



Inhalt

- 1 Liebe Leser*innen
- 2 Hochintensives Intervall-Training (HIIT) bei Multipler Sklerose
- 6 Wie hilfreich sind Erfahrungen anderer MS-Betroffener bei der Therapieentscheidung?
- 10 Schubkraft
Empowerment für junge Erwachsene mit Multipler Sklerose
- 12 Zerrissen – MS und Lebensgefühl
- 16 Unternehmenskultur: Offen für Menschen mit MS
- 17 MS ist keine Einbahnstraße
- 18 MS-Film: Ärgerlich, rückwärtsgewandt, verpasste Chance!
- 21 Stereotypisierung und Ableismus in der Medizin
Das verzerrte Bild von Behinderung und die Diskussion um die Triage
- 24 Triage: Plädoyer für den Zufall
- 28 Gesetzliche Triage-Regelungen
Protesttag: 5 Thesen zum 5.5.22
- 30 Kommentar zur »zweiten Stellungnahme zur ethischen Situation bei Mangel an intensivmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten im Falle der Multiplen Sklerose (MS), sogenannte Triage« von Prof. Dr. Judith Haas (aktiv 1/2022, S. 42)
- 32 Buchbesprechungen

Impressum

Titel: Phil Hubbe für ISL
S. 6/7: Sippel
S. 18, 20: tamtam Film
S. 28/29: Enno Hurlin

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 &
Grützmacher

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,

inzwischen kennen Sie die Stiftung LEBENSNERV sowie ihr Print-Sprachrohr FORUM PSYCHOSOMATIK als kritische Begleiter*innen aktueller Entwicklungen in der Behindertenpolitik im Allgemeinen und im Umgang mit der MS und MS-Betroffenen im Besonderen. Einen weiteren Beleg dafür lesen Sie gerade.

Mit verschiedenen Aspekten des schwierigen Themas »Triage« haben wir uns in mehreren Beiträgen erneut auseinandergesetzt. Aber während der Produktion der vorliegenden Ausgabe legte das Bundesgesundheitsministerium (BMG) einen Referentenentwurf zur gesetzlichen Regelung der Triage vor. Leider lässt er nicht erkennen, dass die Vorgaben der Richter*innen vom Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe verstanden wurden. Ob den zuständigen Beamt*innen im BMG die Lektüre von FORUM PSYCHOSOMATIK die Augen öffnen würde? Wir wissen es nicht, aber wir werden nach der Sommerpause weiter dafür kämpfen, dass jedes Leben als gleichwertig betrachtet wird. Oder möchten Sie in einer Gesellschaft leben, in der die Stärkeren gegenüber den Schwächeren bevorzugt werden?

Andere Beiträge in diesem Heft beschäftigen sich mit einem neuen Empowerment-Projekt der Andreas-Mohn-Stiftung und mit alternativen Therapieansätzen wie Lebensstilmaßnahmen. Eine besondere Ausprägung davon ist das hochintensive Intervalltraining (HIIT), dessen günstige Effekte auf die MS in einer Studie aus der Schweiz beschrieben wurden. Für die richtigen Therapieentscheidungen können die Erfahrungen anderer Betroffener hilfreich sein, die über eine entsprechende Webseite vermittelt werden. Sie haben die Chance, diese Webseite zu testen.

Übrigens, waren Sie am diesjährigen Welt-MS-Tag am 30. Mai aktiv dabei? Fast gleichzeitig kam ein von der DMSG beworbener Film in die Kinos, der vor allem eine Botschaft vermittelt: Wenn man zur Fortbewegung einen Rollstuhl benötigt, verbringt man sein Leben am besten im Pflegeheim (mehr dazu in diesem Heft). Der Welt-MS-Tag stand unter dem Motto »Voll im Leben« – meine Bewertung des Films lautet »Voll daneben!«

Ihre



Dr. Sigrud Arnade

Hochintensives Intervall-Training (HIIT) bei Multipler Sklerose

N och vor 20 Jahren war die einhellige medizinische Meinung, dass sich MS-Patientinnen und -Patienten schonen müssten. Sport oder viel Bewegung schien nicht ratsam zu sein. Die Stiftung LEBENSNERV hatte jedoch schon in der Ausgabe 1-2001 einen Erfahrungsbericht unter dem Thema »MS und Sport« veröffentlicht und 2005 einen Forschungspreis für die positiven Effekte von Bewegung an Prof. Dr. Christoph Heesen verliehen. Auch die Forschenden der Schweizer Valenser Kliniken kamen zu der Überzeugung, dass das »Schonen« nicht der Weisheit letzter Schluss sein konnte. Bereits 2004 wiesen sie nach, dass ein tägliches Training bei 65 Prozent der individuellen maximalen Leistungsfähigkeit eine Besserung bei MS bringt. 2008 führten sie eine weitere Studie durch, in der der Effekt von Krafttraining genauer untersucht wurde. Auch andere neuere Arbeiten haben in den letzten Jahren gezeigt, dass Bewegung bei Menschen mit MS das Fortschreiten der Krankheit verlangsamen kann.

In einer aktuellen Studie der Kliniken Valens, die in Kooperation mit Dr. Dr. Philipp Zimmer von der Deutschen Sporthochschule Köln durchgeführt wurde, untersuchten Dr. Jens Bansi, Dr. med. Roman Gonzenbach und Dr. Jan Kool mit ihrem Forschungsteam, wie sich ein hochintensives Intervalltraining (HIIT) auf das Entzündungsgeschehen von MS-Patientinnen und -Patienten auswirkt. Chronische Entzündungen im Gehirn sind ein zentrales Element in der MS-Forschung; sie führen zum Abbau der Isolierschicht bestimmter Nervenbahnen und somit zur Verschlechterung von motorischen und kognitiven Funktionen bei den Betroffenen.

Für die eindeutige Feststellung, wie sich das Entzündungsgeschehen durch das hochintensive Intervalltraining beeinflussen lässt, wurden neue Marker im Blut, die sogenannten Neurofilamente, ausgewertet. Dieser erst kürzlich entdeckte Blutbestandteil kann vergleichsweise kostengünstig nachgewiesen werden und ist ein wesentlicher Indikator für Entzündungen.

Deutlich reduzierte Entzündungswerte – Bewegung schützt nachweislich das Gehirn

Zum Studiendesign betont Jens Bansi: »In unserer Studie konnten wir – vereinfacht gesagt – nachweisen, dass die Werte, die höchstwahrscheinlich chronische Entzündungen und chronische Müdigkeit hervorrufen, mit einem hochintensiven Intervalltraining deutlich reduziert werden. Wir haben 69 Personen mit MS nach dem Zufallsprinzip in zwei Gruppen eingeteilt. Eine Gruppe absolvierte 3 Mal pro Woche für 15 Minuten ein hochintensives Intervalltraining auf dem Ergometer. Dabei radelten die Probandinnen und Probanden jeweils 1 Minute bei 90 bis 100 Prozent ihrer individuellen Höchstleistung und machten dann 3 Minuten Pause. Die andere Gruppe absolvierte das bewährte Valenser Training: täglich 30 Minuten bei ca. 65 Prozent der individuellen Höchstleistung. Um in un-

serer Studie die Vergleichbarkeit der Daten sicherzustellen, haben wir nur Werte verwendet, die objektiv messbar sind. Beispielsweise haben wir nur Personen in die Studie aufgenommen, die einen EDSS-Wert zwischen 3.0 und 6.0 hatten, also »moderat« eingeschränkt waren.«

Wie Bansi weiter ausführt, wurde auch die Veränderung der Blutkonzentration zu genau definierten Zeitpunkten gemessen: einmal vor dem Training, einmal direkt im Anschluss an das Training und einmal 3 Stunden nach dem Training. Die in Köln durchgeführten Blutanalysen erbrachten den Nachweis, dass sich die Konzentration der Neurofilamente nach dem hochintensiven Intervalltraining jeweils deutlich stärker abgesenkt hatte als nach dem »normalen« Training.

Erklärung auch für die Entstehung der chronischen Müdigkeit (Fatigue) bei MS

Gleichzeitig konnten die Forschenden in der Studie den Aufbau von Kynurenin untersuchen. Das ist ein eiweißähnlicher Blutbestandteil, der unter anderem für die Herstel-

lung von Tryptophan verantwortlich ist. Tryptophan wiederum baut die Glücks- und Schlafhormone Serotonin und Melatonin auf. Bei MS-Betroffenen hat sich gezeigt, dass



«Staffelübergabe» und MS- Forschungserfolg

Dr. Jens Bansi, seit 17 Jahren als Sportwissenschaftler in Valens tätig, übernahm mit 1. Juni 2021 die Funktion des Leiters Forschung und Entwicklung im Bereich der Therapien. Begleitet wird dieser Wandel im Rehaszentrum Valens von einem wichtigen Meilenstein für Jens Bansi und das gesamte Forschungsteam: Die Veröffentlichung ihrer Multiple-Sklerose-Studie in «Neurology – Neuroimmunology & Neuroinflammation», einer der weltweit renommiertesten neurologischen Fachzeitschriften.

Lesen Sie mehr zu diesem
Thema

[#forschung](#)
[#know-how](#)
[#neurologie](#)
[#ueber-klinden-valens](#)

Das Kollaborieren und der beachtliche Forschungserfolg animierten sich fort.

es durch die Entzündungen auch zu einer Überproduktion von Kynurenin und Tryptophan kommt. Diese Patientinnen und Patienten entwickeln häufig Schlafstörungen und depressive Verstimmungen sowie chronische Müdigkeit (Fatigue), die im Übrigen auch bei Krebs oder Par-

kinson auftritt. Bei Probandinnen und Probanden, die das hochintensive Intervalltraining absolviert haben, verschob sich diese Zusammensetzung hin zu einer neuroprotektiven Wirkweise: Die Kynurenin- und Tryptophan-Konzentration nahm ab.

