicht benachteiligt werden. Die Verbände und Einzelpersonen, die gegen den Gesetzesvorschlag protestierten, sahen jedoch gerade diesen Auftrag nicht erfüllt, da nun die vermeintlich Schwächeren zugunsten der vermeintlich Stärkeren geopfert werden. Und das erinnert an dunkle Kapitel der deutschen Geschichte.

Unabhängig davon gibt es viele Benachteiligungen behinderter Menschen im deutschen Gesundheitswesen. Dem soll ein Aktionsplan entgegenwirken, der vermutlich 2023 erarbeitet wird – wir werden berichten. Und nochmal Gesundheit: Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) wird neu aufgestellt, so dass sie ab 2024 effektiver als bisher arbeiten kann.

Und was machen junge Menschen, die frisch mit der Diagnose MS konfrontiert werden? Zu all diesen Themen finden Sie Informationen in der vorliegenden Ausgabe.

Wir wünschen eine angenehme erkenntnisreiche Lektüre und alles Gute!



Dr. Sigrid Arnade



www.amstart.net:

Gesprächsangebote von und für junge Erwachsene mit MS

Jasmin Mir ist 28 Jahre alt, hat vor vier Jahren die Diagnose »Multiple Sklerose« bekommen und konnte Ende September 2022 die bundesweite Initiative aMSstart ins Leben rufen. FORUM PSYCHOSOMATIK (FP) hat sich mit ihr über ihre eigenen Erfahrungen, die Hintergründe und Zielrichtung der Initiative sowie die Perspektiven unterhalten.

FP: Frau Mir, mögen Sie uns erzählen, wie Sie die Diagnose erlebt haben?

Jasmin Mir: Die Diagnose war ein Schock für mich. Aus dem familiären Umfeld kannte ich MS, allerdings rasch progrediente Verläufe. Ich war dann überrascht über meine Ressourcen und meine Stärke in dieser Situation. Vorher hatte ich große Angst, aber dann dachte ich »ok, so ist das jetzt und damit muss ich umgehen«. Ich habe auch in den ersten zwei Wochen gute Unterstützung durch die Familie, Freund*innen und das Umfeld bekommen. Die waren 24 Stunden am Tag für mich da. Für mich hat es einen Perspektivwechsel gegeben. Ich bin freundlicher mit mir umgegangen, habe gelernt, besser auf mich aufzupassen, habe andere Prioritäten gesetzt, habe geschaut, was gut für mich ist. Auf der einen Seite war es also sehr schwierig, und ich habe viel geweint, auf der anderen Seite konnte ich auch ganz viel Kraft schöpfen, es war beides da.

Was hat Ihnen denn gefehlt in dieser Zeit?

Es war für mich zunächst ein Problem, schnell und problemlos an eindeutige Informationen zu kommen. Ich hätte mir eine Anlaufstelle gewünscht, wo ich mich aufgehoben gefühlt hätte. Mir fehlten auch Informationen darüber, was ich selber machen kann. Und ich hätte mir positive Rollenvorbilder gewünscht.

Und wie sind Sie dann auf die Idee zu Ihrem Projekt gekommen?

Etwa ein Jahr nach der Diagnosestellung saß ich an einem See in Brandenburg und las ein Buch über Lebensstilmaßnahmen bei MS. Mir gefiel der Inhalt, weil es darum ging, was man selber proaktiv tun kann. Anfangs dachte ich eher an analoge Formate wie mehrtägige Workshops für Neudiagnostizierte. Das veränderte sich dann durch Gespräche mit anderen jungen Erwachsenen mit MS und durch Corona. Und

mir wurde bewusst, dass es drei Lücken für Neudiagnostizierte Menschen mit MS gibt:

Erstens: Zu diesem Zeitpunkt, an dem sie Unterstützung brauchen, fühlen sich viele junge Erwachsene oft alleine und von bestehenden Angeboten nicht abgeholt. Entweder, weil die Angebote nicht an junge Erwachsene gerichtet sind oder, weil die Angebote nicht unabhängig sind. Sie brauchen zweitens eher einen Austausch mit einer einzigen Person in einem geschützten Rahmen und keine Gruppenangebote. Und sie müssen drittens wählen können zwischen einem digitalen und einem analogen Austausch.

Das hört sich sehr ambitioniert an, wie ging es weiter?

Ja, es war mühsam, das Projekt zu realisieren. Es hat mich viel Schweiß und Tränen gekostet. Aber es ist mir gelungen, Verbündete und Mentor*innen zu finden und so ein Netzwerk aufzubauen. Wir sind inzwischen ein Team von motivierten jungen Erwachsenen, die teilweise hauptberuflich daran arbeiten. Alle eint dieselbe Vision: »Selbsthilfe« neu zu denken, damit niemand mehr zum Zeitpunkt der Diagnose alleine gelassen wird.

Warum haben Sie denn eine gemeinnützige Unternehmungsgesellschaft (gUG) und keinen Verein gegründet, was ja für ähnliche Initiativen üblich ist?

Dafür gab es hauptsächlich zwei Gründe: Zum einen ist es mir wichtig, dass

wir Grundwerte festlegen, über die nicht basisdemokratisch entschieden werden soll. Dazu gehört zum Beispiel, nicht übergriffig zu sein oder keinen medizinischen oder rechtlichen Rat zu geben. Zum anderen sind verpflichtende Vereinsstrukturen für junge Erwachsene nicht mehr sehr attraktiv. Wir möchten den Menschen den Raum geben, selbst zu entscheiden, ob und wie sie sich mit der Diagnose beschäftigen. Und dazu gehört auch, niedrigschwellig das Angebot nutzen zu können, ohne direkt einem Verein beitreten zu müssen.

Und wie lange wird das Projekt gefördert? Gibt es auch Pläne für die Zeit danach, damit das Engagement nachhaltig ist?

Wir haben eine Förderung von der Gemeinnützigen Hertie-Stiftung für ein Jahr. Wir schauen kontinuierlich, ob es sinnvoll ist, was wir machen, und evaluieren unsere Wirkung. Wenn wir diese belegen können, bin ich sehr zuversichtlich, dass wir eine Anschlussfinanzierung finden.

Sie sprachen eben von positiven Rollenvorbildern. Wie viele Leute mit und ohne MS sind denn im Projekt tätig?

Die Hälfte der Personen im Kernteam hat selbst MS. Acht Personen arbeiten im Projekt, vier davon hauptamtlich, vier ehrenamtlich. Von den hauptamtlich Beschäftigten haben drei die MS-Diagnose, von den ehrenamtlich Tätigen lebt eine Person mit MS.



Jasmin Mir

Foto: privat

Weitere Informationen unter
www.amstart.net
Instagram: @gemeinsam_amstart
E-Mail: info@amstart.net

Wie muss ich mir das Angebot von aMStart genau vorstellen?

Wir verbinden im digitalen 1:1 Gespräch junge Erwachsene mit der Neu-diagnose MS, also weniger als 24 Monate nach der Diagnose, mit Diagnose-erfahrenen jungen Erwachsenen. Das heißt ein Mensch, der neu mit der Diagnose MS konfrontiert worden ist – sei es als eigene Diagnose oder als Angehörige*r – hat die Gelegenheit, über unsere Webseite amstart.net, ganz einfach einen Gesprächstermin mit einer anderen jungen erwachsenen Person zu vereinbaren, die schon länger als 24 Monate MS-Erfahrung hat. Das ist unser Angebot. Menschen mit MS, die schon etwas Erfahrung haben, können sich als Gesprächspartner*innen melden. Da haben wir eine sehr große Resonanz, es haben sich schon viele Interessierte gemeldet. Auch Angehörige von Menschen mit MS können Gesprächspartner*innen werden oder einen Gesprächswunsch anmelden. Es ist ein niedrigschwelliges Angebot, das empoweren soll. Es können bei Bedarf auch Folgegespräche vereinbart werden.

Die Gesprächspartner*innen benötigen ja eine entsprechende Vorbereitung, damit der Kontakt gelingen kann. Wie gestaltet sich die Vorbereitung und die Begleitung?

Es gibt im Vorfeld eine zweiteilige Schulung von insgesamt neun Stunden durch Psycholog*innen. Im ersten Teil

geht es um die Innensicht. Das eigene Erleben bei der Diagnosestellung sowie der eigene Umgang mit der Krankheit werden reflektiert. Der zweite Teil beschäftigt sich mit der Außensicht. Das Stressmodell wird vorgestellt, welche psychischen Belastungen sind mit der Diagnosestellung verbunden, es geht um Kommunikation, in Rollenspielen werden Gespräche geübt, über Suizidalität wird gesprochen. Die Schulungen werden digital angeboten. Bisher haben pro Durchgang jeweils etwas mehr oder etwas weniger als 15 Personen teilgenommen.

Im weiteren Verlauf bekommen die Gesprächspartner*innen, die übrigens ehrenamtlich tätig sind, die Möglichkeit, an einer Supervision teilzunehmen. Außerdem tauschen sie sich untereinander aus.

Gibt es im Projekt auch Leitfäden oder Standardantworten, wie auf bestimmte Fragen, beispielweise nach Therapien, geantwortet werden soll?

Es werden grundsätzlich keine medizinischen und keine rechtlichen Ratschläge oder Empfehlungen gegeben. Das müssen alle angehenden Gesprächspartner*innen in einer Verschwiegenheitserklärung unterschreiben. Es geht darum, dass die neu diagnostizierten Menschen mit MS eine Möglichkeit haben, über ihre Ängste oder Unsicherheiten zu sprechen und dass jemand zuhört, der oder die eine vergleichbare Situation kennt. Es ist wichtig, dass die

Gesprächspartner*innen authentisch und sich ihrer Rolle bewusst sind.

Das betrifft ja den Aspekt der Qualitätssicherung. Wie wird diese im Projekt gewährleistet?

Wir wählen die potentiellen Gesprächspartner*innen sorgfältig aus. Dazu führen wir ein rund 30-minütiges Kennenlerngespräch, in dem wir unter anderem über die Motivation der Bewerber*innen sprechen. Dann gibt es die Schulung sowie die Verschwiegenheitserklärung. Aktuell sind wir außerdem im Austausch mit Ärzt*innen zu weiteren Seminaren. Und schließlich wird jedes Gespräch evaluiert und zwar von beiden Seiten, also von den beiden Personen, die an dem Gespräch beteiligt sind. Das geschieht mit einem Fragebogen, den wir mit Psycholog*innen entwickelt haben. Bisher haben wir sehr positives Feedback bekommen.

Beim Blick auf Ihre Webseite frage ich mich, warum die Projekt-Mitarbeitenden auf der Projekt-Website nur mit dem Vornamen und Zeichnungen vorgestellt werden?

Wir wollen niemanden zwingen, sich zu outen. So betonen wir auch den geschützten, vertraulichen Rahmen, den wir bieten. Die Diagnose und ihre Verarbeitung sind schließlich ein sehr individueller und persönlicher Prozess, und niemand soll gedrängt werden, alles offenzulegen.

Kommen wir noch zum einem Thema, das für unsere Stiftung ja maßgeblich

ist: Welche Rolle spielt für Sie persönlich die Psychosomatik bei MS?

Für mich persönlich spielt sie eine große Rolle. Mein psychisches Befinden hat ganz großen Einfluss darauf, wie ich die MS wahrnehme. Mein seelisches Befinden dient sozusagen als Alarmglocke. Da weiß ich dann, dass ich jetzt ganz besonders gut auf mich aufpassen muss. Für mich ist es wichtig, gut mit Stress umzugehen. Ich bin ein sehr aktiver Mensch, der sehr gerne viel arbeitet und großen Spaß daran hat. Aber ich weiß auch, dass mir Yoga guttut, dass es mir hilft zu meditieren, auf meine Ernährung zu achten, mich zu bewegen, mein soziales Umfeld zu nähren. Wenn ich all das vernachlässige, weiß ich, dass etwas aus dem Gleichgewicht gerät und versuche, mehr auf mich zu achten.

