

Abstracts

Plenarvortrag

„Solidarität und Würde - Unterstützung für traumatisierte Frauen und Mädchen in Kriegs- und Krisengebieten“

Dr. Monica Hauser (Medica Monciale, Kontakt: info@medicamondiale.org)

Was braucht es für ein gutes Leben? Geschlechtergerechtigkeit.

Unverzichtbar für ein gutes Leben sind körperliche Unversehrtheit und sexuelle Selbstbestimmung. Dafür braucht es PolitikerInnen, die die Belange von Frauen wahr- und ernstnehmen und die patriarchale Strukturen analysieren, bekämpfen und aufheben.

Unentbehrlich sind Empathie und Verbundenheit mit den Überlebenden sexualisierter Gewalt. Nur so können Projekte wie die der Frauenrechtsorganisation *medica mondiale* und Konzepte wie unser stress- und traumasensibler Ansatz zur Unterstützung Betroffener entstehen und wirken.

Unersetzlich sind engagierte Kämpferinnen für Menschenrechte, die sich nicht entmutigen lassen, die laut und deutlich die Interessen der Überlebenden vertreten und ebenso laut und deutlich die Ignoranz der Machthabenden und der Täter benennen.

Unerlässlich für ein gutes Leben sind Solidarität und Würde bei der Unterstützung von Frauen und Mädchen in den Konfliktregionen dieser Welt. Das gilt ebenso für alle Menschen, die geflohen sind vor Vertreibung, Verfolgung und Diskriminierung. Unabdingbar für *unser* gutes Leben ist, sie kraftvoll und mutig zu unterstützen – alle Seiten können nur gewinnen.

Unabdingbar für geflüchtete Frauen in Unterkünften sind eine sichere Unterbringung, Privatsphäre, Schutzräume und Informationsangebote. Viele von ihnen haben zu Hause, auf der Flucht oder in Lagern Gewalt erlebt. Umso wichtiger ist es, ihnen mit einer stress- und traumasensiblen Haltung zu begegnen. Dazu tragen wir von *medica mondiale* mit einem Qualifizierungsprogramm in Deutschland bei.

Was wir endlich brauchen ist der politische Wille, Gewalt gegen Frauen zu beenden und ihre Lage nachhaltig zu verändern. Das bedeutet, neben Lippenbekenntnissen ausreichende finanzielle und personelle Ressourcen zur Verfügung zu stellen.

Wie wir mit Überlebenden sexualisierter Gewalt und den Folgen der Verbrechen umgehen, liegt in der Verantwortung der gesamten Gesellschaft. Jegliche Form sexualisierter und geschlechtsspezifischer Gewalt – sei es in bewaffneten Konflikten oder in Friedenszeiten – ist Ausdruck diskriminierender Geschlechterverhältnisse. Ohne Geschlechtergerechtigkeit entsteht kein Friede, nirgends.

Medizinhistorische Themenachse

Der Nürnberger Ärzteprozess 1946/47 – Absicht. Rezeption. Wirkung.

Prof. Dr. Karl-Heinz Leven (Kontakt: karl-heinz.leven@fau.de)

Der Nürnberger Ärzteprozess war das erste von 12 Verfahren nach dem Internationalen Kriegsverbrecherprozess. Angeklagt waren 23 hochrangige Mediziner und Medizinfunktionäre, denen Kriegsverbrechen und Verbrechen gegen die Menschlichkeit zur Last gelegt wurden. Mit dem Urteil von Nürnberg wurde 1947 die NS-Medizin juristisch gefasst und abgeurteilt, zudem eine Art Richtlinie für künftig zulässige medizinische Experimente geschaffen. Der Vortrag skizziert Planung und Durchführung des Ärzteprozesses, sowie dessen Wirkung auf die zeitgenössische und spätere Medizin.

Mit der Geschichte lernen? Zur Bedeutung des Nürnberger Kodex für heute

Dr. Michael Wunder (Kontakt: m.wunder@Alsterdorf.de)