Multiple Sklerose bremsen mit hochintensivem Intervalltraining

Die Forschenden gehen davon aus, dass sich eine Abnahme der Neurofilamente sowie die positiven Veränderungen im sogenannten Kyurenin-Pfad und pNFL-Spiegel schützend auf das Gehirn auswirkt, weil

sich der Abbau der Isolierschicht von Nervenbahnen verlangsamt. Damit wäre es möglich, das Fortschreiten der Krankheit durch ein regelmäßiges hochintensives Intervalltraining zu verlangsamen und

Die Kliniken Valens in der Schweiz sind eine gemeinnützige Stiftung und spezialisiert auf die Behandlung von Patient*innen mit Funktionsbeeinträchtigungen am Bewegungsapparat und Nervensystem und bieten neurologische, rheumatologische, internistische, orthopädische sowie pneumologische, onkologische und geriatrische Rehabilitation an:

<https://www.kliniken-valens.ch>

die motorischen und kognitiven Funktionen zu erhalten. Dies muss allerdings in weiteren Forschungsarbeiten nachgewiesen werden.

Wie Bansi erklärt, kommt dabei auch der Regelmäßigkeit eine tragende Rolle zu: »Entscheidend auf lange Sicht ist, dass die Betroffenen das Ziel verfolgen, einen bestimmten Referenzwert in ihrer Fitness zu halten: den eines gesunden, durchschnittlich fitten Menschen. Denn ihr Organismus kann schwächende Einflüsse, wie eine Erkältung oder längere Trainingspausen, weniger gut kompensieren. Im Vergleich zu einem gesunden Menschen brauchen sie viel länger, bis sie wieder ihr altes Niveau erreichen – wenn sie es denn überhaupt schaffen. Deshalb ist die stetige Bewegung, das Dranbleiben, so enorm wichtig für den Krankheitsverlauf bei MS.«

Valenser Forschung als Motor für Dogmenwechsel:

Aus »Schonen« wurde »HIIT«

Auch andere Institutionen forschten in diese Richtung, bis es schließlich auch in der breiten Wissenschaft Konsens war, dass MS-Betroffene trainieren müssen, um ihre Krankheit zu verlangsamen. Heute ist die MS-Forschung noch weiter; im Fokus steht weltweit das hochintensive Intervalltraining (HIIT), das hart an die Grenzen der persönlichen Leistungsfähigkeit geht. Zu diesem Dogmenwechsel haben die Forscher aus Valens viel beigetragen. So ist die Lehrmeinung in mehreren Schritten von der Ansicht weggekommen, schonen sei die beste Medizin. Jetzt heißt es: bewegen, bewegen, bewegen – und »viel hilft viel«.

Die Studie unter dem Titel *Exercise Diminishes Plasma Neurofilament Light Chain and Reroutes the Kynurenine Pathway in Multiple Sclerosis* ist im Mai 2021 in »Neurology – Neuroimmunology & Neuroinflammation« erschienen und ist abrufbar unter <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33782190>

Quelle:

<https://www.kliniken-valens.ch/staffeluebergabe-und-ms-forschungserfolg-in-valens/>

(Bearbeitung: HGH)

Wie hilfreich sind Erfahrungen anderer MS-Betroffener bei der Therapieentscheidung?

ANNA SIPPEL UND
PROF. DR. CHRISTOPH HEESEN





www.ms-erfahrungen.de

**Eine Webseite mit
persönlichen Erfahrungen
mit der MS**

Aktuell stehen für die schubför-
mige MS 19 verschiedene Im-
muntherapien zur Verfügung. Eine
weitere mögliche Therapie ist die
autologe Stammzelltransplantati-
on (AST), die seit 3 Jahren sehr leb-
haft in Deutschland vor allem von
Betroffenen diskutiert wird. Zudem
gibt es noch weitere Maßnahmen,
die den Verlauf der Erkrankung be-
einflussen könnten, z.B. Bewegung
und Ernährung. Die Vielzahl an
Therapien macht die Therapieent-
scheidung sehr komplex. Konfron-
tiert mit der Diagnose und den
zahlreichen Therapieoptionen, su-
chen MS-Betroffene nicht nur nach
Sachinformationen, sondern auch
nach Krankheitserfahrungen ande-
rer Patient:innen. Gerade bei der
AST scheinen die Erfahrungen an-
derer Betroffener eine große Rolle
bei der Therapieentscheidung zu
spielen. Krankheitserfahrungen
sind inzwischen auf verschiedenen
Webseiten und Sozialen Medien

weit verbreitet, unterscheiden sich jedoch stark in Qualität und Zielsetzung. Aus diesem Grund haben wir die wissenschaftlich aufbereitete Webseite www.ms-erfahrungen.de entwickelt, welche ein breites Spektrum an Erfahrungen von Patient:innen mit der MS im Alltag sowie mit verschiedenen Therapien in über 360 Videos enthält. Die Webseite ist allerdings noch nicht öffentlich zugänglich.

Auf www.ms-erfahrungen.de findet man Krankheitserfahrungen zu folgenden Themen: MS Diagnose, Alltag mit MS (z.B. Kinderwunsch & Familie, Arbeit & Ausbildung, Urlaubsplanung & Reisen, etc.) Therapien (Immuntherapien,

Lebensstilmaßnahmen sowie Rehabilitations-, komplementäre & alternative Verfahren) und Umgang mit MS (Was hat am meisten belastet bzw. geholfen?).

Die erste Testung mit 50 MS-Betroffenen und 6 Expert:innen hat gezeigt, dass die Inhalte von www.ms-erfahrungen.de als authentisch, verständlich, vertrauenswürdig und vielfältig empfunden wurden und sowohl positive als auch negative Erfahrungen im täglichen Leben mit MS auf der Webseite abgedeckt waren. Welchen Einfluss Krankheitserfahrungen auf die Therapieentscheidungsprozesse haben, wurde jedoch nicht geklärt.

Aktuelle Studien rund um www.ms-erfahrungen.de

Bevor www.ms-erfahrungen.de für die Öffentlichkeit zugänglich sein wird, möchten wir im Rahmen einer Online-Umfrage herausfinden, für wen die Webseite bei Therapieentscheidungen hilfreich ist. Mitmachen an der Testung und der dazugehörigen Online-Umfrage können Menschen mit schubförmiger MS, die vor einer Immuntherapieentscheidung stehen, d.h. vor dem Beginn einer Ersttherapie, bei einem Therapiewechsel oder auch vor dem Abbruch einer Therapie. Außerdem sollen mithilfe von Interviews weitere Erfahrungen von Pa-

tient:innen zu neuen Immuntherapien (Ofatumumab [Kesimpta®], Ozanimod [Zeposia®], Ponesimod [Ponvory®]) und der autologen Stammzelltransplantation auf die Webseite hinzukommen, um sie auf aktuellem Stand halten zu können. Deshalb suchen wir für ein Interview MS-Betroffene, die Erfahrungen mit einer dieser Therapien gemacht haben. Das Interview wird online stattfinden, etwa eine Stunde dauern und auf Video und Tonband aufgenommen.

Möchten Sie Zugang zur Webseite erhalten und an einer der zwei Studien teilnehmen?

Schicken Sie uns bitte eine E-Mail an

timo.volz@stud.uke.uni-hamburg.de

mit dem Betreff

»Webseitenbewertung«/»Interview«

oder scannen Sie den QR-Code rechts, um sofort eine E-Mail zu senden. Sie erhalten dann weitere Infos zu dem Ablauf der Studien und einen Zugang zur Webseite, welche Sie drei Wochen lang testen können.



Wer führt die Studie durch?

Die Studie wird vom Institut für Neuroimmunologie und Multiple Sklerose (INIMS) des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf durchgeführt. Die Webseite wurde von Anna Sippel und Prof. Dr. Christoph Heesen zusammen mit einem Beratungsgremium bestehend aus MS-Betroffenen, Wissenschaftlern und Neurologen entwickelt. Das Projekt wird von Roche Pharma AG, Merck KGaA, Bristol-Myers Squibb AG und Janssen Pharmaceutica N.V. mitfinanziert. Die Fördermittelgeber haben keinen Einfluss auf die Studieninhalte und -durchführung.

Kontakt

Timo Volz
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut für Neuroimmunologie und Multiple Sklerose
Multiple Sklerose-Tagesklinik
Martinistr. 52
20246 Hamburg
E-MAIL:
timo.volz@stud.uke.uni-hamburg.de

Die Auftaktveranstaltung zum Baustein »Schubkraft durch Wissen!« fand online mit dem Impulsvortrag: »Einfluss von QiGong auf MS« von Frau Dr. Annette Walter am 27. Juni 2022 statt.

Schubkraft

Empowerment für junge Erwachsene mit Multipler Sklerose

Schubkraft

Empowerment für junge Erwachsene mit Multipler Sklerose



Ein Projekt der Andreas-Mohn-Stiftung.



Die Andreas-Mohn-Stiftung bietet neu für junge Erwachsene in der Region Ostwestfalen-Lippe die interaktive und digitale Plattform »SCHUBKRAFT« an. Die Stiftung will jungen Menschen ein Forum für (AN) SCHUBKRAFT bieten, indem sie selbstbestimmt und ressourcenorientiert ihren eigenen Weg im Umgang mit der Diagnose Multiple Sklerose entwickeln. Schubkraft funktioniert im Baukastensystem, geordnet nach Themen. Hier sind drei Bausteine von insgesamt 15 Bausteinen:

Die **Schubkraft Empowerment-Gruppe** im Baustein »Schubkraft durch Gemeinschaft« trifft sich:

→ **Wann?**

1 x monatlich immer am 2. Montag des Monats um 19 Uhr

→ **Wo?**

Digital per webPRAX f2f

(die Einwahldaten werden vorab übersendet)

→ **Wie?**

Anmeldung unter schubkraft@andreas-mohn-stiftung.de



Schubkraft durch Power

Empowerment zielt darauf ab, Selbstbestimmung, Ressourcen und individuellen Umgang mit der neuen Herausforderungen Diagnose Multiple Sklerose zu stärken.