Und gibt es im Projekt aMStart Standardantworten auf Fragen zur Psychosomatik der MS?

Nein. In den Schulungen werden Stressmodelle vorgestellt, und die Gesprächspartner*innen lernen, was bei psychischen Belastungen hilft. Sie reflektieren ihren eigenen Umgang mit psychischer Belastung und lernen, wie sie diese erkennen können. Zu allen Fragen nach Lebensstilmaßnahmen gibt es keine Standardantworten. Die Gesprächspartner*innen können auf Wunsch berichten, wie sie persönlich damit umge-

hen und welche Erfahrungen sie selbst gemacht haben.

Wenn Sie Wünsche oder Ideen zur Psychosomatik der MS hätten – welche wären das?

In anderen Ländern, vor allem in anglo-amerikanischen Raum, ist es viel anerkannter als hierzulande, dass psychische Faktoren und Lebensstilmaßnahmen die Gesundheit und das Wohlbefinden beeinflussen. Es ist auch wichtig, selber proaktiv zu sein. Ich selber würde von mir sagen, dass ich jetzt gesünder bin als vor der Diagnose, weil ich mehr auf mich achte.

Also, ich würde mir eine stärkere Anerkennung der Psychosomatik wünschen, und ich würde mir eine zentrale institutionalisierte Stelle wünschen, bei der man evidenzbasierte Informationen zu diesen Fragen abrufen kann. In diesem Zusammenhang empfehlen wir das Buch von Claudia Brunner: MS und Gesund.¹

Vielen Dank für das Gespräch und Ihre Offenheit!

Das Gespräch führte Sigrid Arnade.

¹ Siehe dazu auch die nachfolgende Buchbesprechung

MS als Anfang eines neuen Kapitels

Eine Buchbesprechung von Sigrid Arnade

Um es vorweg zu sagen: Dieses Buch gehört zu den besten Büchern zum Thema MS, die ich kenne. Ich kann es guten Gewissens allen Menschen mit MS empfehlen. Vor allem kann es für diejenigen hilfreich sein, die sich neu mit der Diagnose auseinandersetzen müssen. Zu den positiven Elementen des Werkes, die mich zu dieser Empfehlung veranlassen, komme ich später.

Zunächst die Warnhinweise, denn meine Empfehlung erfolgt mit Einschränkungen: Da ist zunächst einmal der Titel. Nehmen Sie ihn nicht zu wörtlich. »MS und Gesund« bedeutet nicht, dass Sie auf alle Fälle symptomfrei werden oder bleiben, wenn Sie alle Empfehlungen der Autorin beachten. Es ist nicht Ihre Schuld, wenn sich Ihre MS eigenwillig zeigt und Ihnen trotz eines gesunden Lebenswandels neue Symptome beschert. Am Titel störte mich auch, dass die promovierte Autorin dort mit ihrem Titel als »Dr. Claudia Brunner« erscheint, was unüblich ist und bei mir die Frage aufwirft, warum sie das nötig hat. – Auch die Überschrift des Rücktitels »Lebe selbstbestimmt – auch mit Multipler Sklerose« bedarf meiner Meinung nach eines Kommentars. Ich selbst behaupte von mir, mit MS selbstbestimmt zu leben, mittlerweile seit 36 Jahren als Rollstuhlfahrerin. Und ich kenne Men-

schen, die 24 Stunden am Tag auf Assistenz angewiesen sind und ein selbstbestimmtes Leben führen, weil sie alles selbst bestimmen. Ein selbstbestimmtes Leben mit MS ist also möglich, unabhängig von den Symptomen. Das meint die Autorin aber nicht, sondern ein weitgehend schub- und symptomfreies Leben, wie sie selbst es nach ihren Worten derzeit hat. – Unangenehm aufgestoßen ist mir auch einiges in dem Kapitel »Hilfreiches für Angehörige«, beispielsweise die Überschrift »Wer trägt die Last?«. Auch wenn sich niemand die MS ausgesucht oder herbeigesehnt hat, kann doch auch die Frage gestellt werden »Was ermöglicht die MS?« Außerdem klingt das Verhältnis zwischen der angehörigen Person und dem Menschen mit MS in diesem Kapitel immer, als sei es eine hierarchische Beziehung, jedenfalls keine auf Augenhöhe.

Nun aber genug der Kritik und zu den lesenswerten Inhalten des Buches. Die Autorin ist promovierte Wirtschaftswissenschaftlerin und lebt selbst seit über 13 Jahren mit MS. Sie hat hunderte Studien zu MS gelesen und ihre Qualität und Aussagekraft bewertet. Parallel hat sie sich weiter wissenschaftlich fortgebildet, um dieser Aufgabe bestmöglich gerecht zu werden. Ihre Erkenntnisse an der Schnittstelle von Schulmedi-

zin und Lebensstilmedizin hat sie in diesem umfassenden Werk zusammengetragen.

Das Buch lässt sich leicht lesen und verstehen. Es ist in einer verständlichen Sprache verfasst und enthält immer wieder Zusammenfassungen in eigens gekennzeichneten Kästchen. Hintergrundinformationen für Interessierte sind ebenso markiert wie Empfehlungen der Autorin. Claudia Brunners eigene Erfahrungen hat sie des Öfteren in den Text eingestreut, aber auch als solche kenntlich gemacht.

Schwerpunktmäßig beschäftigt sich Brunner in ihrem Buch auf über 200 Seiten mit Lebensstilmaßnahmen. In den Kapiteln »Sonnenexposition und Vitamin D«, »Schlaf«, »Sport – Bewegung«, »Meditation und Stressmanagement«, »Ernährung«, »Fasten«, »Umgang mit Genussmitteln«, »Psychologie – Therapie, Netzwerke«, »The Power of Connection – Soziales Leben«, »Kognition – Lebenslanges Lernen« stellt sie jeweils die Studienlage dar, fasst die Ergebnisse in Zwischenschritten zusammen, streut eigene Erfahrungen ein und beschließt das jeweilige Kapitel mit ihren Empfehlungen.

Einen sehr breiten Raum nehmen die Ausführungen zum Thema Ernährung ein. Kein Wunder, gibt es doch gerade zu diesem Thema eine fast unübersichtlich große Zahl von Vorschlägen und Empfehlungen. Brunner bespricht acht einzelne Diäten, die für Menschen



Claudia Brunner:

MS UND GESUND.

**WISSENSCHAFTLICH BELEGTE
EMPFEHLUNGEN FÜR EIN AKTIVES
LEBEN MIT MULTIPLER SKLEROSE.**

488 Seiten, tredition GmbH, Hamburg,

Softcover: 24,90 Euro,

Hardcover: 35,90 Euro,

E-Book: 9,99 Euro

mit MS empfohlen werden, stellt sie vor und bewertet sie anhand von vorliegenden Studienergebnissen. Sodann geht sie auf einzelne Lebensmittel wie »Milch und Milchprodukte« ein und referiert die wissenschaftlichen Erkenntnisse dazu. Das Kapitel endet wieder mit Brunners Empfehlungen.

Ungewöhnlich deutlich wird die Autorin beim Thema Rauchen: »Wenn Sie rauchen, hören Sie auf, sobald es nur irgend möglich ist. ...« heißt es in den Empfehlungen am Ende des Kapitels zum Umgang mit Genussmitteln und weiter: »Für Ihre Gesundheit und ein langes, gesundes Leben mit MS gibt es

keinen wichtigeren Schritt als diesen. Es wurde bisher kein einziger modifizierbarer Faktor gefunden, der einen größeren Einfluss auf die Prognose bei MS hätte.«

Beim Kapitel »Psychologie – Therapie, Netzwerke«, das für uns als Stiftung LEBENSNERV von besonderem Interesse ist, fehlt leider der Verweis auf die vorhandenen Studien zum Thema. Stattdessen heißt es etwas lapidar, die Forschung würde sich verschiedentlich zum Wert und der Bedeutung von Psychotherapie äußern. Aus gutem Grund übernehmen die Krankenkassen heutzutage die Kosten für verschiedene Therapien. Es folgen ein Interview mit einer Therapeutin, Ausführungen zu eigenen Erfahrungen und schließlich die Empfehlungen, die hier in Gänze wiedergegeben werden sollen:

- »MS ist eine schlimme Diagnose. Es ist vollkommen normal zu leiden, Ängste zu haben oder zu trauern.
- Haben Sie keine Angst davor, sich professionelle Hilfe zu suchen.
- Psychotherapie/Gesprächstherapie etc. ist nachgewiesenermaßen sehr hilfreich.
- Trauen Sie sich, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen!«

Empfehlung meinerseits an die Autorin, Claudia Brunner: Sollten Sie eine zweite Auflage des Werkes planen, recherchieren Sie doch bitte zu diesem Thema ähnlich gründlich, wie Sie es bei den Diäten oder Cannabis etc. getan haben.

Immerhin erinnere ich mich an eine Studie, der zufolge psychotherapeutische Interventionen die bislang erfolgreichsten Therapien bei MS sein sollen. Mich verwundert es, dass die Autorin gerade diesen Aspekt so stiefmütterlich behandelt. Traten ihre ersten MS-Symptome doch auf, als der 26-jährigen Brunner in einem Personalgespräch »wenig charmant verkündet worden« war, »dass ich meinen Job verlieren sollte«.

Zurück zum Buch: Die Autorin weiß, wie schwer es sein kann, Gewohnheiten zu ändern und gute Vorsätze zu realisieren. Also gibt sie Tipps, wie das gelingen kann.

Dann folgt auf den nächsten 90 Seiten die Schulmedizin. Die Autorin erläutert die Bedeutung von Schubtherapie, verlaufsmodifizierender und symptomatischer Therapie, erklärt den Unterschied zwischen absolutem und relativem Nutzen und widmet sich dann einzelnen Medikamenten. Detailliert geht Brunner auf neun derzeit gängige Medikamente zur verlaufsmodifizierenden Therapie ein, alles gestützt auf wissenschaftliche Erkenntnisse.

Auf den letzten rund 100 Seiten des Werkes finden sich die Quellen, auf die sich die Autorin bezieht, sowie die Endnoten.

Abschließend soll Claudia Brunner nochmals selbst zu Wort kommen: »MS ist nicht das Ende, es ist der Anfang eines neuen Kapitels!«

Die Peer-Akademie der DMSG Hessen

Die DMSG Hessen hat ein neues Weiterbildungsangebot im Programm – die Peer-Akademie. Lesen Sie nachstehend die Beschreibung des Qualifizierungsangebotes:

Wir alle lernen durch unsere Erfahrungen. Diesen Ansatz hat die Selbsthilfe methodisch weiterentwickelt, um die Erfahrungen anderer für das eigene Leben nutzbar zu machen und so die individuelle Lebensqualität zu steigern. Profitieren Sie von den Erfahrungen anderer und bringen Sie gemeinsam Ihr Erfahrungswissen ein. Wir bieten Ihnen verschiedene Kurse zu unterschiedlichen Lebensthemen an. Oder Sie nutzen Ihr langjähriges Erfahrungswissen aus eigener Erkrankung oder als Angehörige zur Unterstützung von Menschen mit MS und ähnlichen Beeinträchtigungen. Werden Sie Peer-Experte*in und engagieren Sie sich als Betroffenen-Berater*in.