Können wir mit der Geschichte lernen? Die Antworten schwanken zwischen ja, aber wir hätten die Lektion gelernt, weil die Medizin heute rassistische und fremdenfeindliche Ressentiments überwunden habe und das Individuum achte, und nein, weil die Probleme und Fragen damals und heute viel zu unterschiedlich seien. Es ginge nicht um Kontinuitäten, sondern um die Unterschiedlichkeiten, die zu erfassen seien. Aber können wir uns so sicher sein, dass nicht trotz deutlicher Unterschiede insbesondere im Bereich der wissenschaftlichen Erkenntnisse alte Gedanken fortleben und reaktualisiert werden? Findet sich nicht die alte Idee der genetischen Verbesserungsfähigkeit und Verbesserungswürdigkeit des Menschen wieder in den Debatten der modernen Biomedizin, dem genetic enhancement und dem genome editing? Und findet sich nicht das alte Muster des nicht mehr für lebenswert empfundenen Lebens in den Debatten über aktive Sterbehilfe, Suizidassistenten und Präimplantationsdiagnostik? Sind die Gedankenmuster der Eugenik und der Euthanasie tatsächlich überwunden? Oder leben sie im Gewand der selbstbestimmten Lebensunwert-Erklärungen der Suizidassistenten-Befürworter und der „Eugenik von unten“ der vielen Schwangerschaftsabbrüche nach Pränataldiagnostik weiter? Kann heute eine Rückbesinnung auf den Nürnberger Kodex von 1947 helfen, solche Fragen zu beantworten? Der Nürnberger Kodex von 1947 enthält allgemein gültige Aussagen zum menschenrechtlichen Schutz des Individuums, gleichzeitig aber auch zur Verantwortung der Medizin und der Mediziner. Die kritisch-historische Anknüpfung an den Nürnberger Kodex heute sieht sich aber grundsätzlich zwei Fragen gegenüber, die die Gültigkeit und den Charakter und des Kodex betreffen. Hat der Kodex nur eine historische oder auch eine heute wirksame Bedeutung? Und hat der Kodex einen rein juristischen Charakter ist er auch ein ethischer Kodex für eine humane Medizin im Allgemeinen? Der Vortrag geht diesen Fragen nach.

Zögerliche Selbstreflexion: Die Thematisierung von Medizin im Nationalsozialismus durch die Bundesärztekammer

Prof. Dr. Volker Roelcke (Kontakt: volker.roelcke@histor.net.uni-gießen.de)

Die Stigmatisierung, Entrechtung und erzwungene Emigration von „jüdischen“ und „politisch unzuverlässigen“ Ärzten in der Zeit des Nationalsozialismus, die Zwangssterilisation und Tötung von Menschen, die von Ärzten als „erbkrank“ bzw. „lebensunwert“ diagnostiziert worden waren, die Ausbeutung der Arbeitskraft von Zwangsarbeitern in medizinischen Institutionen und schließlich die erzwungene medizinische Forschung an Menschen in de facto rechtsfreien Räumen können als extreme Manifestation von ubiquitär vorhandenem menschlichem Anpassungsverhalten sowie von der modernen Medizin inhärenten destruktiven Potentialen betrachtet werden. Beteiligt an diesen Aktivitäten waren eine Vielzahl von Ärzten und biomedizinischen Wissenschaftlern bis hin zu Repräsentanten medizinischer Fachgesellschaften und international renommierter Forschungsinstitutionen. Eine kritische Bestandsaufnahme des Geschehenen, eine systematische Analyse der Voraussetzungen für die Bereitschaft zur Beteiligung an den Unrechtstaten und eine Bitte um Entschuldigung gegenüber Repräsentanten der Opfergruppen hat von Seiten der verfassten Ärzteschaft im Nachkriegs deutschland über lange Zeit praktisch gar nicht stattgefunden, dann seit den 1980er Jahren durch Druck von außen oder von den Rändern der Ärzteschaft langsam zunehmend, jedoch bis heute zögerlich. Eine öffentliche Bitte um Verzeihung gegenüber den Opfern von Zwangssterilisation, „Euthanasie“ und erzwungener Forschung steht bis heute aus. Der Vortrag beschreibt den Prozess der zögerlichen Thematisierung und Selbstreflexion durch die Bundesärztekammer und zieht eine Bilanz vier Jahre nach der „Nürnberger Erklärung“ des Deutschen Ärztetages 2012.

Eng verwoben: Das Deutsche Rote Kreuz, die Macht und das Militär 1918–1956

Dr. Horst Seithe (Kontakt: horst.seithe@klinikum-nuernberg.de)

Ausgehend vom verlorenen 1. Weltkrieg und den Reaktionen des DRK auf die erzwungene Demilitarisierung von Wehrmacht und wehrmachtsnahen Organisationen wird der Bogen weiter gespannt von der Öffnung des DRK gegenüber nationalsozialistischen Einflussnahmen bis hin zum

nationalsozialistischen DRK mit seiner engen Verstrickung mit NSDAP, SS, nationalsozialistischem Unrechtsstaat und seiner Teilnahme am 2. Weltkrieg.