Schubkraft durch Gemeinschaft

Ein eigenes Netzwerk mit Gleichaltrigen, um mit Power, Selbstbewusstsein und Humor den Austausch von wichtigen Informationen zu pflegen und um in Gemeinschaft stark zu sein.

Schubkraft durch Wissen

Information und Stärkung, eigene Entscheidungen im Umgang mit medizinischen Möglichkeiten und einer individuellen Lebensgestaltung zu treffen. Wissen ist ein Schlüssel für selbstbestimmte und individuelle Entscheidungen im Umgang mit Multipler Sklerose.

Zerrissen

MS und Lebensgefühl

VON MARKUS RUDOLF SCHMIDT

1.

Im Jahr 2021 trug die vorliegende Zeitschrift zwei Überschriften, welche für mich vertraute Sätze der Ermutigung sind, Mantras der Selbstermächtigung auf dem Weg durchs Leben, was immer da noch kommt mag:

»Von der MS nicht überwältigt werden!«

»Den eigenen Weg finden«

Immer noch und immer wieder arbeite ich an einer Doktorarbeit über »das Lebensgefühl von Menschen, die mit Multipler Sklerose leben«. Vor fast 28 Jahren wurde ich selbst von der Diagnose erfasst, seit über zehn Jahren richte ich meine Aufmerksamkeit nun mit wissenschaftlichem Werkzeug auf das Thema. Nicht mit einer Methode der Literaturwissenschaften, in denen ich mein Diplom habe, sondern vor allem mit einer Methode der Sozialwissenschaften untersuche ich diesen schwer zu fassenden Themenkomplex. Immer mehr komme ich mir dabei auch selbst auf die Schliche.

Das Thema beeinflusst auch einen wichtigen Aspekt meines eigenen Lebens. Ich wünsche mir, dass meine Arbeit sozialverträglich und auch für andere gewinnbringend

sei. Ich will dazugehören, offenbar auch zu den Akademikern!

2.

Mit der Diagnose lebe und ringe ich seit 1994. Das war das Jahr, in dem ich »abstürzte«. Mein Plan bis zu diesem Zeitpunkt war gewesen, in den Geisteswissenschaften meine Karriere aufzubauen, und der lag nun in Trümmern. Ich war wie betäubt. Alles war plötzlich anders.

Ein Absturz ist das Bild, das meine Gefühlslandschaft von damals gut beschreibt. Dieser Bruch in meiner Vita, diese Veränderung, diesen Schock. Gefühllos war ich plötzlich, verwirrt, haltlos. Und sehr allein fühlte ich mich. Ich erinnere mich kaum an mein damaliges Umfeld. Ich glaube mich zu erinnern, dass die Menschen freundlich waren, aber ebenso ratlos wie ich. Wie eine Krake erfasste mich die Bedrohung meiner Existenz von allen Seiten.

Ich warf alles hin, meldete mich ab, floh ins Ausland für einige Monate. Dann nahm ich meine Zügel langsam wieder auf. Das »Monster MS« drängte mich auf neue Wege. Langsam erholte ich mich, schloss zügig mein geisteswissenschaftli-

ches Studium ab und suchte einen anderen, einen stimmigeren Umgang mit dem Monster. Ich lernte Heilpraktiker und systemischer Familienaufsteller. Vor zehn Jahren dann ergriff ich die Gelegenheit, mich an der Europa-Universität Viadrina zu einer Promotion zum diesem Thema anzumelden.

Der Impuls, den vorliegenden Artikel zu schreiben kam bei einem Interview, welches ich mit Sigrid Arnade führte, der Mitbegründerin der Stiftung LEBENSNERV. Im Rahmen meiner Untersuchungen sollte ein weiteres Experteninterview das Kernthema meiner Dissertation weiter erkunden.

3.

Die »Krake MS« ist nicht nur für mich ein Rätsel. Doch unser Organismus äußert sich und teilt uns etwas mit. Was lässt sich entdecken? Die Naturwissenschaften haben sich aus meiner Sicht und Erfahrung disqualifiziert. Empirischen Wissenschaften und ein konsequent umgesetztes ganzheitliches Verständnis machen hier mehr Sinn.

Die Doktorarbeit meldete ich am »Fachbereich für transkulturelle

Gesundheitswissenschaften« an der Universität Viadrina in Frankfurt/Oder an. Hier findet sich auf dem Gebiet der qualitativen Sozialwissenschaften eine Methode, die sich für mein Vorhaben anbietet. Die *grounded theory* sammelt und analysiert Daten, und zwar auf präzise, schlüssige und überprüfbare Weise. Die Methode beruht auf einer strengen Systematik, die gleichzeitig klar und auch für einen solitär arbeitenden Forscher wie mich durchführbar ist.

Der Begriff des Lebensgefühls nimmt im Forschungsvorhaben eine zentrale Position ein. Zur Datenerhebung führe ich mit anderen Menschen mit MS kurze Interviews durch und bearbeite die so gewonnenen Daten.

Was hat sich hier bisher gezeigt? Zu Beginn der Unternehmung schien mir der Begriff »Lebensgefühl« klar und die Bedeutung allgemein bekannt. Doch wie kann ich es erkennen? Es macht keinen Sinn, die interviewte Person direkt nach ihrem Lebensgefühl zu fragen. Eine sozialwissenschaftliche Untersuchung per Analyse und Auswertung von Interviews erfor-

dert zumindest eine Definition des Begriffs! Ist es ein zugrundeliegendes Gefühl, die eigene, typische Stimmung? Wie stabil, wie individuell eigen ist es? Wie zeigt es sich?

Wie nennt man »Lebensgefühl« in z. B. englischer, französischer, japanischer Sprache? Wie beschreibt eine arabische Frau dieses Gefühl, oder diese Art von Gefühl?

Es geht um eine Art von Grundstimmung, die unsere Überzeugungen prägt und färbt. Und die durch Erfahrungen begründet werden kann. Ein im Interview abzuarbeitender Fragebogen wird dem Thema nicht gerecht.

Meine vorläufige Lösung ist, bei der Auswertung und Analyse der sich zeigenden Rede auf emotionale Aspekte und Bewegungen zu achten.

4.

Krank sein ist lästig. Symptome, welche zur Untersuchung und zur Diagnose führen, sind belastend. Eine gewisse Erleichterung durch die Formulierung einer wissenschaftlichen Diagnose kann ein Gefühl von Erleichterung mit sich bringen. Etwas Hoffnung auf Heilung. Die Diagnose und damit verknüpfte Prognostik jedoch entmutigen und erschrecken. Welche Elemente des Lebens sind von dieser Nachricht betroffen. Welche bedroht. Welche bleiben unberührt? Und was sind

die häufigsten Strategien, damit zu recht zu kommen.

Auf eine Weise bewirkt die Diagnose ein »im Stich gelassen werden« auf mehreren Ebenen – vom eigenen Körper, von der Medizin, von der Gesellschaft. Wir sind nicht mehr normal, unser Marktwert sinkt dramatisch, wir gehören bei vielem nicht mehr dazu. Wir fühlen uns aussätzig. Mit allen Mitteln versuchen wir vielleicht, der Krankheit zu entkommen. Viele von uns verstecken die Krankheit so lange und wo immer es geht.

5.

Wie wirkt sich diese Diagnose auf das Lebensgefühl aus? Den mir auffälligsten Aspekt, auf den ich bei der Analyse des bisherigen Forschungsmaterials stieß war die Häufigkeit plötzlicher Brüche in der Erzählung. Ohne klare Ursache wie etwa eine Frage des Interviewers springt die Rede in völlig andere Lebensabschnitte oder Ereignisse.

Diese Sprünge fallen zunächst gar nicht auf. Sie erscheinen unvermittelt, ohne plausiblen Grund. Sie lenken ab, ohne das anzukündigen. Was ist das? Sind es Zeichen einer formalen Denkstörung, normale Abwehrmechanismen? Kann man das Dissoziation nennen? Der Zusammenhang in der Erzählung ist nicht geschlossen. Wird der verbindende

Kern vom Organismus ausgeblendet? Warum?

6.

Das Phänomen scheint zur oben angesprochenen Tragweite der Diagnose MS zu passen. Letzteres ist eine Situation, in der zu viel auf den Menschen hereinbricht. Zu viel Stress und extremer Stress. Was geschieht hier mit uns? Wir sind trainiert, den Verstand und den eigenen Verstand als Leiter und Verantwortlichen in unserem eigenen Leben anzusehen. Unser Organismus scheint uns hier im Stich zu lassen. Die Liste der möglichen Symptome ist lang. Gefühllosigkeit, Doppeltsehen, Blasenstörungen, Wortfindungsstörungen, Fatigue, Gleichgewichtsstörungen. Wir empfinden zum Beispiel tiefe Enttäuschung über das Versagen des eigenen Körpers.

Gibt es einen guten Grund für diese Aussetzer des »Funktionierens«? Die emotionale Ebene ist für viele Menschen weniger zugänglich als der Verstand und wird daher oft vermieden. Das Spüren von Schmerz und Verlust ist unangenehm bis fürchterlich. Wird deswegen dissoziiert?

7.

Wie gehen wir mit der Wahrheit um? Der Umgang mit dem Schock der Diagnosestellung ruft nach Auf-

merksamkeit. Der Befund wirkt in jedem Fall grausam. Die Prognose ist immer noch dramatisch und trägt das Attribut der Unheilbarkeit mit sich. Lebenslänglich angeblich. Bei der Tragweite des Befunds bleibt dennoch jedes Leben unvergleichlich wertvoll und einzigartig. Fällt die Einzigartigkeit jedes Menschen ob der Dramatik zu sehr aus dem Blick?