Bündeln Sie Ihr über viele Jahre gesammeltes Erfahrungswissen im Umgang mit MS (und anderen Beeinträchtigungen) mit dem Wissen Anderer und setzen es durch die Schulung gezielt ein, zum Beispiel in der Beratung. Werden auch Sie zur Peer-Expert*in!

Ausbildungsinhalte und Module

1. Erfahrung als Lernprozess
2. Gesundheit und Wohlbefinden
3. Grundlagen des Schwerbehindertenrechts
4. Teilhabeorientierung
5. Sozialraumorientierung – Lebensbedingungen im Umfeld
6. Recovery – aktiv und erfüllt Leben mit MS
7. Ressourcenorientierte Arbeit – auf Stärken fokussieren
8. Stigmatisierung und Entstigmatisierung
9. Medizinische Aspekte der MS
10. Ergänzende Therapiemöglichkeiten
11. Sport und MS
12. Ernährung und MS

The screenshot shows the website for the Peerakademie. The header includes the logo for 'dmsg hessen' (Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft Landesverband Hessen e.V.) and a search bar. A navigation menu lists: Aktuelles, Über MS, Angebote, Helfen & Spenden, Für Mitglieder, Über uns. The main content area has a large image of a group of people in a circle, with the text 'Peerakademie' and 'Profitieren Sie von den Erfahrungen anderer'. Below this is a section 'Werden Sie Peer-Experte!' and a list of 'Ausbildungsinhalte und Module'.

Wenn Sie Interesse an der einjährigen Peer-Ausbildung haben, wenden Sie sich bitte an Ebru Tas. Sie steht auch für Ihre Fragen gerne zur Verfügung:

Ebru Tas, Projekt Peerausbildung Tel. **0170 4805623**

Anmeldungen oder Fragen per E-Mail: **peerakademie@dmsg-hessen.de**

Kostenlose Weiterbildung für Ehrenamtliche

Ab sofort können Sie auch einzelne Kurse aus der Online-Peerausbildung belegen, vorausgesetzt, Sie sind bereits für die DMSG ehrenamtlich aktiv. Sie können jeden der zurzeit 12 Kurse belegen. Neben dem inhaltlichen Lernen geht es um Reflexion der eigenen Erfahrung, um einen online basierten Austausch mit anderen Kursteilnehmenden und um interaktives Lernen. Da die Module auf der Lernplattform online abrufbar sind, können Sie jederzeit mit einem Kurs Ihrer Wahl starten. Die Teilnahme ist für Ehrenamtliche kostenlos. Sie können einen oder mehrere Kurse aus dem obigen Angebot der Peerakademie belegen

<https://dmsg-hessen.de/angebote/peerakademie/>

Wenn Sie Interesse haben, wenden Sie sich bitte an Silke Gerbitz. Sie steht für Ihre Fragen, auch zum Lernprozess oder zu Lerninhalten, gerne zur Verfügung:

Silke Gerbitz, Projekt Peerausbildung Tel. **0151 2084 1486**

Anmeldungen per E-Mail: **peerakademie@dmsg-hessen.de**

Die Zukunft der Unabhängigen Patientenberatung (UPD)

Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) hat seit dem Jahr 2001 die Aufgabe, Patientinnen und Patienten sowie Verbraucherinnen und Verbraucher zu gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen kostenfrei zu beraten und zu informieren – unabhängig von ihrem Versicherungsstatus. Die Arbeitsweisen und Strukturen der UPD waren in der Vergangenheit immer wieder Gegenstand öffentlicher Kritik. Ein erheblicher Teil der Kritik richtete sich gegen vermeintliche strukturelle Defizite im Zusammenhang mit der derzeitigen Trägerschaft der UPD durch ein gewinnorientiertes Wirtschaftsunternehmen, die Sanvartis GmbH. Nun soll die UPD neu aufgestellt werden. Eine wesentliche Rolle dabei spielt der beziehungsweise die Patientenbeauftragte/r der Bundesregierung. Am 12. Januar 2022 wurde der Bundestagsabgeordnete Stefan Schwartze auf Vorschlag von Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Lauterbach MdB durch das Kabinett zum neuen Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten berufen.

Schwartze erklärte anlässlich seiner Amtseinführung:

»Das Amt des Patientenbeauftragten übernehmen zu dürfen, empfinde ich als große Ehre. Die vergangenen zwölf Jahre habe ich bereits als Mitglied des Petitionsausschusses sehr direkte Rückmeldungen der Bürgerinnen und Bürger über ihre Erfahrungen mit dem Gesundheitsbereich bekommen und mich für ihre Interessen eingesetzt. Die Amtsübernahme gibt mir die Möglichkeit, mich zukünftig bei der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens zielgerichtet als Sprachrohr der Patientinnen und Patienten für deren Rechte und Interessen stark zu machen. Insbesondere werde ich mich dafür einsetzen, das Gesundheitssystem transparenter zu gestalten, die Patientenrechte zu stärken und die Gesundheitskompetenz der Bürgerinnen und Bürger durch Unterstützungs- sowie Beratungsangebote weiter zu verbessern.«

Über die Zukunft der Unabhängigen Patientenberatung (UPD) sprach FORUM PSYCHOSOMATIK im Oktober 2022 mit dem Patientenbeauftragten der Bundesregierung, Stefan Schwartze (SPD).

FORUM PSYCHOSOMATIK: Im Koalitionsvertrag der Ampel-Fraktionen »Mehr Fortschritt wagen« heißt es unter der Überschrift »Rechte von Patientinnen und Patienten« sehr lapidar: »Die Unabhängige Patientenberatung (UPD) überführen wir in eine dauerhafte, staatsferne und unabhängige Struktur unter Beteiligung der maßgeblichen Patientenorganisationen.« Ab wann soll denn eine solche »Überführung« stattfinden?

Schwartze: Die UPD leistet durch ihr qualitätsgesichertes Informations- und Beratungsangebot einen wichtigen Beitrag zur Steigerung der Gesundheitskompetenz der Ratsuchenden. Dieses Beratungsangebot durch eine Reform noch besser zu machen und langfristig zu sichern, ist mir ein wichtiges Anliegen. Die Forderung des Koalitionsvertrages, die UPD neu auszurichten und in eine dauerhafte, staatsferne und unabhängige Struktur zu überführen, verfolge ich seit Beginn meiner Amtszeit sehr nachdrücklich. Nun sind die Reformvorbereitungen in der nächsten Phase. Das Bundesministerium für Gesundheit hat einen Referentenentwurf vorgelegt. Das ist auch gut so, denn die Zeit drängt: Im nächsten Jahr müssen die Strukturen geschaffen werden, damit zum 1. Januar 2024 ein Beratungsangebot zur Verfügung steht. Ziel muss es sein, dass der Gesetzentwurf noch in diesem Jahr das parlamentarische Verfahren durchläuft.



Foto: Jan Pauls

Stefan Schwartze
Beauftragter der Bundesregierung für
die Belange der Patientinnen und
Patienten

Und was genau muss man sich unter »dauerhaft, staatsfern und unabhängig« vorstellen?

Eine der Grundvoraussetzungen der Neuaufstellung der UPD ist für mich, im Sinne der Ratsuchenden sicherzustellen, dass die Beratung neutral, unabhängig und frei von jeglicher Einflussnahme durch Dritte erfolgt. Ich habe schon mehrfach betont, dass ich das Stiftungsmodell unter Beteiligung der maßgeblichen Patientenorganisationen favorisiere. Denn eine Stiftung symbolisiert nicht nur am besten die notwendige Dauerhaftigkeit, Staatsferne und Unabhängigkeit, sondern verspricht auch eine höhere Akzeptanz und Bekanntheit bei den Ratsuchenden. Ich begrüße es daher sehr, dass der Referentenentwurf diesen Vorschlag nun aufgreift. Wie von mir vorgeschlagen, sieht er nun vor, die UPD im Rahmen einer rechtsfähigen Stiftung bürgerlichen Rechts bei einem Träger zu verstetigen und den maßgeblichen Patientenorganisationen eine tragende Rolle in der neuen Struktur zu geben.

Wer sind denn die maßgeblichen Patientenorganisationen?

Die Organisationen, die auf Bundesebene maßgeblich die Interessen von Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen in Deutschland vertreten können, sind der Deutsche Behindertenrat (DBR), die BundesArbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen

(BAGP), die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. und der Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. Die Anerkennung dieser vier Patienten- und Selbsthilfeorganisationen erfolgte gemäß der in § 1 Patientenbeteiligungsverordnung festgelegten Voraussetzungen, die eine Organisation für eine Anerkennung nach § 140f SGB V erfüllen muss.

Mit welchen Formaten soll eine Beteiligung genau erfolgen? Im Koalitionsvertrag heißt es dazu ja vielversprechend »Uns leiten die Prinzipien offenen Regierungshandelns – Transparenz, Partizipation und Zusammenarbeit«.

Die Einbindung der Patientenorganisationen ist meines Erachtens entscheidend, um sicherzustellen, dass das zukünftige Informations- und Beratungsangebots von Beginn an adressatengerecht aufgebaut wird. Der Referentenentwurf sieht daher richtigerweise eine direkte Beteiligung in den Organen der neuen Stiftung vor: So sollen die maßgeblichen Patientenorganisationen ein Vorschlagsrecht für die Mitglieder des Stiftungsvorstands haben. Dieser soll als geschäftsführendes Organ die nähere Ausgestaltung des Beratungs- und Informationsangebotes verantworten. Zudem sollen mehrere Vertreterinnen und Vertreter weiterer Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten Mitglieder im Stiftungsrat werden und damit das Informations- und Bera-



tungsangebot im Sinne der Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten mitgestalten.

Gibt es bei dem Beratungsangebot inhaltliche und strukturelle Neuregelungen im Vergleich zur bisherigen UPD? Sind etwa neue Zugangswege geplant?

Der Referentenentwurf definiert das wichtige Ziel der Stiftung, die Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten und die Patientenorientierung im Gesundheitswesen zu stärken und mögliche Problemlagen im Gesundheitssystem aufzuzeigen. Dieses Ziel soll durch ein bundesweites und zentral organisiertes digitales und telefonisches Informations- und Beratungsangebot erreicht werden. Daneben soll die Stiftung auch regional beraten und informieren, um auch dem Informations- und Beratungsbedürfnis vulnerabler Gruppen Rechnung zu tragen. Der letzte Punkt ist mir besonders wichtig. Die UPD sollte dazu beitragen, die gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland zu verringern und die Bedarfsgerechtigkeit der gesundheitlichen Versorgung zu stärken. Dazu sind neben zentralen auch regionale Angebote er-

forderlich. Nur so können wir auch diejenigen Ratsuchenden vor Ort erreichen, die – trotz hohen Unterstützungsbedarfs – nicht das Wissen oder die Ressourcen haben, digitale Informations- und Beratungsangebote in Anspruch zu nehmen.

Durch welche Maßnahmen wird denn gesichert, dass das Know-how der bisherigen UPD auch in das neue System übergeht?

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben insbesondere in den vergangenen Jahren der Pandemie sehr viel geleistet und ihr Fachwissen bei der medizinischen und juristischen Unterstützung der Bürgerinnen und Bürgern nachdrücklich unter Beweis gestellt. Die UPD insgesamt hat tragfähige Strukturen zur Sicherstellung einer unabhängigen und qualitativ hochwertigen Beratung, der Qualitätssicherung und zur Mitarbeiterschulung erarbeitet. Wir müssen daher möglichst viele Kompetenzen und das Wissen der bisherigen UPD erhalten. Wie genau das sichergestellt werden kann, ist allerdings noch offen. Ich halte es aber für absolut richtig und habe mich dafür eingesetzt, dass der Referentenentwurf ausdrücklich einen Prüfauftrag hinsichtlich einer möglichen Übernahme der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der vorherigen UPD enthält. Zudem soll auch durch die Übernahme von Konzepten und Materialien der vorherigen UPD ein Wissensverlust verhindert werden.