Ernst Robert Grawitz und die personelle Verflechtung von DRK-Führung und SS im Nationalsozialismus

Dr. Judith Hahn (Kontakt: judith.hahn@charite.de)

Wiewohl in der Zeit des Nationalsozialismus der äußere Schein staatlicher Unabhängigkeit aufrechterhalten werden sollte, war das Deutsche Rote Kreuz de facto institutionell und ideologisch in den Herrschaftsapparat des NS-Regimes eingebunden. An der Spitze des DRK gewährleisteten enge personelle Verflechtungen mit der SS den Zugriff der Staatsführung auf Ressourcen des DRK. Vor diesem Hintergrund nimmt der Beitrag führende DRK-Vertreter der NS-Zeit in den Blick und beschreibt ihre Funktionen und ihr Handeln vor und während des Zweiten Weltkrieges. Allen voran ist dabei auf den „Geschäftsführenden Präsidenten des Deutschen Roten Kreuzes“ und zugleich „Reichsarzt SS“, Ernst Robert Grawitz (1899-1945) einzugehen. Daneben wird die Rolle des Präsidenten des DRK, Carl Eduard von Sachsen-Coburg und Gotha (1884-1954) zu beleuchten sein, die Funktion des Leiters des SS-Wirtschafts- und Verwaltungshauptamtes bzw. der Konzentrationslager, Oswald Pohl (1892-1951), und nicht zuletzt die Bedeutung des Obersten Klinikers der Waffen-SS, Karl Gebhardt (1897-1948), in dessen Sanatorium in Hohenlychen noch 1945 Geheimverhandlungen zwischen dem Reichsführer SS Heinrich Himmler und Folke Bernadotte, dem Präsidenten des Schwedischen Roten Kreuzes, stattfanden.

Das deutsche rote Kreuz und die Wiederbewaffnung der Bundesrepublik Deutschland

Prof. Dr. Dieter Riesenberger

In einem ersten und kurzen Abschnitt wird auf die Beschlüsse der beiden Spitzenorgane der Rotkreuz-Bewegung - des Internationalen Komitees des Roten Kreuzes und der Liga der Rotkreuzgesellschaften - als Reaktion auf den Atombombenabwurf über Hiroshima (6. August 1945) in den Jahren 1945 bis 1949 eingegangen.

Im zweiten und ausführlicheren Teil werden die Aktivitäten des ersten Präsidenten des Roten Kreuzes Otto Geßler (1875-1955) zum Aufbau eines Zivilschutzes und des Luftschutzes von 1950 bis zum Erlass des „vorläufigen Luftschutzprogramms“ vom 9. Oktober 1957 vorgestellt. Diese Aktivitäten spielten sich mit Duldung der Bundesregierung und der Hohen Kommission sowie unter Ausschluss der Öffentlichkeit und des Parlaments ab. Erst nach Abschluss des Deutschlandvertrages war die Bundesrepublik als (halb-)souveräner Staat berechtigt, Zivilschutz- und (militärische) Luftschutzmaßnahmen einzuleiten.

Themenachse Global Health – Medical Peace Work

TTIP/CETA – Rendite vor Gesundheit: Wie Freihandels- und Investitionsabkommen die globale Gesundheit ruinieren

Jörg Schaaber (BUKO Pharma-Kampagne, Kontakt: js@bukopharma.de)

zum Thema Medikamente global:

Arzneimittelversorgung haben: Rationale Therapie wird durch stärkere Geheimhaltung von Studienergebnissen erschwert, gerade in der EU erreichte Verbesserungen der Transparenz sind akut gefährdet. Einfachere Patentierung setzt nicht nur falsche Signale für die Forschung, durch die Exklusivvermarktung werden auch die Medikamentenpreise steigen. Die Möglichkeit von Sozialversicherungssystemen, Preise zu senken und unwirtschaftliche Medikamente auszuschließen, wird durch den Investorenschutz in Frage gestellt. Verschärft gelten die Bedenken für Länder des globalen Südens, denn TTIP ist ausdrücklich als Blaupause für Abkommen mit weiteren Ländern

gedacht. Bereits jetzt gelten für große Teile der Weltbevölkerung hohe Preise bei Medikamenten als das wichtigste Zugangshindernis.

Dr. Martin Beckmann (ver.di Bundesverwaltung, Berlin, Kontakt: martin.beckmann@verdi.de)

zum Thema Erbringung von Dienstleistungen:

In der Debatte zu den verschiedenen geplanten Handels- und Investitionsabkommen sind aus Sicht der Gewerkschaften einige Anliegen von besonders großem Interesse. Dazu gehört etwa, dass die öffentliche Daseinsvorsorge geschützt und von diesen Abkommen ausgenommen werden sollte. Dies betrifft selbstverständlich auch die Gesundheitsversorgung.