Die Diagnose MS und die Krankheit der MS sind beide schwerwiegend und dramatisch. Betroffen ist viel mehr als nur der eigene Körper. Der Lebenslauf ändert sich oft entscheidend. Das soziale Umfeld, die Familie wird nicht verschont. Dennoch besteht noch ein großer Bedarf, die multiplen Auswirkungen auf das Leben, das Miteinander bewusster zu machen und zu integrieren. Wir wollen alle dazugehören. Teilnehmen und Teilhaben. Aus soziologischer Perspektive ist das Lebensgefühl auch bedingt durch die Qualität von Zugehörigkeit zu einer Gruppe. Durch geduldige Linderung des kränkenden Gefühls, nicht dazu zu gehören, kann eine Entwicklung in Richtung Heilung erfolgen.

Wenn das Thema Sie anspricht und Sie ins Gespräch kommen wollen, können Sie gern Kontakt mit mir aufnehmen (info@rudolfpraxis.de). Ich freue mich über Ihre Anmerkungen.

Unternehmenskultur: Offen für Menschen mit MS

Die Hertie-Stiftung setzt sich schon seit Langem und mit besonderem Engagement für mehr Wahrnehmung der Erkrankung Multiple Sklerose und der Menschen ein, die mit ihr leben. Mit ihrer aktuellen Kampagne »Gemeinsam. Menschlich. Erfolgreich.« widmet sie sich dem Thema im Arbeitskontext, um die Sichtbarkeit für Betroffene, ihre Bedürfnisse und ihre Leistung im Arbeitsleben zu erhöhen. Sie will damit bei Arbeitgebenden einen Bewusstseinswandel anstoßen und sie zu mehr inklusiver Zusammenarbeit ermutigen.



FÜR ARBEIT OHNE VORURTEILE: MIT ZUSAMMENHALT UND OFFENHEIT IM UMGANG MIT MS

Auf der Website www.gemeinsam-menschlich-erfolgreich.de und in den Social-Media-Kanälen der Stiftung teilen Betroffene, Arbeitgebende und Expert*innen in den kommenden Wochen persönliche Erfahrungsberichte zum Umgang mit MS und anderen chronischen Erkrankungen im Betriebsumfeld. Über spannende Hintergründe sollen Vorurteile abgebaut und gezeigt werden, wie mit informativen Beiträgen aus Wirtschaft und Forschung Menschen mit einer Multiplen Sklerose ein möglichst langes und erfülltes Arbeitsleben ermöglicht werden kann.

Quelle: PM Hertie-Stiftung vom 29. April 2022

MS ist keine Einbahnstraße

VON SIGRID ARNADE

Geschichten von Menschen mit MS hat das spendenfinanzierte Projekt »Life SMS – Lebensstilmaßnahmen bei MS« der DSGiP – Deutsche Stiftung für Gesundheitsinformation und Prävention gesammelt. 15 Erfahrungsberichte von Menschen mit MS auf insgesamt 171 Seiten stehen unter folgendem Link zum kostenfreien Download zur Verfügung:

<https://lifesms.blog/2021/01/01/ms-ist-keine-einbahnstrase-2te-und-erweiterte-auflage-zum-frei-en-download/>

Sieben der Geschichten wurden bereits Ende 2018 veröffentlicht, die erweiterte Ausgabe unter dem Titel »MS ist keine Einbahnstraße« erschien Ende 2020. In den Berichten schildern Menschen mit MS ihren individuellen Weg von den ersten Symptomen über die Diagnosestellung, zum Teil über immunmodulatorische Therapien, bis sie ihren eigenen Weg mit Lebensstilmaßnahmen fanden.

Der MS mit Lebensstilmaßnahmen zu begegnen, hat schon der MS-betroffene australische Arzt George Jelinek in seinem 2018 auf

Deutsch erschienenen Buch »Multiple Sklerose überwinden« (*Rezension s. FORUM PSYCHOSOMATIK 1-2018*) empfohlen. Life SMS hat die Lebensstilmaßnahmen nach Jelinek (Ernährung; Sport/Bewegung; Vita-



min D/Sonne; Meditation/Geist-Körper-Verbindung) vor allem um die gesunde Darmflora ergänzt, weitere Informationen dazu unter <https://lifesms.blog/>

So sehr ich einen eigenverantwortlichen Umgang mit MS und ei-

nen kritischen Blick auf die Empfehlungen der Schulmedizin schätze, so beschleicht mich doch bei der Beschäftigung mit dem Projekt Life SMS und der DSGiP ein unbehagliches Gefühl: Das Programm der Lebensstilmaßnahmen nach Jelinek wird nur einmal kurz erwähnt. Außerdem ist sowohl das Life-SMS-Projekt als auch die DSGiP mit ei-

nem einzigen Namen verbunden: Jörg Spitz, Arzt und Autor verschiedener Publikationen, in denen es vor allem um den heilenden Einfluss von Vitamin D und der Sonne geht. Nach Informationen auf der Internetplattform medwatch.de, auf der Wissenschaftsjournalist*innen gefährlichen und unseriösen Heilungsversprechen nachgehen,



MS-Film: Ärgerlich, rückwärtsgegan

VON SIGRID ARNADE

Am 9. Juni dieses Jahres kam der neue Film »Ein großes Versprechen« in die deutschen Kinos. »Trotz toller schauspielerischer Leistung der beiden bekannten Hauptdarsteller*innen ist der Film einfach nur ärgerlich und der Kauf einer Kinokarte rausgeschmissenes Geld,« kommentiert die Vorstandsvorsitzende der Stiftung LEBENS- NERV, Dr. Sigrid Arnade.

Gezeigt wird ein Ehepaar zu Beginn des Rentenalters. Die MS-Erkrankung der Ehefrau verschlechtert sich, so dass sie bald auf einen

betreibt Jörg Spitz ein ganzes Netz von Internetseiten, um für Vitamin D zu werben. Vitamin D gegen Krebs, Vitamin D gegen Demenz, Vitamin D gegen Corona. Eine Zwischenüberschrift in dem Artikel auf medwatch lautet dann auch »Jörg Spitz – Das Vitamin-D-Imperium«. Nun frage ich mich, ob der unseriöse-intransparente Eindruck, den ich

von Jörg Spitz gewonnen habe, eins zu eins auch auf Life SMS zu übertragen ist. Ehrlich gesagt: Ich weiß es nicht, rate aber auf alle Fälle zu kritischer Distanz.

dt, verpasste Chance!

Rollstuhl angewiesen ist. »Beide kämpfen gegen ihre eigene Unzufriedenheit und beginnen erst langsam zu verstehen, dass sie nur zusammen ihr wirkliches Glück finden können«, heißt es in der Ankündigung, was nach einem versöhnlichen Ausgang klingt. Tatsächlich lebt die Frau am Filmende in einem Pflegeheim, und das Ehepaar ist getrennt.

»Dem Film hätte man lieber den passenderen Titel ›Ein großes Verbrechen‹ geben sollen und nicht ›Ein großes Versprechen‹«, sagt

Sigrid Arnade und begründet ihren Vorschlag: »Der Film vermittelt den Eindruck, als bedeute ein Leben im Rollstuhl das Ende jeglicher Selbstbestimmung und Lebensfreude und sei bestenfalls in einem Pflegeheim zu fristen, um die Gesundheit der Angehörigen nicht zu gefährden. Er spiegelt ein Denken aus den 50er-Jahren des letzten Jahrhunderts. Ich halte diese Botschaft für eine nicht zu entschuldigende Rücksichtslosigkeit allen Menschen mit MS und ihren Angehörigen gegenüber, die sich sowieso mit unsi-



cheren Perspektiven, gesellschaftlichen Vorurteilen und einer zähen Bürokratie auseinandersetzen müssen.«

Arnade kennt aus eigener Erfahrung die Notwendigkeit, zur Fortbewegung einen Rollstuhl zu nutzen, was bei Multipler Sklerose (MS) häufig vorkommt. »Diese Perspektive ist für viele MS-Betroffene mit großen Ängsten verbunden«, weiß sie aus der Beratung anderer Betroffener. Deshalb müsse es das Ziel der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG) als Interessenvertretung der Betroffenen sein, Ängste zu reduzieren und aufzuzeigen, wie ein gutes Leben mit Rollstuhl gelingen kann. »Ich kann überhaupt nicht verstehen, warum die DMSG diesen Film, der schon fast dazu geeignet ist, Depressionen auszulösen, in ihrem Mitgliedermagazin ›aktiv!‹ bewirbt und ihn zum Welt-MS-Tag am 30. Mai als Preview gezeigt hat. Selbst wenn ein bedauerliches Einzelschicksal dargestellt werden sollte – warum auch immer

– hätten doch zumindest Alternativen aufgezeigt werden müssen. Die Chance, mit diesen exzellenten Schauspieler*innen einen wirklich guten zeitgemäßen Film zu drehen, wurde leider vertan.«

Dem Film wurde das »Prädikat besonders wertvoll« verliehen. Auch das ist für Arnade nicht nachvollziehbar: »Schließlich rechtfertigt die in der Jury-Begründung angeführte ›exorbitant gute Schauspielerleistung‹ doch nicht, es als vollkommen normal darzustellen, jemanden in ein Pflegeheim abzuschieben, nur weil er nicht laufen kann.«

Die Stiftungsvorsitzende schlägt vor, eine Fortsetzung des Films zu produzieren, in der die Ehefrau Juditha eine Peer-Beratung, einen passenden Rollstuhl und ein Empowerment-Training erhält, sich eine barrierefreie Wohnung sucht und dann selbstbestimmt über die weitere Gestaltung ihrer Beziehungen entscheidet.