Seit einigen Jahren arbeitet ja auch die Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) erfolgreich. Inwiefern wird es Kooperationen oder Abgrenzungen geben? Außerdem arbeiten die EUTB vielfach nach dem Peer-Prinzip »Betroffene beraten Betroffene«, wobei die betroffenen Berater*innen natürlich gut qualifiziert sind und professionell beraten können. Inwiefern werden die Vorteile des Peer-Effekts auch bei der Neuaufstellung der UPD genutzt?

Wie bereits erwähnt, formuliert der Gesetzentwurf das grundsätzliche Ziel und wesentliche Instrumente der zukünftigen UPD. Die konkrete inhaltliche und strukturelle Ausgestaltung des Informations- und Beratungsangebots obliegt dem Stiftungsvorstand, den ein Stiftungsrat als stiftungsinternes Kontrollorgan und ein wissenschaftlicher Beirat unterstützt. Bei dieser Ausgestaltung wäre es ohne Frage sehr zielführend, auch die erfolgreichen Erfahrungen mit Peers zu berücksichtigen und Kooperationen mit relevanten Akteuren und Vernetzungen mit bestehenden Informations- und Beratungsangeboten, wie zum Beispiel der EUTB, der Selbsthilfe oder dem nationalen Gesundheitsportal, zu erreichen. Das würde Synergie-Effekte ermöglichen, Doppelstrukturen vermeiden und dazu beitragen, Ratsuchende an die für ihr Anliegen am besten geeignete Stelle zu lotsen.

Niedrigschwelligkeit und umfassende Barrierefreiheit sind Markenzeichen der EUTB. Welche Rolle spielen diese Kriterien bei der neuen UPD?

Eine wesentliche Rolle. Ich bin davon überzeugt, dass ein Informations- und Beratungsangebot nur dann Erfolg haben kann, wenn es auf die Bedürfnisse der Ratsuchenden eingeht und niedrigschwellig sowie barrierefrei zur Verfügung steht. Ich begrüße deshalb ausdrücklich, dass nach dem Referententwurf Information und Beratung niedrigschwellig, bürgernah und barrierefrei zu erfolgen haben.

Und wie wird sichergestellt, dass bei der neuen UPD auch marginalisierte Gruppen, wie etwa Menschen mit nicht-deutschen Wurzeln erreicht und berücksichtigt werden, zum Beispiel mit einem mehrsprachigen Angebot?

Zu einem niedrigschwelligen, bürgernahen und barrierefreien Informations- und Beratungsangebot, wie es der Gesetzentwurf vorsieht, gehört nach meinem Verständnis auch die zielgenaue Ansprache besonders vulnerabler Gruppen und eine kultursensible sowie fremdsprachliche Beratung. Bereits heute berät die UPD auf Deutsch, Türkisch, Russisch und Arabisch. Darauf sollte auch die zukünftige UPD aufbauen und nötigen Bedarf prüfen.

Vielen Dank!

Die Fragen für FORUM PSYCHOSSOMATIK stellte H.- Günter Heiden

Deutscher Behindertenrat 2023: Gesundheit, Barrierefreiheit, Staatenprüfung

VON SIGRID ARNADE

Der Deutsche Behindertenrat ist ein Aktionsbündnis der wichtigsten deutschen Behindertenverbände, über das wir in dieser Zeitschrift immer mal wieder berichtet haben. Trotz seiner Mitgliederstärke von etwa 3 Millionen hört und sieht man wenig vom DBR. Das liegt unter anderem daran, dass das Sekretariat jährlich von einem anderen Verband geführt wird, wodurch sich nicht nur die Kontaktdaten ständig ändern, sondern auch regelmäßig viel Wissen verloren geht.

2023 wird das DBR-Sekretariat von Weibernetz e. V. geführt, dem Bundesnetzwerk von FrauenLesben und Mädchen mit Beeinträchtigung. Dabei wird die Stiftungsvorsitzende, Sigrid Arnade, für das Jahr 2023 auch die Vorsitzende des DBR-Speicher*innenrats sein. Auf die Frauen kommt viel Arbeit zu. Im Ampel-Koalitionsvertrag finden sich zwar etliche vielversprechende behindertenpolitische Vorhaben, bislang wurde davon jedoch wenig umgesetzt. Das liegt natürlich auch an den Krisen, die die Regierung in Atem halten. Das ändert aber nichts daran, dass 2023 bei wichtigen Vorhaben entscheidende Wei-

chenstellungen erfolgen müssen, wenn die Projekte in dieser Legislaturperiode noch realisiert werden sollen. Das Weibernetz plant für 2023, vor allem bei den Themen »Gesundheitswesen«, »Barrierefreiheit« und »Staatenprüfung« aktiv zu werden.

Aktionsplan Gesundheitswesen

Im Ampel-Koalitionsvertrag steht unter anderem die schöne Absichtserklärung »Für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen erarbeiten wir mit den Beteiligten bis Ende 2022 einen Aktionsplan ...«. Auch wenn diese Frist ver-



strichen ist, geht es 2023 darum, in die konkrete Arbeit einzusteigen, damit die vielen Benachteiligungen von behinderter Menschen, speziell von behinderten Frauen und von Frauen allgemein im Gesundheits-

wesen abgebaut werden. Folgende Elemente könnten sich in solch einem Aktionsplan wiederfinden:

- **Barrierefreie Praxen von Ärzt*innen:** Beispielsweise sollte der Aktionsplan konkrete Maßnahmen enthalten, damit Praxen von Ärzt*innen mittelfristig barrierefrei zugänglich werden, auch das Untersuchungsmobilien barrierefrei ist und eine barrierefreie Kommunikation gewährleistet wird. Letzteres bedeutet unter anderem das Angebot von Informationen auch in Formaten, die für blinde Menschen wahrnehmbar sind.

- **Bedarfe behinderter Mädchen und Frauen:** Für diese Zielgruppe sind insbesondere barrierefreie gynäkologische Praxen wichtig. Außerdem müssen Ärzt*innen lernen, welche Verhütungsmethoden bei verschiedenen Beeinträchtigungen (kontra-)indiziert sind und was in der Schwangerschaft sowie bei der Geburt bei verschiedenen Beeinträchtigungen zu beachten ist. Weiter müssen alle Beschäftigte im Gesundheitswesen für Anzeichen von Gewalttaten sensibilisiert werden, weil behinderte Mädchen und Frauen zwei- bis dreimal häufiger von (sexualisierter) Gewalt betroffen sind als Frauen ohne Behinderungen. – Grundsätzlich ist die Medizin sehr männerorientiert, weil man sich an Durchschnittsmännern ori-

entiert. So werden Symptome nicht richtig gedeutet, wenn sie bei Frauen andere Ausprägungen haben als bei Männern. Auch Dosierungen von Medikamenten beziehen sich auf Durchschnittsmänner.

- **Aus-, Fort- und Weiterbildungen für Beschäftigte im Gesundheitswesen:** In allen Ausbildungsplänen für Ärzt*innen und andere Beschäftigte im Gesundheitswesen muss es verpflichtende Lehrinhalte zu Beeinträchtigungen und Behinderungen geben. Für diejenigen, die solche Berufe bereits ausüben, müssen die entsprechenden Inhalte in Fort- und Weiterbildungen einfließen. Wichtig ist die Sensibilisierung aller Beschäftigten im Gesundheitswesen für das menschenrechtliche Modell von Behinderung in Abgrenzung zum medizinischen Modell von Behinderung.

- **Digitalisierung des Gesundheitswesens:** Hier muss sichergestellt werden, dass die elektronische Kommunikation barrierefrei für alle Beteiligten erfolgt bei gleichzeitiger Beachtung datenschutzrechtlicher Vorgaben.

Die Liste ließe sich sicherlich noch fortsetzen. **Wenn Sie weitere Ideen für solch einen Aktionsplan haben, schreiben Sie uns bitte.**

Aus Stiftungssicht wäre es sicherlich auch wünschenswert, wenn

einer psychosomatischen Sicht, also der ganzheitlichen Betrachtung von Menschen mit all ihren körperlichen, geistigen und seelischen Aspekten ein größerer Stellenwert eingeräumt würde. Das müsste vor allem in den Bereichen der Aus-, Fort- und Weiterbildung einfließen, damit die Ärzt*innen sowie andere Beschäftigte im Gesundheitswesen sich nicht nur auf ihr Spezialgebiet fixieren, sondern sie auch für eine empathische Kommunikation sensibilisiert werden.

Barrierefreiheit

Zu diesem Thema werden im Koalitionsvertrag der Ampelparteien mehrere Vorhaben benannt. So soll die Mobilität durch Barrierefreiheit bei der Deutschen Bahn sowie im Öffentlichen Personennahverkehr für behinderte und alte Menschen erleichtert werden. Private Anbieter*innen von Waren und Dienstleistungen sollen zur Barrierefreiheit und zu angemessenen Vorkehrungen verpflichtet werden. Eine angemessene Vorkehrung ist zum Beispiel eine Vereinbarung zwischen der Besitzerin einer Eckkneipe ohne barrierefreie Toilette mit dem benachbarten Hotel, dass behinderte Gäste die dortige barrierefreie Toilette benutzen können.

Staatenprüfung

Außerdem wird Deutschland im Frühherbst voraussichtlich zum zweiten Mal durch den UN-Fachausschuss in Genf zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention geprüft. Die erste Prüfung fand 2015 statt. Bei solchen Prüfungen gibt es jeweils einen Staatenbericht, in dem die Regierung des zu prüfenden Staates in der Regel alles besser darstellt als es ist und Probleme gerne verschweigt. Auf der anderen Seite gibt es den Parallelbericht der Zivilgesellschaft, in dem die Lücken des Staatenberichts aufgezeigt und Problemfelder markiert werden.

Das DBR-Sekretariat hat bei der anstehenden Staatenprüfung Deutschlands die Aufgabe, den Parallelbericht der Zivilgesellschaft zu aktualisieren, ihn ins Englische, aber auch in andere barrierefreie Formate übersetzen zu lassen, eine Reisegruppe nach Genf zusammenzustellen und den gesamten Prozess zu begleiten

Über weitere Aktivitäten des DBR und den Fortgang der angesprochenen Projekte werden wir Sie auf dem Laufenden halten. Wir freuen uns auf Ihre Anregungen zum Aktionsplan Gesundheitswesen!