Eine generelle Ausnahme der öffentlichen Daseinsvorsorge vom Anwendungsbereich der von der EU abgeschlossenen Freihandels- und Investitionsabkommen gibt es bisher nicht. Allerdings wird von der EU ein mehrstufiger Ansatz verfolgt, der über verschiedene Ausnahmeregelungen die öffentliche Daseinsvorsorge schützen soll.

Die Ausnahmen sollen vorgestellt und ihre Wirksamkeit eingeschätzt werden. Es wird davon ausgegangen, dass Schlupflöcher bestehen und ein umfassender Schutz der Gesundheitsdienste vor Liberalisierung und möglichen Klagen ausländischer Investoren vor Schiedsgerichten nicht gegeben ist.

Anne Jung (Medico International, Kontakt: jung@medico.de)

Jüngst sorgte ein Gerichtsurteil für internationales Aufsehen: Geklagt hatte der Tabakriese Philip Morris gegen die Regierung von Uruguay. Mit einem Gesetz zum Nichtraucherschutz habe diese das in einem Freihandelsabkommen verankerte Recht des Unternehmens auf Profit verletzt. Nun schmetterte ein Schiedsgericht die Klage ab. Ein großer Erfolg, keine Frage. Doch der Skandal besteht darin, dass ein Gerichtsverfahren überhaupt zugelassen wurde, in dem darüber gestritten wurde, ob eine Regierung die Gesundheit ihrer Bevölkerung schützen darf. Anne Jung wird in ihrem Input erläutern, wie dieses in Freihandels- und Investitionsschutzabkommen festgeschriebene Recht auf Profit für Unternehmen und Investoren Krankheiten befördert und erst hervorbringt

Medical Peace Work: Can health professionals bring about a more peaceful society? (Englisch)

Dr Klaus Melf (IPPNW Norway), **Stefi Barna** (University of East Anglia/Medact, UK), **Eva-Maria Schwienhorst-Stich** (Medical Mission Institute, Würzburg), **Stephan Kolb** (Klinikum Nürnberg), and others (contact: <http://www.medicalpeacework.org/about-us/contact-us.html>)

This workshop is conducted by the Medical Peace Work project.

Health professionals have an invaluable role to play in disarmament, sustainable development, human rights, and conflict transformation. For the past ten years, the Medical Peace Work project (MPW) has been working to educate health professionals about their role in violence prevention and peacebuilding. The project includes health professionals of all backgrounds and people from all over the world.

This workshop will introduce you to the history and philosophy of medical peace education and practice. It will help you to understand why and how an understanding of war, militarisation, torture, migration, domestic violence and climate change should be included in the curricula of nursing, medical and continuing professional education. You'll learn how best to engage in peace issues using various training methods, teaching materials, and professional accreditation. You can also help evaluate audio-visual case studies on these and other issues.

Wo fängt Bestechung an? Korruptionsversuche im ärztlichen Alltag – die eigene Verführbarkeit erkennen lernen

Prof. Dr. Thomas Kühlein (Kontakt: thomas.kuehlein@uk-erlangen.de), **Dr. Veit Wambach**
(Kontakt: info@drwambach.de)

Wenn ein Klinikchef von einer Firma Geld annimmt, deren Herzklappen dann bei den Patienten seiner Klinik implantiert werden, dann ist das Korruption. Korruption ist kriminell. Mit ihr umzugehen ist am Ende die Aufgabe der Gerichte. Wenn ein berühmter Arzt und Wissenschaftler von der Industrie hohe Geldbeträge für seine Forschung und üppige Vortragshonorare für industriefinanzierte Fortbildungsveranstaltungen erhält, bei denen winzige Fortschritte als Durchbruch und neuer Versorgungsstandard vermittelt werden, dann werden viele das als problematisch empfinden. Damit umzugehen wäre Aufgabe der Profession. Uns interessiert in diesem Workshop viel mehr unsere eigene kleine Korruptierbarkeit im ärztlichen Alltag. Wo fängt sie an? Wo ist die Grenze des gerade noch Vertretbaren? Wie breit ist der Graubereich dazwischen? Bis wohin können wir unsere Erklärungen und Rechtfertigungen für Übertretungen des Vertretbaren noch gelten lassen?

Die internationale „charter on medical professionalism“ sieht die ärztliche Berufsethik als Basis für den Kontrakt zwischen Medizin und Gesellschaft. Welche Rolle spielt die Gesellschaft für unser Handeln und unsere Entscheidungen, wenn sie nicht gerade regulierend in dieses Handeln eingreift? Sind wir wirklich bereit, einzelnen Patienten den möglichen Nutzen einer medizinischen Maßnahme vorzuenthalten, um die Ressourcen für eine Gemeinschaft der Versicherten zu schonen? Sind wir bereit auf medizinische Maßnahmen zu verzichten, die eher unserer eigenen Sicherheit dienen (Stichwort „defensive Medizin“), als der unserer Patienten? Und sind wir bereit auf medizinische Maßnahmen zu verzichten, die unseren Patienten nicht nutzen, die wir aber durchführen, weil sie unserer Meinung nach keinen Schaden verursachen, aber helfen unseren Praxisbetrieb und damit unser und unserer Mitarbeiter finanzielles Wohl zu sichern?