Stereotypisierung und Ableismus in der Medizin

Das verzerrte Bild von Behinderung und die Diskussion um die Triage

VON GÜNTER HEIDEN

In den letzten Ausgaben von FORUM PSYCHOSOMATIK haben wir Sie bereits zum Thema »Triage« informiert. So haben wir in Heft 1-2020 den gemeinsamen Kommentar der Selbstvertretungsorganisationen NETZWERK ARTIKEL 3 e. V. und der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V. (ISL) zu den klinischen Empfehlungen der medizinischen Fachgesellschaften (DIVI und andere) zugänglich gemacht. In Heft 2-2020 berichteten wir über eine Klage von neun Menschen mit Behinderungen vor dem Bundesverfassungsgericht in Sachen Triage. Sie wiesen mit ihrer Klage darauf hin, dass der Gesetzgeber bislang keine Maßnahmen getroffen habe, um sie vor Diskriminierung bei der Verteilung pandemiebedingt knapper intensivmedizinischer Ressourcen zu schützen.

Mit einem am 16. Dezember 2021 gefassten Beschluss (1 BvR 1541/20) hat der Erste Senat des Bundesverfassungsgerichts dann den Klagenden Recht gegeben. In der entsprechenden Pressemitteilung Nr. 109/2021 des Bundesverfassungsgerichts heißt es dazu: »Der Gesetzgeber muss – auch im Lichte der Behindertenrechtskonvention – dafür Sorge tragen, dass jede Benach-

teiligung wegen einer Behinderung bei der Verteilung pandemiebedingt knapper intensivmedizinischer Behandlungsressourcen hinreichend wirksam verhindert wird. Er ist gehalten, dieser Handlungspflicht unverzüglich durch geeignete Vorkehrungen nachzukommen. Bei der konkreten Ausgestaltung kommt ihm ein Einschätzungs-, Wertungs- und Gestaltungsspielraum zu.«

Stereotypisierung ist eine Gefahr

Nun bereitet das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) folgerichtig im Frühjahr 2022 einen Gesetzentwurf vor, um den Vorgaben des Gerichts nachzukommen. Erste durchgesickerte Dokumente lassen jedoch die Befürchtung zu, dass sich weniger die Perspektive behinderter Menschen, sondern die Perspektive der Intensivmediziner*innen durchzusetzen scheint. Bislang unberücksichtigt bleiben vor allem zwei wichtige Faktoren, auf die der Erste Senat des Bundesverfassungsgerichts in seinem Beschluss ausdrücklich hingewiesen hat:

Die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen wird von der Ärzteschaft oft sachlich falsch beurteilt und unbewusste Stereotypisierungen

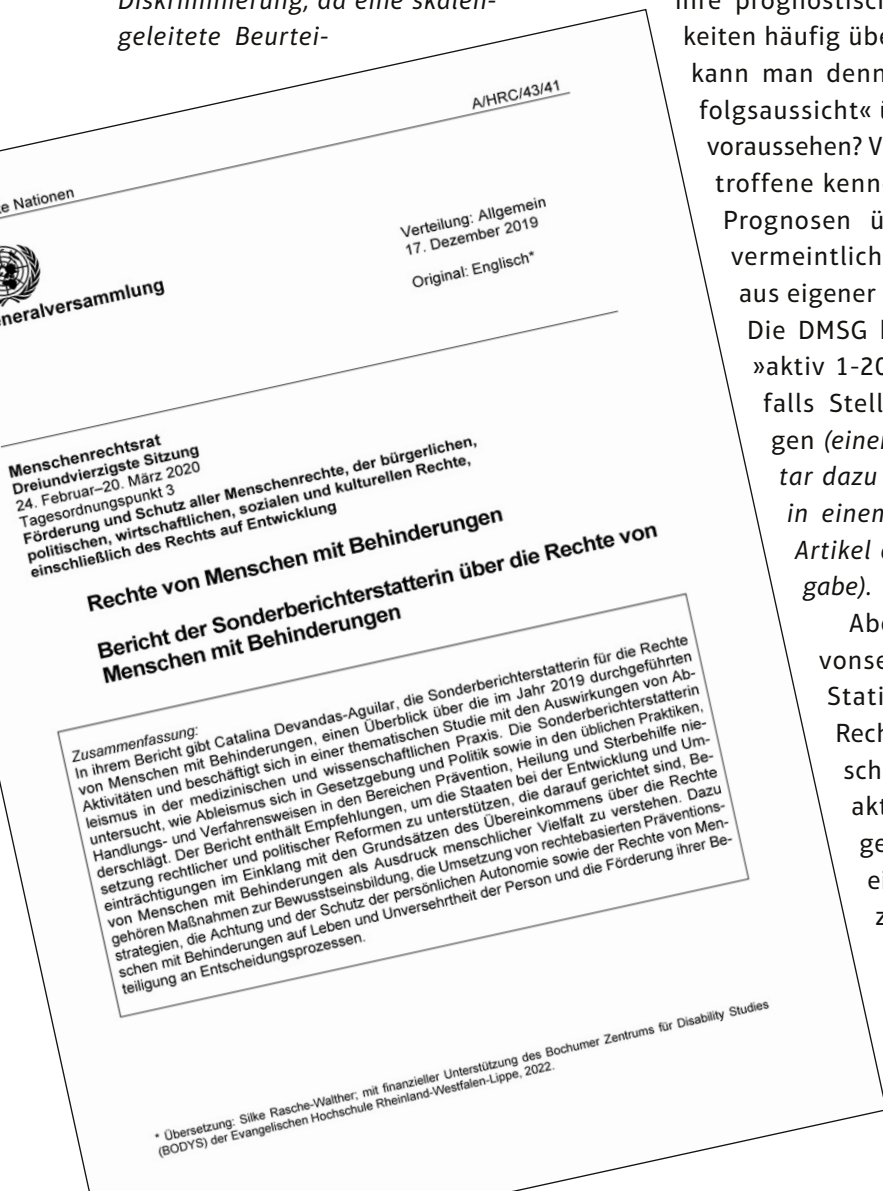
bringen das Risiko mit sich, dass behinderte Menschen bei medizinischen Entscheidungen benachteiligt werden.

Scheinbar objektive Scores, wie etwa die Gebrechlichkeitsskala (CFS), beinhalten das Risiko einer mittelbaren Diskriminierung, da eine skalen-geleitete Beurtei-

lung von Menschen mit Behinderungen zur Fehleinschätzung für die sogenannte »klinische Erfolgsaussicht« führen kann.

Nicht nur bei vielen chronischen Erkrankungen, auch in Bezug auf Multiple Sklerose ist belegt, dass die Ärzteschaft ihre prognostischen Fähigkeiten häufig überschätzt – kann man denn eine »Erfolgsaussicht« überhaupt voraussehen? Viele MS-Betroffene kennen falsche Prognosen über ihren vermeintlichen Verlauf aus eigener Erfahrung. Die DMSG hat in der »aktiv 1-2022« ebenfalls Stellung bezogen (einen Kommentar dazu finden Sie in einem weiteren Artikel dieser Ausgabe).

Aber auch vonseiten der Statistik- und Rechtswissenschaft gibt es aktuell Belege für Fehleinschätzungen, unter anderem bei Multipler Sklero-



se. So kommen der Physiker Prof. Dr. Martin Daumer und der Strafrechtler Prof. Dr. Tonio Walter in einem Triage-Beitrag für die »Frankfurter Allgemeine Zeitung« vom 16. März 2022 in Bezug auf einen Patienten mit MS zum Schluss: »In einer Studie mit 17 ausgewiesenen Experten kam es für ein und denselben Patienten zu Differenzen von bis zu 27 Jahren in der Prognose, wann der Patient einen bestimmten Grad der Behinderung erreichen werde. Ließ man die Daten eines Patienten zweimal von demselben Experten beurteilen – mit zeitlichem Abstand und so, dass ihm die Identität nicht bewusst war – unterschieden sich seine eigenen Prognosen im Mittel um mehr als drei Jahre.«

Ableismus wirkt im Hintergrund

Eine solche Prognoseunsicherheit, oder sollte man besser sagen, »Prognoseunfähigkeit« kann – neben der Schwierigkeit, überhaupt Prognosen für eine Zukunft zu erstellen – zusätzlich mit dem Phänomen des Ableismus zu tun haben. Dieses Konzept ist noch wenig bekannt in der breiten Öffentlichkeit. Berichte über Rassismus und Sexismus sind alltäglich, das Konzept des Ableismus findet sich dagegen bisher vorwiegend in universitären Zusammenhängen. Kurz gesagt bedeutet Ableismus die Reduzierung einer Person auf vermutete positive oder negative Stereotypen, die sich auf die körperlichen oder geistigen

Funktionen von Menschen mit Behinderungen beziehen. Beispiele für solche Pauschalaussagen sind etwa: »Blinde Menschen können besonders gut akustisch wahrnehmen« oder »Eltern mit Behinderung können keine Kinder erziehen«. Die ISL hat dazu vor wenigen Jahren eine leicht verständliche Broschüre »Ableismus erkennen und begegnen« (vgl. www.isl-ev.de) veröffentlicht.