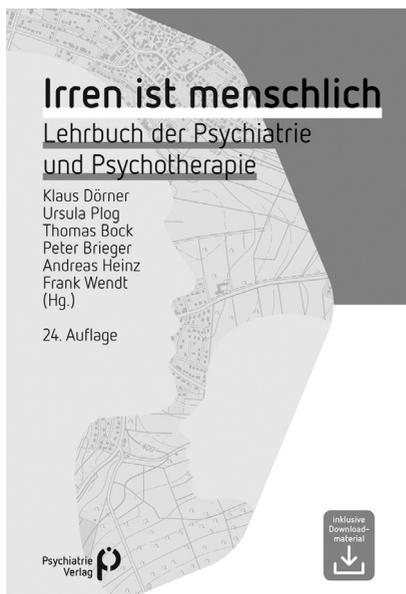
Klaus Dörner – ein Nachruf

Der ehemalige Ärztliche Direktor des LWL-Klinikums Gütersloh, Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner, ist am 25. September in Gütersloh im Alter von 88 Jahren verstorben. »Er stand seit den 1980er-Jahren wie kaum ein anderer für die Sozial- und Gemeindepsychiatrie in Deutschland«, sagte der Direktor des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL), Dr. Georg Lunemann. »Der LWL und viele seiner Weggefährten trauern um ihn. Wir würdigen seine Lebensleistung für eine humane, soziale und gemeindeorientierte Psychiatrie. Davon profitieren wir bis heute.«

Dörner wurde im Jahre 1980 zum neuen Ärztlichen Leiter in Gütersloh bestimmt und arbeitete dort bis zu seinem Ruhestand 1996. Der LWL-Gesundheitsdezernent Meinolf Noeker unterstrich in seinem Nachruf: »Klaus Dörner entwickelte sich zum wohl bekanntesten und überzeugendsten Pionier einer konsequenten Sozial- und Gemeindepsychiatrie in der Bundesrepublik. Sein offensiv verfolgtes Ziel war es, die traditionellen, ausgrenzenden Anstaltsstrukturen der Nachkriegszeit zu überwinden.«

Im Zentrum stand sein Engagement für die vielfach vergessenen Langzeitpatient*innen mit schwersten Beeinträchtigungen und Benachteiligungen. Anstelle von langjähriger Hospitalisierung und Ausgrenzung sollten sie in Wohngruppen in die Gemeinde entlassen werden. Dort sollten sie die Unterstützung erhalten, die sie ganz lebenspraktisch benötigen. Wiedergewonnener Alltag in Normalität sollte helfen, verschüttete Fertigkeiten und Beziehungen wiederzubeleben, um Selbstbestimmung zurückzugewinnen.

Klaus Dörner war nicht nur Psychiater, sondern auch promovierter Historiker. In seinem Buch »Bürger



und Irre« hatte er die Linien der Psychatriegeschichte und das schwere und langwährende Erbe des Nationalsozialismus gesellschaftskritisch nachgezeichnet. »Immer mit dem Impuls: Was folgt daraus für eine humane Psychiatrie der Zukunft«, so Noeker. Er habe die traditionsreichen »Gütersloher Fortbildungstage« zu einem bundesweiten »Mekka der Gemeinde- und Sozialpsychiatrie gewandelt«. Die Fortbildungstage seien der Ort für intensive Kontroversen zu den Reformschritten gewesen, um Anstaltsstrukturen zu überwinden und Unterstützung in den Lebensbereichen Wohnen, Arbeit und Freizeit aufzubauen.

Mit seinem Buch »Irren ist menschlich«, das im Jahr 1978 zum ersten Mal erschien (mittlerweile in der 24. Auflage) hat Dörner außerdem das Standardwerk der Sozialpsychiatrie geschaffen. Noeker weiter: »Dörner hat früh deutlich gemacht, dass die Person eines psychisch kranken Menschen mehr ist als seine Diagnose. Neben Symptomen und Eigenheiten teilt die Person die gleichen Bedürfnisse nach Kontakt und Beisammensein, aber auch Rückzug, nach sinnvoller Beschäftigung, nach Zuwendung und



Klaus Dörner

Foto: LWL

Liebe. Dörner rückte das Allgemeinmenschliche eines jeden Menschen in den Mittelpunkt und nicht das psychopathologisch Trennende. Das bedeutet menschliche Gemeinsamkeit – zwischen vermeintlich normalen und beeinträchtigten, behandelnden und behandelten Menschen.«

Quelle: Pressestelle LWL/Thalia

Das Triage-Gesetz: Wie es weiterging

VON H.-GÜNTER HEIDEN

In der letzten Ausgabe von FORUM PSYCHOSOMATIK haben wir in der Titelgeschichte über die Bestrebungen der Bundesregierung berichtet, den Beschluss des Bundesverfassungsgerichtes vom 16. Dezember 2021 zur Triage durch ein Gesetz umzusetzen. Am 24. August 2022 verabschiedete das Bundeskabinett den »Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes«. Dieser Entwurf fügt einen neuen § 5c unter der Überschrift »Verfahren im Falle pandemiebedingt nicht ausreichender überlebenswichtiger, intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten« in das Infektionsschutzgesetz ein, der in fünf schmalen Absätzen sowohl materielle Kriterien für eine Triage-Entscheidung vorgibt als auch Verfahrensregeln beschreibt. Was wird in diesem Entwurf geregelt?

Im ersten Absatz des Gesetzentwurfs wird zunächst konstatiert, dass niemand »bei einer ärztlichen Entscheidung über die Zuteilung von pandemiebedingt nicht ausreichend vorhandenen überlebenswichtigen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten (Zuteilungsentscheidung)« insbesondere wegen einer Behinderung, des Al-

ters oder der Gebrechlichkeit benachteiligt werden darf.

Der zweite Absatz gibt das zentrale materielle Kriterium für eine Zuteilungsentscheidung vor und zwar die »aktuelle und kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit«.

Dieses Kriterium wird kombiniert mit der jeweiligen Komorbidität, also einer Begleiterkrankung, die zusätzlich betrachtet werden soll, soweit sie die Überlebenswahrscheinlichkeit »erheblich verringert«. Die Ex-Post-Triage (*Erklärung s. S. 31*) bleibt durch den letzten Satz in Absatz 2 verboten: »Bereits zugeweilte überlebenswichtige intensivmedizinische Behandlungskapazitäten sind von der Zuteilungsentscheidung ausgeschlossen«. Im Absatz 3 werden die Verfahrensabläufe der Zuteilungsentscheidung vorgeschrieben: Es sollen in der Regel zwei mehrjährig intensivmedizinisch erfahrene Fachärzt*innen einvernehmlich entscheiden, die die Patient*innen unabhängig voneinander begutachtet haben. Ist eine Person mit Behinderung betroffen, so muss eine weitere Person mit Fachexpertise hinzugezogen werden. Eine telemedizinische Konsultation ist dabei zulässig. Absatz 4 regelt die Dokumentation über die

erfolgte Zuteilungsentscheidung und Absatz 5 die Verpflichtung der Krankenhäuser zur Erstellung von Verfahrensanweisungen für die Entscheidungsabläufe.

Die Kritik aus Sicht von Menschen mit Behinderungen

Der vorliegende Kabinettsentwurf unterscheidet sich nur marginal vom Referentenentwurf vom 2. Juni, der bereits in der zugehörigen Verbändeanhörung vom 28. Juli 2022 auf massive Kritik seitens vieler Verbände behinderter Menschen stieß. Der »Runde Tisch Triage«, ein bereits seit Mai 2020 bestehender Zusammenschluss der 13 Bundesverbände der LIGA Selbstvertretung, der Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie (CBP) sowie des Forums behinderter Juristinnen und Juristen (FbJJ) stellte sowohl starke inhaltliche als auch handwerkliche Mängel fest. Zwar werde im Gesetzentwurf davon gesprochen, dass niemand aufgrund von Behinderung oder Gebrechlichkeit benachteiligt werden dürfe, aber als zentrales Entscheidungskriterium werde die »aktuelle und kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit« festgelegt, ohne dass diese genau im Gesetz definiert sei.

Die Anwendung eines solchen Kriteriums bedeute in der Konsequenz die Abwägung von Lebens-

chancen und dies verstoße gegen den Grundsatz, dass kein Leben gegen ein anderes abgewogen werden darf, ein Verstoß gegen die sogenannte »Lebenswertindifferenz«. Bei einer Bewertung nach der »Erfolgsaussicht« werde die Logik der vom Bundesverfassungsgericht kritisierten Empfehlungen ärztlicher Fachgesellschaften fortgesetzt, nach der die vermeintlich Stärkeren zulasten der vermeintlich Schwächeren gerettet werden. Letztere lasse man sterben. Die zusätzliche Berücksichtigung von »Komorbiditäten« bei der Beurteilung der Überlebenswahrscheinlichkeit führe zu einer mittelbaren Diskriminierung alter und behinderter Menschen, die eigentlich durch Absatz 1 ausgeschlossen werden sollte.

Die Kritik der Verbände des »Runden Tisch Triage« an den Verfahrensvorschlägen im Gesetzentwurf liest sich wie folgt: Zwar solle die Zuteilungsentscheidung laut Gesetzentwurf nach einem Mehraugenprinzip getroffen und bei Menschen mit Behinderungen solle eine weitere Person mit »Fachexpertise« hinzugezogen werden. Aber deren Meinung solle lediglich »berücksichtigt« und ihr soll »Rechnung getragen werden« – eine Mitentscheidung sei nicht vorgesehen.

Ferner sollen die Zuteilungsentscheidungen im Triage-Fall laut Ent-

wurf zwar dokumentiert werden, aber es fehle bei den Verfahrensvorschriften eine richterliche Genehmigungspflicht, wie sie etwa bei der Verhängung von Zwangsmaßnahmen vorgeschrieben ist. Ferner fehlten strafrechtliche Konsequenzen, wenn gegen das vorgeschriebene Diskriminierungsverbot verstoßen werde. Vorgaben zu »Aus-, Fort- und Weiterbildungen« in der Intensivmedizin, wie sie auch das Bundesverfassungsgericht angesprochen hat, um Stereotypisierungen und unbewussten Vorurteilen vorzubeugen, fehlten ebenso im Gesetzentwurf. In diesem Punkt ähneln sich die Kritiken aller Behindertenverbände, die bereits seit langem die Benachteiligung behinderter Menschen im Gesundheitssystem bemängeln.

Die Ärzteschaft macht sich für die Ex-Post-Triage stark

Zwar wird im vorliegenden Kabinettsentwurf nach wie vor die Ex-Post-Triage ausgeschlossen, doch der massive Einsatz der Ärzteschaft für eine straffreie Zulassung der Ex-Post-Triage in der Verbändeanhörung zum Referentenentwurf macht nach Meinung der Verbände des »Runden Tisch Triage« deutlich, dass hier noch nicht das letzte Wort gesprochen zu sein scheint. Unter dem verbalen Deckmantel einer

»Therapieziel-Änderung«, wie beschönigend von der Ärzteschaft in der Verbändeanhörung vorgeschlagen wurde, könnte die Ex-Post-Triage im parlamentarischen Verfahren doch noch Eingang in den Gesetzestext finden, wenn es etwa nach dem Marburger Bund oder der neueren Auffassung der Bundesärztekammer geht. Bereits der 126. Ärztetag im Mai 2022 sprach sich gegen den »kategorischen Ausschluss« einer Ex-Post-Triage aus. Utilitaristisches Kernargument der Ärzteschaft: Es gehe ihnen darum, möglichst viele Menschen zu retten und das sei eben nur nach einem Vergleich von Erfolgsaussichten beziehungsweise Überlebenschancen möglich. Selbst wenn man sich diese Sichtweise zu eigen machte, bleibt dahingestellt, ob diese »Rechnung« wirklich aufgeht, denn wenn viele Patient*innen mit immer besseren Erfolgsaussichten die jeweils »schlechteren Fälle« verdrängen - könnte dies nicht im Endeffekt sogar zu mehr Toten führen?