Gemeinsam wollen wir in diesem Workshop versuchen, uns den Antworten auf diese und ähnliche Fragen anzunähern. Spannend wird es vor allem dort werden, wo es keine eindeutigen Antworten auf unsere Fragen gibt.

Decision making – Wie kommen wir im Alltag zur klugen Entscheidung?

Prof. Dr. Thomas Kühlein (Kontakt: thomas.kuehlein@uk-erlangen.de), **Dr. Veit Wambach**
(Kontakt: info@drwambach.de)

Der ärztliche Alltag verlangt von uns eine endlos scheinende Zahl von Entscheidungen. Wie kommen diese Entscheidungen zustande? Wie können wir wissen, ob wir richtig entschieden haben, und für wen waren unsere Entscheidungen richtig? Das Studium hat uns in der Vorklinik ausgiebig mit Erkenntnissen zu Anatomie, Physiologie und Biochemie, also der Funktionsweise der „Maschine Mensch“ befrachtet. In den klinischen Abschnitten unserer Ausbildung ging es um typische Krankheitsbilder und deren Pathologie, Pathophysiologie und Pathobiochemie. Anschließend an das Studium haben wir in unserer Weiterbildung eine Art Arztlehre durchlaufen. Wir haben von unseren Lehrern gelernt, wie man es macht. Über viele Jahre haben wir mit unseren PatientInnen eigene Erfahrungen gesammelt und in unseren Praxen eigene Routinen entwickelt. Die alten Lehrer wurden inzwischen zunehmend durch Leitlinien ersetzt. Die Leitlinien widersprechen nicht selten unseren Routinen. Wie gehen wir damit um? Wenn eine Patientin zu fünf ÄrztInnen geht und fünfmal einen anderen Rat bekommt, dann stimmt etwas nicht mit der Medizin. Wenn fünf verschiedene PatientInnen bei einem individuellen Arzt/Ärztin immer denselben Rat bekommen, dann stimmt ebenfalls etwa nicht mit der Medizin. Leitlinien können, neben dem Versuch unser Wissen auf dem aktuellen Stand zu halten, auch als Versuch gesehen werden, weniger Individualität auf der ÄrztInnenseite zugunsten von mehr Individualität auf PatientInnenseite zu erreichen. Gute ÄrztInnen benutzen eine Leitlinie deshalb nicht wie ein neues Richtschwert der Schulmedizin um alle PatientInnen gleich zu behandeln. Die eigentliche Kunst guter ÄrztInnen liegt nicht im Erfinden eigensinniger Handlungsweisen, sondern im notwendigen und begründeten Abweichen von der Leitlinie, dort wo dies im Sinne der individuellen PatientIn notwendig ist. Die eigentliche Kunst liegt nicht alleine in der Umsetzung, sondern in der individuellen Anpassung des Standards Leitlinie. Wie

kann das gehen? Was gilt als ausreichender Grund vom Standard Leitlinie abzuweichen? Sind wir für diese Aufgabe gut gerüstet?

Anhand von Beispielen soll im Workshop versucht werden aufzuzeigen, wie man im konkreten Fall zu einer guten Entscheidung kommen kann. Darüber hinaus möchten wir Ihnen darstellen, wie Ärztenetze mit diesem Thema umgehen und welche Unterstützungsmöglichkeiten ein Ärztenetz seinen Mitgliedern geben kann.

Flüchtlingsdrama in mehreren Akten – was sind die Herausforderungen in der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen?

Nothilfe im Heimatland: Dr. Gisela Penteker (IPPNW, Kontakt: penteker@t-online.de)

Laut UNHCR gibt es über 60 Millionen Flüchtlinge weltweit, von denen 2/3 (40 Millionen) Vertriebene im eigenen Land sind, die meisten anderen bleiben grenznah in Nachbarländern. Ich werde von eigenen Erfahrungen im Norden Syriens (Rojava), im Nordirak (Kurdistan) und im Südosten der Türkei berichten. *In allen drei Regionen leben viele Flüchtlinge unter prekären Bedingungen, angewiesen auf die Unterstützung der BewohnerInnen. In allen drei Regionen haben wir Menschen getroffen, die sich von der Dimension der Aufgabe nicht abschrecken lassen und versuchen, die Not der Flüchtlinge zu lindern und sie bei der Bewältigung ihrer Traumata zu unterstützen.*

Wir lernen ein Frauen-Gesundheits-Projekt in Rojava kenne, die Yiyan Foundation for Human Rights im Nordirak und die Bemühungen der Stadtverwaltungen, der Menschenrechtsstiftung und der Ärztekammer im Südosten der Türkei, wo Flüchtlinge aus Syrien und Binnenvertriebene aus kurdischen Städten auf Hilfe angewiesen sind, die die Regierung ihnen verweigert.