Sogar die Vereinten Nationen befassen sich in jüngster Zeit mit dem Ableismus: Die UN-Sonderberichterstatterin für die Rechte von Menschen mit Behinderungen hat Ende 2019 einen umfassenden Bericht an den UN-Menschenrechtsrat zum Thema »Ableismus in der Medizin« erstattet, der vom Bochumer Zentrum für Disability Studies (BODYS) der Evangelischen Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe (EvH RWL) ins Deutsche übertragen wurde (vgl. www.bodys-wissen.de). BODYS schreibt zum UN-Bericht: »Was sind ableistische Praktiken und Denkmuster? Wie wirken sie sich in der medizinischen und wissenschaftlichen Praxis aus? Und was können bzw. sollen Politik und Gesetzgebung tun, um Ableismus wirkungsvoll zu bekämpfen? Diese und weitere Fragen untersucht der Bericht der UN-Sonderberichterstatterin und liefert unverzichtbare Einsichten, Argumente und Empfehlungen für aktuelle gesellschaftliche Debatten zu ethischen Fragen – wie etwa zu Sterbehilfe und Triage.«

Die Betroffenen selber zu Wort kommen lassen

Das wissenschaftliche Institut BODY5 betont weiter: »Es ist »von entscheidender Bedeutung, dass sich die Sicht der Gesellschaft auf Behinderung an die Narrative der Menschen annähert, die tatsächlich mit einer Behinderung leben. Die Abwertung des Lebens von Menschen mit Behinderungen ist zum Teil auf die historische Unfähigkeit zurückzuführen, zuzuhören, was Menschen mit Behinderungen über sich selbst zu sagen haben.«

In diesem Sinne haben wir Ihnen in dieser Ausgabe nachstehend den Text von Nancy Poser, eine der Beschwerdeführer*innen beim Bundesverfassungsgericht bereitgestellt, die für das Prinzip der »Randomisierung«, also dem Zufallsprinzip bei der Ressourcenverteilung plädiert. Ferner geben wir Ihnen fünf Thesen von Behindertenorganisationen zu lesen, die den Gesetzgeber bei der Erarbeitung eines entsprechenden Schutzgesetzes zur Triage leiten sollen. In der nächsten Ausgabe werden wir Sie darüber informieren, zu welchem Ergebnis der Gesetzgeber gekommen ist.

Triage: Plädoyer für den Zufall

Triage ist immer grausam. Doch wer nach Überlebenschance auswählt, diskriminiert. Allein: Das gerechtere Zufallsprinzip ist von vielen nicht gewollt.

VON NANCY POSER

Die Entscheidung, ob in einer Triage-situation nach dem Prinzip des »survival of the fittest« entschieden werde, werde weit über die Triage hinaus wirken, sagt die Juristin Nancy Poser.

Der Bundestag muss dafür sorgen, dass Menschen mit Behinderung bei einer Triage nicht benachteiligt werden – das ent-

schied das Bundesverfassungsgericht im Dezember. Geklagt hatten neun Menschen mit Behinderungen, eine von ihnen ist die Richterin Nancy Poser. Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) wird bald einen neuen Gesetzentwurf vorlegen. Ein erster Entwurf war kritisiert worden, weil er vorsah, dass Patienten eine Behandlung zugunsten anderer ent-

zogen werden könnte. Weniger Beachtung fand die Tatsache, dass noch immer nach Überlebenschancen entschieden werden soll. Die Juristin Poser findet das falsch, sie befürwortet das Zufallsprinzip, um zu entscheiden, wer bei begrenzten medizinischen Ressourcen zuerst behandelt wird.

Mittlerweile weiß fast jeder, was das Wort Triage bedeutet: die Entscheidung, wer eine Behandlung erhält und wer nicht, wenn Ressourcen pandemiebedingt knapp sind. In den Leitlinien der ärztlichen Fachgesellschaften wird vorgeschlagen, in einer solchen Situation nach der Überlebenswahrscheinlichkeit zu entscheiden. Dieser Ansatz klingt erst mal einleuchtend, verspricht er doch, so viele Menschenleben zu retten wie möglich. Was ließe sich dagegen schon sagen? Trotzdem mehren sich die Stimmen, die stattdessen eine Entscheidung durch Randomisierung fordern, also nach dem Zufallsprinzip. Zu Recht.

Prognosen können subjektiv gefärbt sein, durch eigene Erfahrungen, aber auch durch Vorurteile von Mediziner*innen. Damit bieten sie ein Einfallstor für Diskriminierung. Das ist der Grund, warum Menschen mit Behinderung im vergangenen Jahr vor das Bundesverfassungsgericht gezogen waren – und gewonnen haben. Der Auftrag aus Karlsruhe an den Gesetzgeber lautete daraufhin, Regelungen zu treffen, um behinderte Menschen vor »jeder

Benachteiligung wegen einer Behinderung bei der Verteilung pandemiebedingt knapper intensivmedizinischer Behandlungsressourcen« zu schützen. Doch stattdessen werden in den bisher bekannten Entwürfen für ein Triagegesetz die medizinischen Leitlinien in Gesetzesform gegossen – samt Diskriminierungspotenzial. Vorrangiges Ziel scheint dabei die rechtliche Absicherung der Ärzteschaft zu sein, nicht der Schutz von Menschen mit Behinderung.

Fakt ist: Triage ist immer grausam, egal nach welchem Verfahren. Durch Randomisierung zur Behandlung ausgewählt zu werden, ist nicht schrecklicher oder weniger schrecklich, als aufgrund einer bestimmten Prognose keine Behandlung zu erhalten. Das Ergebnis ist dasselbe: Jemand wird sterben, obwohl die Person mit Behandlung eine Überlebenschance gehabt hätte.

Das Zufallsprinzip ist jedoch allen anderen Verfahren in einem Punkt überlegen: Es bietet das höchstmögliche Maß an Chancengleichheit. Jeder Mensch hätte unabhängig von Behinderung, Vorerkrankungen und Vorurteilen dieselbe Möglichkeit, seine tatsächlich bestehende Aussicht auf Überleben zu nutzen. Ein großes Missverständnis über die Randomisierung ist, dass durch dieses Verfahren auch Patient*innen mit infauster Prognose, also ohne Chance auf Heilung, vorgezogen werden könnten.

Das ist falsch, denn bei diesen Personen besteht keine Behandlungsindikation, sie kämen gar nicht in den Entscheidungsprozess einer Triage. Wir sprechen also auch beim Zufallsprinzip nur über Menschen, die noch Erfolgsaussichten haben. Der eine hat vielleicht eine höhere Überlebenswahrscheinlichkeit als der andere. Aber niemand, auch keine Ärztin und kein Arzt, kann abschließend sagen, welche der beiden Personen überleben wird. Sonst wäre es auch keine »Prognose einer Überlebenswahrscheinlichkeit«, sondern Sicherheit.

Jedes Leben zählt als einzelnes gleich viel

Ich glaube, das Problem mit einer Triage nach dem Zufallsprinzip ist: Chancengleichheit ist von vielen nicht gewollt. So wurde mir verschiedentlich vorgeworfen, egoistisch zu sein, weil ich als Mensch mit Behinderung nicht auf meine – doch sicherlich geringere – Überlebenschance zugunsten eines »gesunden« Menschen verzichten möchte. Und seien wir ehrlich: Auch ein Großteil der Leser*innen dieses Beitrages wird insgeheim hoffen, im direkten Vergleich besser als der alte oder behinderte Mensch im benachbarten Krankenhausbett abzuschneiden. Warum sollte jemand ein Verfahren unterstützen, welches ihr oder ihm dieses Privileg nimmt?

Weil es um mehr als um den vermeintlichen eigenen Vorteil geht, auch

um mehr als »nur« um die Triage in der Corona-Pandemie und um mehr als »nur« zu verhindern, dass behinderte Menschen benachteiligt werden. Es geht um die Gesellschaft, in der wir alle in Zukunft leben möchten. Die Entscheidung, ob wir in einer Triage-Situation nach dem Prinzip des *survival of the fittest* entscheiden, wird weit über die Triage hinauswirken. Die (Wieder-)Eröffnung einer Gesellschaft des Sozialdarwinismus droht.

Bislang gilt verfassungsrechtlich gesichert der Grundsatz der Lebenswertindifferenz. Jedes Leben zählt als einzelnes gleich viel. Sie gegeneinander abzuwägen, verbietet sich. Das gilt unabhängig von der Anzahl der zu rettenden Menschen: Ein entführtes Flugzeug darf nicht abgeschossen werden, um eine weitaus größere Menschenmenge am Boden zu retten. Ein einzelner Mensch darf Erpressern nicht geopfert werden, auch wenn dadurch mehrere Geiseln gerettet werden könnten. Und die Schwächsten dürfen nicht benutzt werden, um eine möglicherweise größere Anzahl stärkerer Menschen zu retten. Denn das würde die »Geopferten« zu einem bloßen Werkzeug degradieren, welches nur dazu bestimmt wäre, einem vermeintlich höheren Ziel, der Rettung möglichst vieler, zu dienen. Dies wäre eine Negierung der Menschenwürde.

Wenn Artikel 1 des Grundgesetzes nicht mehr als unumstößlich gilt,

kommt es zu eben solchen Überlegungen wie am vergangenen Wochenende: Ein an die Öffentlichkeit gelangter Entwurf des Bundesgesundheitsministeriums für ein Triagegesetz sah vor, notfalls auch aktiv Menschen töten zu dürfen. Und das, obwohl diese Patient*innen noch eine – wenn auch geringere – Chance hätten, bei Weiterbehandlung zu überleben. Geräte abschalten, um Platz zu schaffen, für diejenigen mit höherer Chance. Wohlgemerkt: Das alles beruhend auf ärztlichen, also menschlichen und somit durchaus fehlbaren Prognosen. Ein Aufschrei aus diversen Richtungen folgte. Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) legte eine Kehrtwende hin und erklärte die Ex-post-Triage für ethisch nicht vertretbar. Auch vielen Mediziner*innen widerstrebt der Gedanke, Patient*innen, die ihnen vertraut und sich in ihre Behandlung begeben haben, ihrer noch vorhandenen Lebenschancen zu berauben.

Die Ex-post-Triage ist jedoch nichts anderes, als die konsequente Fortsetzung der Entscheidung nach Überlebenswahrscheinlichkeit und zeigt deren moralische Unzulänglichkeit deutlich: Sollten Behandlungsplätze immer an diejenigen vergeben werden, die aufgrund menschlicher Einschätzung oder Fehleinschätzung die höhere Chance haben, wäre ein Damm gebrochen. Auch vor einem Töten vermeintlich Schwächerer – das zeigt der Ent-

wurf – würde kein Halt mehr gemacht. Heute zur Rettung einer Vielzahl von Leben. Und morgen?