Das denkbare alternative Entscheidungskriterium einer »Randomisierung«, also einer zufallsbasierten Zuteilungsentscheidung ist im Gesetzesentwurf nicht vorgesehen und wird auch nicht einmal in der Gesetzesbegründung thematisiert. Von Seiten der Verbände des Deutschen Behindertenrates (DBR) gibt

Deutscher Bundestag - Infektionsschutzgesetz

https://www.bundestag.de/ausschuesse/s14_gesundheit/oeffentliche_anhoerungen/914468-914468

Abgeordnete | Parlament | Ausschüsse | Internationales | Dokumente | Mediathek | Presse | Besuch | Service

Infektionsschutzgesetz

Zeit: Mittwoch, 19. Oktober 2022, 14:30 Uhr bis 16:30 Uhr
Ort: Berlin, Marie-Elisabeth-Luders-Haus, Sitzungssaal 3 1001

Gesetzesentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes
BT Drucksache [20/3877](#)

Allgemeine Informationen

Die Anhörung wird live im Parlamentsfernsehen auf Kanal 2 übertragen.

Pandemiebedingt steht für die Presse nur eine begrenzte Anzahl an Plätzen im Plenarsaal zur Verfügung.

Sachverständigenliste

- Sachverständigenliste

Stellungnahmen

- Sozialverband vdk Deutschland
- Diakonie Deutschland
- Deutsche Krankenhausgesellschaft
- Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerärztliche Beatmung (DIGAB)
- Der "Runde Tisch Triage"
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V.
- Sozialverband Deutschland
- Einzelsachverständiger Prof. Dr. Helmut Frister
- Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie & Intensivmedizin
- Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V.
- Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V.
- Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V. (BSL)
- Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V. (BSL)
- Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften Notärzte Deutschlands e. V. (BAND)

es bislang keine eindeutige Positionierung zur Randomisierung. Eine, im Referentenentwurf noch nicht vorgesehene, Evaluation des Gesetzesvorhabens durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) taucht neu im Kabinettsentwurf auf. Sie wird aber lediglich als »Soll-Vorhaben« in der Gesetzesbegründung diskutiert – im Gesetzestext dagegen ist nichts davon zu lesen.

Alternative Formulierungsvorschläge des »Runden Tisch Triage«

Den Verbänden des »Runden Tisch Triage« erscheint es deshalb zweifelhaft, ob der vorliegende Text den Vorgaben des höchsten Gerichtes gerecht wird. Damit die Stimme be-

hinderter Menschen auch im parlamentarischen Prozess hörbar bleibt, hat der »Runde Tisch Triage« Anfang September alternative Gesetzesformulierungen vorgeschlagen und hat diese im weiteren Verlauf noch weiter konkretisiert: <http://nw3.de/index.php/419-aktuelle-gesetzesvorschlaege-des-runden-tisch-triage>. Seine derzeitigen Vorschläge besagen: Das Kriterium der »aktuellen und kurzfristigen Überlebenschancen« ist **ausschließlich** im Sinne einer Behandlungsindikation zu verstehen, es ist also nur »im Sinne eines erkennbaren und erwartbaren Nutzens der intensivmedizinischen Behandlung für die betroffenen Patientinnen und Patienten« zulässig.

Komorbiditäten dürfen dabei nur berücksichtigt werden, »soweit sie die Behandlungsindikation ausschließen«. Ein Vergleich geschätzter und bezifferter Überlebenswahrscheinlichkeiten widerspricht grund- und menschenrechtlichen Grundwerten und muss verboten bleiben.

Bei Patientinnen und Patienten mit Behandlungsindikation, die um nicht ausreichend vorhandene überlebenswichtige intensivmedizinische Behandlungskapazitäten konkurrieren, ist »die Zuteilungsentscheidung nach chronologischer Ordnung und bei Gleichzeitigkeit nach dem Randomisierungsprinzip zu treffen«. Der »Runde Tisch Triage« schließt sich damit den Auffassungen des Bochumer Zentrums für Disability Studies (BODYS) und des Deutschen Instituts für Menschenrechte (DIMR) an, die im Falle nicht ausreichender intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten ein zufallsbasiertes Verfahren für die einzige menschenrechtlich vertretbare Lösung für eine Zuteilungsentscheidung halten. Das Institut verweist dabei in seiner Stellungnahme auch auf Beispiele aus den 60er Jahren, auf die »damals kostspielige Dialyse oder sogenannte `Eisernen Lunge`«, bei denen es Losverfahren gab. Der Strafrechtler Tonio Walter, Hochschullehrer an

der Universität Regensburg und Richter am Bayerischen Obersten Landesgericht, spricht sich ebenfalls für ein solches Randomisierungsverfahren aus. Auch bei der Bundestagsfraktion von Bündnis90/Die Grünen gibt es Stimmen, die sich für eine Zufallslösung aussprechen.

Eine Randomisierung stellt nach Meinung der Befürworter*innen auch das einzig akzeptable Verfahren dar, das die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in einer extremen Dilemma- und Überforderungssituation von einer Verpflichtung zu einer qualitativen Selektion entlastet und ihnen Rechtssicherheit gebe. Eingedenk bestehender Vorbehalte in der Ärzteschaft, im Gesundheitsministerium und bei einigen Verbänden gegen diese Lösung fordert der »Runde Tisch Triage« zeitnah eine wissenschaftlich fundierte, menschenrechtlich orientierte Auseinandersetzung mit der Fragestellung. Eine Ex-Post-Triage soll ferner nicht nur ausgeschlossen bleiben, sondern auch eindeutig strafbar werden.

Drohenden Wertewandel verhindern

Die Verbände des »Runden Tisch Triage« wollen ferner die sogenannte »Triage vor der Triage« ausschließen, den Fall also, dass behinderte

und alte Menschen trotz Behandlungsindikation erst gar nicht mehr ins Krankenhaus eingewiesen werden, was auch die Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO) kritisiert. Dazu wird vom »Runden Tisch Triage« folgende Gesetzesformulierung vorgeschlagen: »Es ist ferner zu gewährleisten, dass jede Patientin und jeder Patient bei der oder dem eine medizinische Indikation gegeben ist und eine (tatsächliche oder mutmaßliche) Einwilligung vorliegt, gleichberechtigt Zugang zu einer intensivmedizinischen Behandlung erhält.«

Der parlamentarische Prozess

Das Gesetzesvorhaben ist in erster Lesung am 13. Oktober in den Bundestag eingebracht worden und eine Anhörung vor dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages schloss sich am 19. Oktober an. Die Anhörung wurde von Menschen mit Behinderungen teils mit Entsetzen verfolgt (siehe dazu auch den Bericht vom IPPNW-Kongress in dieser Ausgabe),

Gegen vielfachen Protest, vor allem von Behindertenverbänden, wurde das Gesetzesvorhaben am 10. November 2022 vom Deutschen Bundestag verabschiedet. In namentlicher Abstimmung stimmten 367 Abgeordnete dafür, 284 dage-



Protestaktion vor dem Reichstag am 10. November

gen und 5 enthielten sich. Es gab lediglich drei kleine Änderungen zu verfahrensrechtlichen Fragen: Es wurde erstens konkretisiert, wann überlebenswichtige Kapazitäten in einem Krankenhaus nicht mehr vorhanden sind. Zweitens wurde eine Meldepflicht für eine Zuteilungsentscheidung festgelegt und drittens eine Evaluation des Gesetzes verankert. Das Deutsche Institut für Menschenrechte kritisierte das beschlossene Gesetz und empfahl eine Überprüfung durch das Bundesverfassungsgericht.

Von den Nürnberger Prozessen zur Medizinethik der Gegenwart

6. Internationaler IPPNW-Kongress »Medizin und Gewissen«

75 Jahre nach der Urteilsverkündung im Nürnberger Ärzteprozess (siehe dazu auch den folgenden Artikel von Bernd Hontschik) fand vom 21. – 23. Oktober 2022 der 6. Internationale IPPNW-Kongress »Medizin und Gewissen« in Nürnberg statt. Das Kongressthemema »LebensWert« spannte den Bogen von einer »Medizin ohne Menschlichkeit« während des Dritten Reiches hin zu ethischen Diskussionen im Gesundheitswesen der Gegenwart. Neben Vorträgen zur medizinisch-ethischen Geschichte, referierten die national und international bekannten Expert*innen zu aktuellen Herausforderungen wie planetaren Grenzen und den ökologischen Folgen von Krieg und Klimawandel. An der Konferenz nahmen rund 250 Ärztinnen, Ärzte und Medizinstudierende teil.

»Die IPPNW veranstaltet den Kongress Medizin und Gewissen seit 1996. In diesem Jahr fand der internationale Kongress zum 6. Mal statt. Zum ersten Mal haben wir auch den Aspekt planetare Grenzen thematisiert. Unsere internationa-

len Referent*innen haben den Kongress zu einem vollen Erfolg gemacht«, erklärt Dr. med. Horst Seithe aus der IPPNW-Regionalgruppe Nürnberg.

Die Ökonomisierung der Medizin und die Bedrohungen der Gesundheit und der menschlichen Lebensgrundlagen durch die Klimakrise, Armut, Krieg und viele andere Faktoren können nicht unabhängig voneinander betrachtet werden. Sie verstärken sich gegenseitig. Vor diesem Hintergrund diskutierten die Referent*innen drei Themenstränge: Medizingeschichte und Ethik, Global und Planetary Health sowie sozial-ökonomische und friedenspolitische Fragen der Gegenwart und Zukunft.

Prof. Paul Weindling von der Oxford Brookes University konzentriert sich in seiner Forschung auf die Angeklagten und Opfer des Nürnberger Ärzteprozesses und damit auf den medizin-ethischen Themenstrang: »Es gibt nirgends eine einheitliche und vollständige Aufklärung von Euthanasie-Opfern. Es gibt also immer noch viel zu tun zur

Identifizierung und Respektierung vieler Opfer.« Prof. George J. Annas von der Boston University School ergänzte die Perspektive. Er zeigte auf, dass die inhumane Praxis von Menschenversuchen trotz der Lehren aus den Nürnberger Ärztoprozessen fortgesetzt wurde. Dabei nannte er beispielsweise die Versuche mit Plutonium in den USA, um die Wirkung von Radioaktivität auf den menschlichen Organismus zu erforschen.

Eine Parallele in die Gegenwart zog Prof. Dr. Sondra Crosby von der Boston University School of Medicine mit ihrem Vortrag zu den CIA-Verhör- und Foltermethoden im Gefängnis Abu Ghraib und Guantanamo. US-Ärzt*innen hatten Folterungen vorbereitet, fachlich begleitet und im Nachgang dokumentiert. Bis auf einen Zivilprozess gegen zwei US-Psychologen seien keinerlei Ermittlungen gegenüber dem ausführenden medizinischen Personal aufgenommen worden.

Dorothea Baltruks vom Centre for Planetary Health entwarf zum zweiten Themenstrang das Bild der Erde als Intensivpatientin, die nicht nur an der Klimakrise, sondern auch an den vielen komplexen Folgen unseres destruktiven Umgangs mit ihr leidet. In den Fokus stellte sie die Medizin: »Ich stelle mir ein Gesundheitssystem vor, das Wechselwirkun-

gen mit gesellschaftlichen, ökologischen und wirtschaftlichen Einflüssen so ernst nimmt, dass in allen Politikbereichen Gesundheit mitgedacht wird.« Auch im Sozialgesetzbuch müssten planetare Grenzen berücksichtigt werden.

Die Vorsitzende der deutschen Sektion der IPPNW, Dr. med. Angelika Claussen, griff ebenfalls das Thema Klimawandel auf. Ihr Schwerpunkt: Krieg und Klima. »Die IPPNW sieht in der Klimakrise und in der zunehmenden Gefahr eines Atomkriegs die beiden größten Bedrohungen im 21. Jahrhundert.« Sie verwies auf den Angriffskrieg Russlands auf die Ukraine und die derzeit mehr als angespannte Lage infolge der russischen Drohung zu einem Atomwaffeneinsatz. Eine mögliche Lösung sieht Claussen in einer Verzichtserklärung zum Ersteinsatz von Atomwaffen durch Russland und die USA, einen sofortigen Waffenstillstand und in einer Verhandlungslösung.