Nothilfe auf der Flucht: Dr. Gerhard Gradl (Humedica, Kontakt: praxis.gradl@t-online.de)

Wenn die Flucht im eigenen Land oder in die Nachbarländer auch keine Perspektive oder Hoffnung mehr bieten, dann machen sich viele der Vertriebenen und Geflohenen auf den Weg, um in anderen sogenannten sicheren Ländern zumindest vorübergehend eine Bleibe zu finden.

Unterschiedliche Routen – lange und kurze, bessere und sehr unsichere werden benutzt. Aus Angst vor Überfremdung, aus Ablehnung und mangelnder Solidarität heraus verwehren sich aber zunehmend die Länder dagegen, die Menschen ziehen zu lassen. Das bekannteste Beispiel ist die Sperrung der sogenannten „Balkanroute“ bei Idomeni an der griechisch-mazedonischen Grenze.

Die Hilfsorganisation „Humedica“ aus Kaufbeuren organisierte hier die Unterstützung der basismedizinischen Versorgung. Mein Bericht zeigt die Umstände, die Chancen und insbesondere auch die Schwierigkeiten auf, die während dieses Einsatzes aufgetreten sind.

Nothilfe hier vor Ort: Prof. Dr. Helfried Gröbe (Kinderarzt in der Erstaufnahme Zirndorf, Kontakt: hdgroebe@web.de)

In der Erstaufnahmeeinrichtung in Zirndorf bieten wir jeden Vormittag eine kinderärztliche Sprechstunde in einem eigenen Sprechzimmer an. Das Angebot ist niederschwellig, d.h. es ist keine Anmeldung erforderlich, die Sprechstundendauer richtet sich nach der Inanspruchnahme. Alle Ankommenden werden auf diese Sprechstunde hingewiesen.

Der Erstkontakt hat das Ziel:

- eine Atmosphäre der Ruhe und Zuwendung zu schaffen, damit wir trotz allen babylonischen Sprachgewirrs und auch Sprachlosigkeit ein Kontakt aufgenommen werden kann
- Kinder jeglichen Alters zu untersuchen, Erkrankungen zu diagnostizieren zu behandeln und im Bedarfsfall einer Kinderklinik oder Fachambulanz zuzuweisen. Das gilt auch für Entwicklungsdefizite und chronische Erkrankungen
- eine Impfanamnese zu erheben und die entsprechenden Impfungen entsprechend der STIKO-Empfehlungen vorzunehmen
- Traumatisierungen zu erkennen, wobei in der Weiterbetreuung psychologische und kinderpsychiatrische Dienste schwer zu vermitteln sind bzw. fehlen

Voraussetzung in der Begegnung mit Flüchtlingen und Asylsuchenden ist, ihnen Respekt und Empathie entgegenzubringen. Empathie hängt von unserer Bereitschaft ab, nachzufühlen und zu

erkennen, dass wir prinzipiell die gleiche Situation erfahren könnten, wir uns nur dank glücklicherer Umstände in einer besseren Lage befinden, wir aber eine Vision davon haben, wie viel besser es dem Gegenüber gehen könnte.

Themenstrang Medizingeschichte

Humanexperimente im 20. und 21. Jahrhundert. Entwicklung und ethische Interessenkonflikte der Forschung

Prof. Dr. Andreas Frewer (Kontakt: andreas.frewer@fau.de)

Die massiven Menschenrechtsverletzungen bei Humanexperimenten im “Dritten Reich“ wurden im Rahmen des Nürnberger Ärzteprozesses aufgedeckt. Der “Nürnberger Kodex“ formulierte zehn Kriterien für zulässige medizinische Versuche (1947). In der Folge dauerte es bis zum Jahr 1964, bis der Weltärztebund (WMA) mit der “Deklaration von Helsinki“ neue Leitlinien für die Forschung am Menschen verabschieden konnte. Der Zeitraum zwischen diesen Dokumenten ist Schwerpunkt des Vortrags. Welche Interessen und Konflikte sorgten für Diskussionen zur Forschungsethik? Neuere medizinhistorische und ethische Studien zeigen eine problematische Beeinflussung der World Medical Association in der sensiblen Phase der Entwicklung forschungsethischer Standards. Der Workshop schlägt auf diese Weise einen Bogen von den Skandalen um medizinische Forschung im 20. Jahrhundert hin zu den generellen Interessenkonflikten zwischen Wissenschaft und patientenorientiertem ärztlichem Handeln.