Nancy Poser, Jahrgang 1979, arbeitet seit 2006 als Richterin und ist Gründungsmitglied von Ability-watch e. V. 2021 klagte sie mit anderen vor dem Bundesverfassungsgericht gegen die Diskriminierung von Menschen mit Behinderung im Triage-Verfahren.

Quelle: Mit freundlicher Genehmigung von ZEIT ONLINE
<https://www.zeit.de/gesellschaft/2022-05/triage-behinderung-randomisierung-chancengleichheit>

Gesetzliche Triage-Regelungen

Protesttag: 5 Thesen zum 5.5.22

Zum diesjährigen Europäischen Protesttag zur Gleichstellung behinderter Menschen am 5. Mai 2022 übermittelte der Runde Tisch Triage fünf Thesen zur Erarbeitung und zu den Inhalten gesetzlicher Triage-Regelungen an den Deutschen Bundestag. So soll vermieden werden, dass behinderte Menschen durch eine unzureichende oder gar diskriminierende gesetzliche Regelung bei Triage-Entscheidungen benachteiligt werden. Laut einem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom Dezember 2021 soll der Gesetzgeber aktiv werden, um Benachteiligungen behinderter Menschen zu verhindern. Dieses Ziel einer gesetzlichen Regelung darf der Gesetzgeber nicht aus dem Blick verlieren. Hierfür muss er auch verstehen: Inhaltlich handelt es sich bei der Triage vorrangig um ein menschenrechtlich-ethisches und weniger um ein medizinisches Problemfeld.

These 1

Die Partizipation der Kläger*innen sowie der Verbände, auf deren Argumentation sich der Beschluss des Bundesverfassungsgerichts stützt, muss über die üblichen Formate hinaus und auf Augenhöhe bei der Formulierung der gesetzlichen Triage-Regelungen realisiert werden.

These 2

Inhaltlich sollte eine Triage-Entscheidung mittels eines Randomisierungsverfahrens festgeschrieben werden. Dies garantiert nicht nur allen Patient*innen ein gleiches Recht auf Zugang zur Behandlung, sondern bietet auch den Mediziner*innen ein größtmögliches Maß an Rechtssicherheit. Das Randomisierungsverfahren kann zwar nicht jegliche Benachteiligung ausschließen, ist aber per se keine diskriminierende Auswahlentscheidung. Im Kern der aktuell diskutierten Triage-Entscheidungsverfahren – und hier insbesondere der Auswahl über den Vergleich von Überlebenswahrscheinlichkeiten – handelt es sich hingegen immer um Diskriminierung.

These 3

Verfahrensrechtlich müssen über das Vieraugenprinzip hinaus auch Ärzt*innen des Vertrauens der Betroffenen sowie weitere sachverständige Personen bei Triage-Entscheidungen einbezogen werden. Es ist zu diskutieren und zu definieren, ob es sich um Ethiker*innen, Selbstvertreter*innen oder andere Personen handeln soll.

These 4

Umfassende Dokumentations- und Berichtspflichten sind festzuschreiben. Prüf- und Kontrollmechanismen müssen verpflichtend sein und auch für Angehörige muss es möglich sein, Entscheidungen überprüfen zu lassen. Eine regelmäßige Evaluation von Triage-Entscheidungen unter Beteiligung von Selbstvertreter*innen ist zu gewährleisten. Ein Verstoß gegen die Triage-Regelungen muss strafbar sein.

These 5

Es ist gesetzlich zu regeln, dass in Aus- Fort- und Weiterbildungen aller im Gesundheitswesen Tätigen Fragen von Alltagsdiskriminierungen, Stereotypisierungen sowie (un)bewussten Vorurteilen aller Art thematisiert werden.

Berlin, 5. Mai 2022



Der »Runde Tisch Triage« (www.runder-tisch-triage.de) ist ein Zusammenschluss der LIGA Selbstvertretung (<http://liga-selbstvertretung.de>), der Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie (CBP) (www.cbpcaritas.de) sowie des Forums behinderter Juristinnen und Juristen (FbJJ) (<http://fbjj.de>). Weitergehende Ausführungen können den Positionspapieren der einzelnen Verbände entnommen werden.

Kommentar

zur »zweiten Stellungnahme zur ethischen Situation bei Mangel an intensivmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten im Falle der Multiplen Sklerose (MS), sogenannte Triage« von Prof. Dr. Judith Haas (aktiv 1/2022, S. 42)

VON SIGRID ARNADE

In ihrer Stellungnahme an das Bundesministerium für Gesundheit stellt sich Prof. Dr. Judith Haas an die Seite von Menschen mit MS und versucht, sie vor Benachteiligungen zu schützen. Als erste Vorsitzende des DMSG-Bundesverbandes sei das auch ihre Aufgabe, könnte man argumentieren. Sie hätte sich aber auch gar nicht zu äußern brauchen. Insofern hat Judith Haas meiner Ansicht nach hier schon einmal einen Pluspunkt verdient.

Wenn ich dann allerdings die Argumentation der DMSG-Vorsitzenden lese, sträuben sich mir die Haare. Ok, Haas hat die Stellungnahme bereits im November 2021, also vor dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom Dezember 2021 geschrieben. Reicht das als Begründung dafür, dass der Text jegliches menschenrechtliche Verständnis vermissen lässt und längst überwunden geglaubte Denkmuster wieder mit Leben erfüllt?

Judith Haas schreibt, dass die Lebenserwartung und Lebensqualität von MS-Betroffenen nahezu normal seien, dass innere Organe nicht in Mitleidenenschaft gezogen würden, dass MS-Betrof-

fene keinen schlechteren Verlauf einer SARS-CoV-2-Infektion hätten als die Normalbevölkerung. Aus diesen Gründen dürften MS-Erkrankte bei der Zuteilung knapper medizinischer Ressourcen nicht benachteiligt werden. Eine bereits vorhandene chronische Erkrankung werde zwar als erhöhtes Risiko für den Verlauf einer COVID-Infektion angesehen, MS sei jedoch anders als viele andere chronische Erkrankungen.

Heißt das im Umkehrschluss »Menschen mit anderen chronischen Erkrankungen dürfen aussortiert und benachteiligt werden, nur Menschen mit MS nicht«? Wo bleibt da eine menschenrechtliche Betrachtungsweise, der zufolge jedes Leben gleich viel wert ist? Und das unabhängig von der Lebenserwartung, der Lebensqualität (wer will die eigentlich wie beurteilen?), Schäden innerer Organe etc.

Wenn wir unsere historische Verantwortung ernst nehmen und nicht wieder auf die schiefe Bahn einer Unterscheidung in mehr oder weniger lebenswertes Leben geraten wollen, dann dürfen Ärzt*innen lediglich beurteilen, ob es für den jeweiligen Menschen mit ei-

ner entsprechenden Therapie eine kurzfristige Überlebenschance gibt. Jede weitere Entscheidung, auch die über die Zuteilung des letzten Atemgeräts, sollte man Fachleuten für menschenrechtlich-ethische Fragestellungen überlassen.

Der DMSG-Vorsitzenden kann man noch zugutehalten, dass sie «nur» Ärztin ist und sich mit menschenrechtlichen Fragen vielleicht noch nicht intensiv beschäftigt hat.

Der DMSG-Bundesverband hat sich am 29.11.2021 mit einer Stellungnahme an das Bundesministerium für Gesundheit gewandt:

Zweite Stellungnahme zur ethischen Situation bei Mangel an intensivmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten im Falle der Multiplen Sklerose (MS), sogenannte Triage

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ihre klinisch-ethischen Empfehlungen zur „Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie“ haben seit der Veröffentlichung der ersten Version im Jahr 2020 sehr große Besorgnis bei Menschen mit Multipler Sklerose, deren Angehörigen als auch den medizinischen Fachpersonen ausgelöst.

Glücklicherweise ist es seit diesem Zeitpunkt unserer Kenntnis nach noch zu keinem Zeitpunkt in einer deutschen Klinik zur Notwendigkeit der sogenannten Triage gekommen. Auch mit der jetzigen Aktualisierung (Vorabversion 3) sehen wir uns erneut gezwungen, als Vertretung der ca. 250.000 Menschen mit MS in Deutschland Stellung zu nehmen.

MS ist eine chronisch entzündliche Autoimmunerkrankung des zentralen Nervensystems. MS beginnt im jungen Erwachsenenalter und ist eine lebensbegleitende Erkrankung, die in der Mehrzahl der Fälle viele Jahre ohne eine nennenswerte Behinderung verläuft. Die Lebenserwartung und Lebensqualität ist nahezu normal im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung.

MS-Erkrankte und ihre Angehörigen machen sich derzeit große Sorgen, ob sie bei den aktuell diskutierten Engpässen in der intensivmedizinischen Versorgung als chronisch Kranke bei der sogenannten Triage benachteiligt werden könnten.

Im Falle der Triage wird in den Rettungsstellen unterschieden zwischen leicht Erkrankten, die zu Hause behandelt werden können, schwerer Erkrankten, die ein Krankenhausbett benötigen, und Schwersterkrankten, die eine intensivmedizinische Behandlung zum Überleben benötigen.

Diese Modelle fanden bisher Anwendung in Kriegszeiten, aber auch bei Naturkatastrophen mit vielen Verletzten, Terrorangriffen und auch bei Pandemien.

Die Berichte aus dem Jahr 2020 insbesondere aus unseren europäischen Nachbarländern Italien, Frankreich und Spanien, wo Ärzte in der Corona-Pandemie bereits Entscheidungen im Sinne einer Triage treffen mussten, die Entscheidung also darüber, wer bei Einschätzung seiner Überlebenschancen Zugang zur maximalen Versorgung hat oder aber nicht, haben die Öffentlichkeit insgesamt sehr beunruhigt, insbesondere aber auch MS-Erkrankte, weil eine bereits vorhandene chronische Erkrankung als erhöhtes Risiko für den Verlauf einer COVID-Infektion angesehen wurde.