Dieser Themenkreis wurde von Jaqueline Andres vom IMI Tübingen weiterentwickelt: Militärapparate zählen zu den Hauptverursachern von Treibhausgasemissionen und leisten einen erheblichen Beitrag zum Klimawandel weltweit. Den Blick auf die globale Gesundheit richtete auch Thomas Gebauer, das Gesicht von Medico International. Vor dem Hintergrund von Umwelt-

zerstörung, Überfischung und übermäßigem Fleischkonsum sei eine Pandemie, wie die Corona-Pandemie zu erwarten gewesen.

Prof. Dr. Gerhard Trabert, der durch Engagement für Menschen in Obdachlosigkeit bis hin zu Einsätzen in den Kriegsgebieten der Ukraine in der breiten Öffentlichkeit bekannt wurde, betonte in seinem Vortrag die Notwendigkeit des Menschenrechts auf eine bestmögliche Gesundheit. Er beleuchtete damit im dritten Themenstrang des Kongresses die sozial-ökonomische Perspektive. Das tat auch Dr. Bernd Hontschik, Chirurg und Publizist. Er wies darauf hin, dass das Gesundheitssystem als Herrschaftssystem missbraucht werde. Eine »Entmenschlichung der Medizin« führe zurück zur Terminologie der Nürnberger Prozesse.

Auch das Triage-Gesetz wurde diskutiert

Der derzeit diskutierte Gesetzentwurf zu einem »Triage«-Gesetz wurde in Nürnberg im Rahmen des Kongresses als praxisuntauglich abgelehnt. »Nach Ansicht der Teilnehmenden im Diskussionsforum zum Thema Triage – hauptsächlich Ärzt*innen – helfen die im Gesetzentwurf festgelegten Regeln kaum weiter, da die jeweiligen Prognosen viel zu unsicher seien«, berichtet Annett Löwe von der Cari-

tas Behindertenhilfe und Psychiatrie (CBP), eine der Referent*innen in dem Diskussionsforum.

Weiter betonte Annett Löwe: »Die Teilnehmenden stellten zwar einen riesigen Fortbildungsbedarf fest, Parallelen zwischen der derzeitigen Diskussion und dem teils menschenverachtenden ärztlichen Handeln während der Nazidiktatur wurden jedoch kaum wahrgenommen.« Sie selbst habe aber solche Parallelen festgestellt, als bei der 1. Lesung zum »Triage«-Gesetzentwurf im Deutschen Bundestag ein AfD-Abgeordneter unwidersprochen dafür plädieren konnte, Alter und Behinderung als Auslesekriterien zuzulassen. »Es gab kaum hörbare Proteste aus dem Plenum«, empört sich Löwe.

Der Juristin ist auch die teils befremdlich wirkende Nähe zwischen der AfD und Teilen der Ärzteschaft bei der öffentlichen Anhörung vor dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags am 19. Oktober aufgefallen: »Fragen, die provozierend dazu aufforderten, den Lebenswert verschiedener Personen gegeneinander abzuwägen, wurden nicht etwa entschieden zurückgewiesen, sondern willfährig und ausführlich beantwortet«. Die meisten Ärzt*innen bei der Anhörung hätten keine Gelegenheit – ob danach gefragt oder nicht – ausge-



Annett Löwe

Foto IPPNW

lassen, auf die unbedingte Notwendigkeit hinzuweisen, die Ex-Post-Triage zuzulassen und den beteiligten Ärzt*innen Straffreiheit zu garantieren. Bei der Ex-Post-Triage wird eine begonnene Behandlung zugunsten einer anderen Person mit vermeintlich höherer Überlebenswahrscheinlichkeit abgebrochen, obwohl der nun zum Sterben verurteilte Mensch ohne Therapieabbruch möglicherweise noch eine Überlebenschance gehabt hätte.

Löwe selbst vermutet hinter dem massiven Einsatz für die Ex-

Post-Triage auch finanzielle Beweggründe, da immer wieder frisch belegte Intensivbetten für die Krankenhäuser lukrativer seien als langwierige intensivmedizinische Behandlungen. »Die Teilnehmenden an dem Diskussionsforum zur Triage in Nürnberg waren sich trotz teils kontroverser Diskussionen einig, dass eine breite transparente gesellschaftliche Debatte zu dem Thema Triage und zur Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen nötig ist«, so Löwe.

Weitere Informationen sowie Fotos der Veranstaltung finden Sie hier:

<https://www.medizinundgewissen.de/startseite>

Quellen: IPPNW-Pressemitteilung vom 23. Oktober 2022 / PM Runder Tisch Triage vom 24. Oktober 2022

Der Nürnberger Ärzteprozess

Worum es 75 Jahre danach noch immer geht

VON BERND HONTSCHIK

Von Nürnberg kennt man den Christkindlmarkt. Man kennt den Nürnberger Lebkuchen und die Nürnberger Bratwürste. Nürnberg ist Dürerstadt. Nürnberg ist Universitätsstadt. Und dann gibt es da noch das Reichsparteitagsgelände. Von 1934 an wurden dort von den Nationalsozialisten Jahr um Jahr die »Reichsparteitage des Deutschen Volkes« durchgeführt. Sie dauerten eine Woche, begannen mit Richard Wagners »Meistersinger von Nürnberg« und waren eine fanatische, religionsartige Huldigung für Adolf Hitler – bis zu 500.000 Menschen jubelten dem Führer zu. Das ist der Grund, warum die Alliierten im August 1945 den Internationalen Militärgerichtshof in Nürnberg konstituierten.

Nach dem ersten Kriegsverbrecherprozess, der bis in den September 1946 dauerte, kam es in den folgenden drei Jahren noch zu zwölf Nachfolgeprozessen gegen Juristen, Industrielle – darunter Krupp, Flick und die I.G. Farben –, gegen Verantwortliche der Rassen- und Siedlungspolitik, des Auswärtigen Amtes und der Militärführung. Einer davon war der Nürnberger Ärzte-

prozess vom Dezember 1946. Den 23 Angeklagten wurden schwerste Verbrechen gegen die Menschlichkeit vorgeworfen: Zwangssterilisationen, Unterkühlung und Unterdruck bis zum Tod, Infektionen mit Fleckfieber oder Hepatitis, das Setzen von Phlegmonen, die Exposition mit Kampfgasen wie Lost oder Phosgen, die Tötungen für Skelettsammlungen und »Rassenforschungen«, die systematischen Euthanasieprogramme oder die Beteiligung an der »Ausmerzungen« unerwünschter Teile des »Volkkörpers«.

Der Prozess endete im August 1947 mit sieben Todesurteilen, neun Gefängnisstrafen von je zehn Jahren bis lebenslänglich – und sieben Freisprüchen.

Der Nürnberger Ärzteprozess ist mit zwei Namen besonders verbunden: Alexander Mitscherlich und Alice Ricciardi-von Platen. Alexander Mitscherlich wurde 1946 von den Ärztekammern der Westzonen damit beauftragt, den Ärzteprozess in Nürnberg zu beobachten. Dahinter steckte die Absicht, dass er mit seinem Bericht die deutsche Ärzteschaft von Kollektivschuld freisprechen sollte. Als er in der Broschüre



Bernd Hontschik

Foto IPPNW

»Das Diktat der Menschenverachtung« von 1947 aber geradezu vom Gegenteil berichtete und systematische, über die Untaten einzelner Personen weit hinausgehende Verbrechen und das Mitläufertum der gesamten deutschen Ärzteschaft protokollierte, verschwanden fast alle der 25 000 Broschüren auf wundersame Weise. Mitscherlich wurde von den rehabilitierten Altnazis der deutschen Medizinordinarien massiv angegriffen und diffamiert und blieb innerhalb der Schulmedizin geächtet bis zu seinem Tod 1982.

Alice Ricciardi-von Platen gehörte zu Mitscherlichs Beobachterkommission. Sie konzentrierte sich auf die Vernichtungsprogramme von »Geisteskranken«. Sie konstatierte eine Kriminalität des gesamten psychiatrischen Systems, von dem die ganze deutsche Ärzteschaft gewusst hatte. Von den 3000 Exemplaren ihrer Veröffentlichung über »Die Tötung Geisteskranker in Deutschland« gelangten auch auf wundersame Weise nur 20 Exemplare in Umlauf.

Im Zuge der Urteilsverkündung am 20. August 1947 formulierte das Gericht auch den »Nürnberger Kodex«, eine verbindliche und allgemein gültige ethische Richtlinie

über Experimente mit und an Menschen. Für die Nürnberger Regionalgruppe der damals schon weltumspannenden IPPNW, der Vereinigung von Ärztinnen und Ärzten, die sich gegen einen Atomkrieg und für soziale Verantwortung stark machen, war der fünfzigste Jahrestag der Verkündung dieses Nürnberger Kodex Anlass für die erste Tagung »Medizin und Gewissen« im Jahr 1996, die seitdem alle fünf Jahre stattfindet, zum sechsten Mal an diesem Wochenende.

25 Jahre nach der ersten Tagung geht es heute um die aktuelle Gefährdung der Gesundheit und des Patientenwohls, wenn der »Lebenswert an einer möglichen ökonomischen Wertschöpfung gemessen wird«. Im Vordergrund steht dabei der menschenverursachte Klimawandel, »geht er doch einher mit einer globalen Gefährdung einer lebenswerten Umwelt und immensen negativen gesundheitlichen und sozialen Auswirkungen«. In den Vorträgen und Arbeitsgruppen geht es daher neben dem Nürnberger Kodex auch um Klima und Krieg, Gesundheit als Menschenrecht, Global Health, Hippokrates for Sale, Evidenz und Ethik der Pandemie.

Auch bei der diesjährigen Tagung werden die Ärztinnen und Ärzte wieder nach Lehren aus der Vergangenheit und Perspektiven für eine bessere Zukunft suchen: **www.medizinundgewissen.de**

Quelle: Frankfurter Rundschau vom 21. Oktober 2022: »Dr. Hontschiks Diagnose«



Wer war Robert Koch? Gefeierter Wissenschaftler, mörderischer Kolonialist

VON BERND HONTSCHIK

Die Historienserie »Charité« der ARD hatte vor fünf Jahren mit einer Einschaltquote von 26 Prozent den besten Sendestart der letzten 25 Jahre. Die Crème de la Crème der Schauspielkunst stellte in diesem Fernsehspektakel Titanen der deutschen Medizingeschichte wie Rudolf Virchow, Emil Behring, Paul Ehrlich, Ernst von Bergmann und Robert Koch dar. Die Namen dieser berühmten Männer – Frauen wird man in jener Zeit in der Medizin nicht finden –

sind bis heute weltbekannt. Einer dieser Namen allerdings topt seit zwei Jahren alle und alles: Robert Koch. Das verdanken wir dem Coronavirus. Jeden Tag kommen immer neue Corona-Bulletins, Statistiken, Pressekonferenzen und Fernsehauftritte aus dem Robert-Koch-Institut. Das Institut gehört zum Bundesgesundheitsministerium. Gegründet worden war es 1891 in Berlin als »Königlich Preußisches Institut für Infektionskrankheiten«.