Frewer, A./Bergemann, L./Jäger, C. (Hrsg.) (2016) Interessen und Gewissen. Moralische Zielkonflikte in der Medizin. Jahrbuch Ethik in der Klinik (JEK), Band 9. Würzburg (in Vorb.).

Frewer, A./Schmidt, U. (Hrsg.) (2014) Forschung als Herausforderung für Ethik und Menschenrechte. 50 Jahre Deklaration von Helsinki (1964-2014). Jahrbuch Medizin-Ethik 27 (2014). Deutscher Ärzte-Verlag. Köln.

Schmidt, U./Frewer, A. (Eds.) (2007) History and Theory of Human Experimentation. The Declaration of Helsinki and Modern Medical Ethics. History and Philosophy of Medicine/Geschichte und Philosophie der Medizin 2, Stuttgart.

Nur eine Handvoll Täter? Unmoralische Menschenversuche im Nationalsozialismus

Dr. Anna von Villiez (Kontakt: annavonvilliez@gmail.com)

Humanversuche unter unethischen und teilweise tödlichen Bedingungen führten nicht nur eine kleine Zahl Ärzte durch. Entgegen diesem lange aufrecht gehaltenen Bild eines weitgehend integren Ärztestandes waren es vielmehr weite Teile der medizinischen Elite, die im Nationalsozialismus ihren Vorteil suchte und für ihre Forschungsinteressen die Bedingungen nutzte, die sich unter der NS-Herrschaft in Konzentrationslagern und anderswo boten. Der Vortrag gibt einen Überblick über das Ausmaß dieser Vorteilnahme und präsentiert Ergebnisse zu den Opferzahlen und -gruppen. Exemplarisch wird in einem zweiten Teil näher auf die Tuberkulose-Forschung von Kurt Heißmeyer eingegangen. Hier werden auch die erinnerungsgeschichtlichen Aspekte der Geschichte der Menschenversuche während der NS-Aspekte zur Sprache kommen.

Euthanasie gestern und heute – Der Tod als Erlösung vom Leid

Dr. Florian Bruns (Kontakt: Florian.Bruns@charite.de)

Der Vortrag rekonstruiert Theorie und Praxis der Sterbehilfe vom späten 19. Jahrhundert bis in unsere Tage. Wie verliefen die Debatten um „Euthanasie“, also den „guten Tod“, in der Zeit vor dem Nationalsozialismus? Was änderte sich mit der Machtübertragung an Hitler? Gibt es historische Denkmuster, die für gegenwärtige Diskussionen noch von Bedeutung sind? Zur Beantwortung der letzten Frage werden neue Forschungsergebnisse zum ärztlich assistierten Suizid vorgestellt: aus

welchen Motiven haben Menschen in Deutschland in den letzten Jahren professionelle Sterbehilfe in Anspruch genommen? Stimmen diese Motive mit den Argumenten der Befürworter des ärztlich assistierten Suizids überein?

Psychiatrie im Nationalsozialismus – "Wie ÄrztInnen zu MörderInnen wurden"

Prof. Dr. Michael von Cranach (Kontakt: m.v.cranach@t-online.de)

Nach einer kurzen Einführung in den Ablauf der verschiedenen Phasen des nationalsozialistischen „Euthanasie“-Programms zwischen 1939 und 1945 wird die Rolle der verantwortlichen Psychiater, die Elite der deutschen Psychiatrie, im Mittelpunkt des Vortrags stehen, ihr Menschenbild, ihre Haltung gegenüber Patienten, ihre Handlungsspielräume, ihre Rechtfertigungen, die Nähe von Reform und Täterschaft und ihr Wirken nach 1945. An einer Einzelperson, Valentin Falthaus, wird es verdeutlicht. Was waren die Bedingungen, die dazu führten, dass kluge, humanistisch erzogene Ärzte, Ärzte wie Du und ich, ihre Patienten ermordeten? Dieser Frage werde ich mich nähern.

Global Health - Medical Peace Work

Sich für das Recht auf Gesundheit stark machen: Weltweite soziale Sicherung – eine Utopie?