MS unterscheidet sich jedoch von vielen anderen chronischen Erkrankungen dadurch, dass keine lebenswichtigen inneren Organe wie Herz, Leber, Nieren oder Lunge in Mitleidenschaft gezogen werden. Die Lebenserwartung ist im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung nahezu normal. Eine bestehende Funktionsstörung des zentralen Nervensystems, auch die Notwendigkeit einen Rollstuhl zu benutzen, kann kein Entscheidungskriterium gegen eine intensivmedizinische Behandlung sein.

Die Lebenserwartung von MS Betroffenen und die messbare Lebensqualität normalisiert sich. Selbst schwerer betroffene MS-Patienten sind in aller Regel in der Lage, ein selbstbestimmtes Leben zu führen.

Wir möchten daher ganz ausdrücklich betonen: Für MS-Erkrankte dürfen keine anderen als die für die Allgemeinbevölkerung geltenden Kriterien für eine Einschätzung der Lebenser-

wartung bei einer Covid-19-Infektion herangezogen werden.

Wir konnten zeigen, dass MS-Erkrankte per se auch bei einer SARS-CoV-2-Infektion keinen schlechteren Verlauf gegenüber der Normalbevölkerung aufweist.

Nach dem aktuellen Stand des DIVI-Intensivregister (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V.; www.intensivregister.de) stehen derzeit ca. 22.000 Intensivbetten zur Verfügung, von denen bundesweit im Schnitt weniger als zwei Betten je Klinik frei sind. In einigen Regionen Deutschlands sind jedoch die Kapazitäten bereits vollständig ausgeschöpft. Die Notfallreserve an Intensivbetten beträgt etwa 9.000 Betten, die in einer Woche aktiviert werden können.

Die DMSG hat sich bisher massiv dafür eingesetzt, dass Menschen, die an MS erkrankt sind, sich gegen das SARS-CoV-2-Virus impfen lassen. Und sehr viele MS-Erkrankte sind diesen Empfehlungen gefolgt und haben das ihre getan, um sich und andere zu schützen.

Wir hoffen zutiefst, dass das deutsche Gesundheitssystem trotz der aktuell äußerst hohen Belastung und bereits notwendiger Transporte von intensivpflichtigen Patienten zu freien Intensivbetten insgesamt in der Lage bleibt, die notwendige Zahl an Beatmungsplätzen und medizinischem Personal zur Verfügung zu stellen, so dass Ärzte diese Entscheidungskriterien über Leben und Tod nicht anwenden müssen und jeder, der einer intensivmedizinischen Behandlung oder auch lebenswichtiger Medikamente bedarf, sicher sein kann diese uneingeschränkt zu erhalten.

Mit freundlichen Grüßen
Prof. Dr. med. Judith Haas
1. Vorsitzende
DMSG, Bundesverband e. V.

Der Abdruck der
Stellungnahme in
„aktiv 1/2022“

Buchbesprechungen



Christina Pape, Georg Behringer:
MAMAS MS HEISST MOPPI
SUMMS.

Ein Kinderfachbuch über Multiple Sklerose.

54 Seiten, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 21,00 Euro,
 ISBN: 978-3-86321-619-1

Fine ist 6 Jahre alt. Ihre Mama Hilda lebt mit MS – Multiple Sklerose. Dieser Name ist Fine zu kompliziert. Deshalb heißt die Langform für MS bei ihr Moppi Summs. Hilda erklärt Fine, was Moppi Summs in ihrem Körper anstellt: Moppi Summs knabbert die Telefonleitungen zwischen den Nervenzellen an, so dass der Informationsfluss gestört wird.

Die Autorin Christina Pape, die als Mutter selbst mit MS lebt, erklärt in diesem Buch für Kinder ab 4 Jahren die komplizierte Krankheit MS in kindgerechter Form. Dazu trägt auch die gekonnte Illustration des Graphikers Georg Behringer bei. Die anschließenden Mitmachseiten laden Kinder ein, etwas zu der Geschichte oder zu ihren Erfahrungen zu malen, zu schreiben oder zu kleben. Es folgen weitere Hintergrundinformationen sowie Links.

Ziel der Autorin ist es, die Sorgen von Kindern mit einem MS-betroffenen Elternteil ernst zu nehmen und die Ängste der Kinder zu reduzieren. Dazu ist das Buch meiner Ansicht nach gut geeignet.

Befremdet hat mich nur, dass im Fachteil zur MS lediglich die Vorsitzende der bekanntermaßen pharmafreundlichen Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG)

zu Wort kommt und das in einem Buch des Mabuse-Verlags, den ich bisher immer für pharmakritisch hielt.

SI

Bernd Hontschik:
HEILE UND HERRSCHE!
EINE GESUNDHEITSPOLITISCHE
TRAGÖDIE.
 144 Seiten, Westend-Verlag, Frankfurt am Main 2022, 18,00 Euro,
 ISBN: 978-3-86489-358-2



Wissen Sie eigentlich, was P4P ist?
 Nein, es handelt sich nicht um eine Abkürzung aus dem EDV-Bereich, wie man vermuten könnte, sondern steht für »Pay for Performance«. Und das meint auch nicht die Bezahlung an der Abendkasse für

ein Theaterstück, sondern steht für ein neuartiges Bezahlssystem für ärztliche Leistungen, das die Behandlungsqualität sichern soll. Doch wie wird sie gemessen, wie wird Qualität definiert und wer legt die Standards fest? Wer profi-

tiert und wer hat das Nachsehen? Der (erschreckend) lesenswerte Abschnitt zu »Pay for Performance« ist jedoch nur ein kleiner Teil der vorliegenden Streitschrift von Bernd Hontschik – langjährige Leser*innen von FORUM PSYCHOSOMATIK kennen seine trefflichen Texte. Dr. med. Bernd Hontschik, lange als Oberarzt in der Chirurgie tätig, sagt: Was wir in Deutschland derzeit erleben, ist eine Zeitenwende: Krankenhäuser werden aus öffentlichem Besitz verschleudert. Die Patient*innen werden der Digitalisierung geopfert. Das Gesundheitswesen wird zu einem profitablen System umgebaut, das von Ökonomie und Politik gesteuert wird.

In sieben leicht verständlichen (!) Kapiteln, oft mit historischem Bezug, geht der Autor auf

Bezahlsysteme, Krankenkassen, Krankenhäuser, Pharmaindustrie, Digitalisierung und die Medizin als Herrschaftsinstrument ein. Doch zum Schluss lässt Hontschik seine vermutlich frustrierten oder zornigen Leser*innen nicht allein, sondern stellt 10 Thesen für ein Gesundheitssystem der Zukunft vor. Bescheiden möchten wir hier anmerken, dass uns eine These 11 fehlt: Barrierefreiheit in der Ausführung aller medizinischer Leistungen muss vollumfänglich garantiert sein.

Als kleines Bonbon obendrein gibt Hontschik dann auch noch Links an, die zum Mitmachen bei unterschiedlichen zivilgesellschaftlichen Organisationen animieren – chapeau!

HGH

Giovanni A. Fava:
NICHT KRANK IST NICHT
GESUND GENUG. ANLEITUNG
ZUM WOHLBEFINDEN.
 120 Seiten, Klett-Cotta-Verlag,
 Stuttgart 2022, 18,00 Euro,
 ISBN: 978-3-608-4014-2-4



Upps, dachte ich beim Aufblättern des Titels, habe ich da etwa das Original von Prof. Dr. med. Fava, Psychiater und Therapeut aus Bologna (Italien), aus dem Jahr 2018 zur Well-Being-Therapie (WBT) übersehen? Denn das vorliegende Büchlein versammelt (nur?) »Favas Federn«, kurze Fallbeschreibungen aus seinem ärztlich-therapeutischen Alltag, die seit 2018 als Kolumnen in der deutschen wissenschaftlichen Fachzeitschrift »Ärztliche Psychotherapie« erschienen

sind. Aber »Favas Federn« sind beileibe keine spektakulären oder gar sensationellen Therapieberichte, sondern er schildert Alltagsprobleme, die wenig Dramatisches an sich haben. Und die »Protagonist*innen« in seinen Berichten sind auch keine schwerst gestörten Personen, sondern »Zeitgenossen, die an irgendeiner Stelle in ihrem Leben ins Stolpern geraten sind«.

Die WBT-Kurztherapie nach Fava basiert auf der »Selbstbeobachtung des psychischen Wohlbefindens« auf Basis eines strukturierten Tagebuchs. So schreibt Fava auch in einer seiner »Federn« über die WBT: »Es handelt sich dabei um eine Form der Selbsttherapie mit Hilfe von »Hausaufgaben« zwischen den Sitzungen und einer kognitiven Umstrukturierung derjenigen mentalen Schemata, die eine Person dazu bringen kann, ihr psychisches Wohlbefinden systematisch zu un-

terdrücken«. »Euthymie«, wörtlich aus dem Griechischen übersetzt: »gute Stimmung« ist dabei das Grundprinzip und das Ziel der therapeutischen Arbeit von Fava.

In der sehr empathisch-persönlichen Einführung zu diesem Buch von Wulf Bertram, Arzt, Autor, Psychotherapeut und verlegerischer Geschäftsführer beim Schattauer-Verlag, meint Bertram, man könne Euthymie auch mit »vergnügt« übersetzen – so wäre jemand, der oder die erreicht hat, was er oder sie erstrebte und damit zufrieden gestellt ist: »Ein erstrebenswerter Zustand, der im Sinne einer Maximierung von Ansprüchen und Bedürfnissen in einer kapitalistischen Warengesellschaft allerdings eher kontraproduktiv und damit wenig populär ist«.

In diesem Sinne sind Einführung und Federn ein wahrhaft »vergnügendes« Leseerlebnis!

HGH

Stiftung LEBENSNERV
Liebstöckelweg 14
13503 Berlin

Tel.: 030/436 35 42

Fax: 030/436 44 42

Mail: info@lebensnerv.de

www.lebensnerv.de