Robert Koch kam als drittes von dreizehn Kindern einer Bergarbeiterfamilie 1843 in Clausthal in Niedersachsen zur Welt und gelangte als einer der erfolgreichsten medizinischen Wissenschaftler des ausgehenden 19. Jahrhunderts zu Welt- und Ruhm. Er starb 1910 in Baden-Baden. Es gelang ihm 1876 die Kultivierung des Milzbranderreger, womit er erstmals dessen Rolle bei der Krankheitsentstehung lückenlos darstellen konnte. 1882 entdeckte er den Erreger der Tuberkulose und 1883 das Cholerabakterium. Selbst ein Skandal im Zusammenhang mit dem von ihm entwickelten, aber schädlichen Tuberkulin tat seinem Ruhm keinen Abbruch, bewirkte aber gesetzliche Einschränkungen für Versuche an Menschen. Kochs Entdeckungen waren grundlegend für die heutige Bakteriologie, Virologie, Immunologie und Hygiene. Weltweite Verehrung spiegelt sich in Denkmälern in Polen, Kroatien, Tansania, Großbritannien und Japan wider. Institute, Mondkrater, Gletscher und ein ICE sind nach ihm benannt, ebenso ungezählte Straßen, Plätze und Schulen. Auf Briefmarken und Gedenktafeln ist er zu finden. Es gibt in Berlin ein Robert-Koch-Museum mit seinem Mausoleum, und eben das Robert-Koch-Institut. Das ist der eine Robert Koch, der strahlende

Held am deutschen Wissenschaftsfirmament.

Aber es gibt es noch einen anderen Robert Koch. Der war zwischen 1883 und 1908 mehr als die Hälfte seiner Zeit auf Reisen, in Ägypten und Indien wegen der Cholera, in Südafrika, Indien und Deutsch-Ostafrika (heute Tansania, Burundi, Ruanda und Teile von Mozambique) wegen der Rinderpest, in Java und Neu-Guinea wegen der Malaria, ein zweites Mal in Deutsch-Ostafrika zur Erforschung der Schlafkrankheit. »Hier draußen aber, da liegt das Gold der Wissenschaft auf der Straße«, schrieb er 1903 aus Bulawayo (damals Rhodesien) nach Hause, wo er sich eingeeignet und kontrolliert fühlte. In Afrika konnte er aber ungehindert tun und lassen, was er wollte. Als Malaria, Rinderpest und Schlafkrankheit die wirtschaftliche Entwicklung der Kolonien immer mehr bedrohten, wurde er 1906 von der deutschen und der britischen Kolonialverwaltung beauftragt, in Uganda über die Schlafkrankheit zu forschen, die dort wütete und Zehntausende von Opfern forderte. Vor Ort sorgte er als erste Maßnahme dafür, dass auf den ugandischen Ssesse-Inseln im Viktoriasee Tausende von Erkrankten unter grauenhaften Umständen in »Forschungslagern« zusammengepfercht wurden. Sie lebten in Stroh-

hütten, ohne Decken, ohne sauberes Wasser, ernährt oft nur mit Mehl und Salz, teilweise sogar gefesselt. An den nichtsahnenden, hilflosen Kranken testete er sodann die arsenhaltige Arsanilsäure (Atoxyl) in immer höheren Dosen. Er nahm mit seinen Injektionen tausendfache Erblindung billigend in Kauf, jedes Zehnte seiner Opfer verstarb, an den Menschenversuchen und an der Lagerhaft. Atoxyl erwies sich letztlich als völlig unbrauchbar. Robert Koch missbrauchte Afrika und die Afrikaner:innen als Objekte, als Menschenmaterial. Das ist der andere Robert Koch, der Protagonist einer menschenverachtenden Tropenmedizin, die bei der Kolonisierung Afrikas eine Schlüsselrolle spielte. Nebenbei bemerkt: Weniger bekannte koloniale Tropenmediziner wie Claus Schilling oder Eugen Fischer setzten diese Art von

Experimenten später nahtlos in den KZs der Nazis fort. Und ein solcher »Rassenhygieniker« namens Ernst Rodenwaldt blieb sogar bis 1965 Berater der Bundeswehr und des Entwicklungshilfe-Ministeriums.

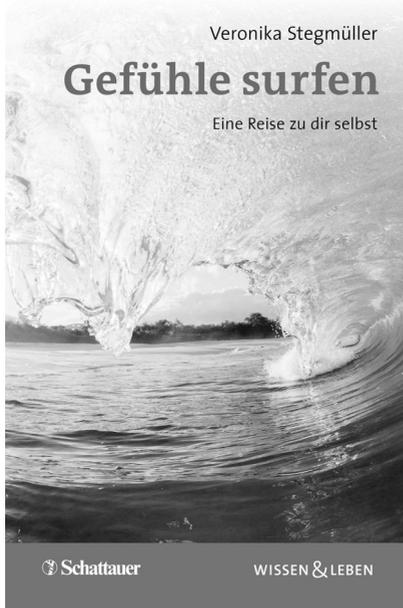
Der eine Robert Koch wird verehrt. Der andere Robert Koch wird verschwiegen. Sein Anteil an den Verbrechen der Kolonialzeit scheint einer Amnesie anheim gefallen zu sein, wird beschönigt oder verleugnet. Das Robert-Koch-Institut bezeichnet Kochs Gräueltaten auf seiner Homepage als ein »dunkles Kapitel«. Verharmlosender geht es nicht für diese Medizin ohne Menschlichkeit.

Quelle: Frankfurter Rundschau vom 5. Februar 2022: »Dr. Hontschiks Diagnose«



Weiterlesen:

**Michael Lichtwarck-Aschoff:
ROBERT KOCHS AFFE.
DER GRANDIOSE IRRTUM DES
BERÜHMTEN SEUCHENARZTES.
Hirzel, Stuttgart 2021. 24,80 €**



Veronika Stegmüller:
GEFÜHLE SURFEN.
EINE REISE ZU DIR SELBST.
200 Seiten, Klett-Cotta Verlag,
Stuttgart 2022, 22,00 Euro,
ISBN: 978-3-608-40080-9

Bereits der Titel ist eine Überraschung: »Gefühle surfen« – wie kommt man nur darauf? Doch je länger ich darüber sinnierte, setzte sich in mir immer mehr das Bild eines Ritts auf der großen Welle fest: spannend, berauschend, gefährlich, herausfordernd, beglückend – ein intensives und gefühl aufgeladenes Erlebnis! Und so hat mich die Autorin, die als psychologische Psychotherapeutin in München arbeitet, schnell gepackt, verstärkt in der Ansprache durch ihr vertrauenerweckendes »Du«. Und da dieses Buch für mich eher eine Art »Arbeitsbuch« ist, seien hier übersichtsartig die fünf Teile benannt: Im ersten Teil geht es um das »Surfen« und um eine Anleitung in sieben Schritten zum »Gefühle surfen«, als da sind: Vermeidungsstrategien erkennen und stoppen – Gefühle bewusst wahrnehmen – Gefühle benennen – Gefühle annehmen – Auslöser verstehen – Gefühle prüfen – Gefühle auf gesunde Weise bewältigen.

Der zweite Teil befasst sich damit, wie positive Gefühlswellen gefördert werden können. Teil drei heißt »Negative Gefühle abfedern«, Teil vier hilft dabei »Leichtigkeit und Lebendigkeit« zurückzugewinnen und im fünften und letzten Teil heißt es »Selbstwertgefühl oder: Der eitrige Zahn«.

Ein kleiner Anhang »Wege in die Psychotherapie« rundet den Titel ab. Besonders gut haben mir auch die praktischen kleinen Tipps und Übungen gefallen, die den Unterkapiteln zugeordnet sind. Eine Übung sei hier stellvertretend aufgelistet, da sie, wie ich finde, sehr zentral ist: »Gefühle erkennen und benennen«. Nach einer Liste mit dem »ABC der Emotionen« geht die Übungsanleitung wie folgt: »Beobachte dich selbst und versuche, dich dabei zu erwischen, wenn du etwas fühlst. Schau hin, was da ist. Wie fühlst du dich? Ich weiß, es ist schwierig zu beschreiben, denn manchmal ist es ein ziemliches Gefühlschaos und es fehlen die nötigen Vokabeln, wenn wir die Sprache der Gefühle noch nicht sprechen oder es nicht gewohnt sind, sie zu sprechen. Versuche, die Gefühle möglichst treffend zu benennen. Wie heißen sie? Am besten wäre es, wenn du aufschreibst, was du erlebst. Schnapp dir dein Notizbuch und führe ein Gefühlstagebuch. Du darfst auch ein bisschen abschreiben. Dazu habe ich dir eine kleine Gefühlsliste erstellt.« Na dann: Rauf auf's Brett!

HGH

Es passiert mir eigentlich selten, dass ich einen Titel nach der Hälfte der Lektüre weglege – mein Körper wollte nicht mehr. Leider ist das bei diesem Buch der psychologischen Therapeutin Seemann der Fall gewesen. Zunächst war ich etwas irritiert, dass sie im Prinzip »nur« über »psychosomatische Störungen« sprach und ich eher einen umfassenderen Blick auf die Psychosomatik erwartet hatte. Dann störte mich die gewählte Autorinnenperspektive, die ich sehr pauschal urteilend und penetrant »von oben herab« empfand. Dazu passten für mich die (eigentlich netten) Fallschilderungen aus ihrer Praxis, bei denen Seemann dann als die »Retterin« fungierte, nachdem alle anderen Versuche bei anderen Behandler*innen gescheitert waren. Pauschale Interventionsvorschläge nach dem Muster »Man sollte also mit dem eigenen Körper kommunizieren« finde ich auch nicht sehr hilfreich – wir sind ja nicht in einem Kochstudio! Oder »Als Erstes muss man dem Patienten einleuchtend erklären, was er hat, also was in seinem Körper los ist, nachdem er oft genug gehört hat, was es nicht ist.«

Und wenn die Autorin nach einem Überblick über unterschiedliche Therapieverfahren feststellt, »eine von Mitgefühl und Empathie getragene therapeutische Bezie-

hung ist der Schlüssel zu jeder Veränderung beim Patienten«, kann ich dazu nur sagen, dass diese Erkenntnis bereits seit langen Jahren zu den Klassikern der Psychotherapieforschung gehört – warum also hier noch einmal besonders herausheben? Ferner betont Seemann zwar, dass »alles mit allem zusammenhänge«, trennt für meine Begriffe aber zu schematisch den Körper, der »immer recht hat«, die Psyche und die Seele. Vielleicht sehe ich das alles zu negativ, aber irgendwie passten das Buch und ich einfach nicht zusammen...

Zum Angebot von Seemann, das soll der Vollständigkeit halber hier aber auch noch gesagt werden, gehören ihre Kursangebote auf www.lifelessons.de, dies sind Online-Trainings für Personen in therapeutischen und beratenden Berufen (ab 249,- Euro pro Training). Zum Schluss: Die Autorin, Jahrgang 1942, lehnt die Verwendung von gendergerechter Sprache in ihrem Vorwort ab. Nun ist das natürlich jedermanns und jedefraus Entscheidung, aber mit ihrem Argument: mit »der Körper« sei auch immer »die Körperin« gemeint, wird für mich deutlich, dass hier etwas nicht verstanden oder bewusst fehlinterpretiert wird – schade!

HGH



Hanne Seemann:
PSYCHOSOMATIK ZWISCHEN
MEDIZIN UND PSYCHOTHERAPIE.
MIT DER SEELE SPRECHEN
LERNEN.
168 Seiten, Klett-Cotta-Verlag,
Stuttgart 2022; 20,00 Euro,
ISBN: 978-3-608-98664-8

Stiftung LEBENSNERV
Liebstöckelweg 14
13503 Berlin

Tel.: 030/436 35 42

Fax: 030/436 44 42

Mail: info@lebensnerv.de

www.lebensnerv.de