Thomas Gebauer (medico international, Kontakt: gebauer@medico.de)

Die Verwirklichung des Menschenrechts auf Gesundheit erfordert eine radikale Abkehr von der herrschenden Politik. Nicht in der weiteren Privatisierung von Daseinsvorsorge liegt die Lösung der heute immer schärfer zu Tage tretenden globalen Gesundheitskrise, sondern in öffentlicher Verantwortung. Nicht Business und Freihandel sind gefragt, sondern eine Politik, die „mehr Solidarität wagt“. Da Krankheit arm und Armut krank macht, ist ein gerechter und gleicher Zugang zu wirksamer Gesundheitsversorgung ohne systematische Umverteilungsmaßnahmen nicht zu gewährleisten. Das gilt auch und gerade für die internationale Gesundheitsfinanzierung. Hier kommt die Idee eines Internationalen Gesundheitsfonds ins Spiel, der alle wohlhabenderen Länder vertraglich dazu verpflichtet, auch zur Sicherung der Versorgungsansprüche ärmerer Länder beizutragen. Was wie eine weltfremde Utopie anmutet, erweist sich bei näherer Betrachtung als sozialpolitische Notwendigkeit. Mit Blick auf den vorangeschrittenen Globalisierungsprozess werden auch die heute in Ländern wie Deutschland (noch) existierenden solidarisch finanzierten sozialen Sicherungssysteme nur zu retten sein, wenn ihre Prinzipien grenzüberschreitend ausgeweitet werden. Ziel ist die Internationalisierung des Solidarprinzips.

Die europäisch nationale Perspektive: Ist die Bürgerversicherung eine Alternative?

Harald Weinberg, (MdB, Die Linke, Kontakt: harald.weinberg@bundestag.de)

In der Gesundheitspolitik in Deutschland haben wir einen Grundkonflikt zwischen Gemeinwohlorientierung und Markorientierung. Die Bundesregierungen der letzten Jahrzehnte haben die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen eingeschränkt. Die Versicherten müssen einen immer größer werdenden Anteil ihrer gesundheitlichen Versorgung finanziell stemmen, während die Arbeitgeber entlastet wurden. Grundprinzipien wie die paritätische Finanzierung wurden deformiert, das deutsche Gesundheitssystem schrittweise entsolidarisiert. Argumentativ wird allzu oft die Formel „There is no alternative“ verwendet. Dabei geht es auch ganz anders:

Sozial- und wirtschaftspolitisch wäre die Einführung einer solidarischen Gesundheitsversicherung (Bürgerversicherung) ein großer Gewinn. Das ist das Ergebnis einer ökonometrischen Simulationsstudie, die die Fraktion DIE LINKE im Bundestag 2011 in Auftrag gegeben hat.

Das Konzept: Alle in Deutschland lebenden Menschen sind in der Bürgerversicherung versicherungspflichtig und erhalten einen eigenständigen Versicherungsschutz. Alle zahlen auf ihre gesamten Einkünfte einen einheitlichen Beitragssatz. Alle Zuzahlungen sowie die Beitragsbemessungsgrenze werden abgeschafft. Die paritätische Finanzierung der Beiträge auf Arbeitseinkommen wird wiederhergestellt. Das unsinnige und weltweit einmalige Nebeneinander zweier Versicherungssysteme wird beendet, indem die private Krankenversicherung auf

Zusatzleistungen beschränkt und den Versicherten ein sozial verträglicher Übergang in die gesetzliche Krankenversicherung ermöglicht wird.

Die Ergebnisse: Ohne Veränderung würde der GKV-Beitragssatz (inkl. Zusatzbeiträge) bis 2020 auf 17,6 Prozent steigen. Dagegen könnte bei Einführung der solidarischen Gesundheitsversicherung (Bürgerversicherung) der Beitragssatz sofort auf 10,5 Prozent sinken und etwa auf diesem Niveau verbleiben. Arbeitnehmer und Arbeitgeber müssten also jeweils nur gut 5-6 Prozent zahlen. Es sei denn, man nutzt diese Spielräume, um Leistungskürzungen der Vergangenheit zurückzunehmen. Positive wirtschaftliche Impulse wären ebenfalls zu erwarten.

Die Zeit ist reif für eine solidarische Gesundheitsversicherung: Eine für alle!

Global medical aid: How to do no harm, but support peace (English)

Dr Louisa Chan Boegli, MD (4Change, Medical Peace Work network, contact:

lchanboegli@mac.com)

Two issues of medical aid in times of conflict are highlighted, raising questions regarding optimal means to manage complex situations.

1. Political and Military manipulation of aid

Last month, on 8 September, 73 Syrian medical NGOs wrote a letter to the UN saying that the Assad regime has gained significant and substantial influence over the relief effort, seriously affecting and blocking medical aid to besieged areas. These NGOs have suspended information sharing with the UN, and have asked for an open investigation of the UN aid strategy in Syria.

The UN and other intergovernmental organisations work through national governments to deliver aid. In many of today's conflicts, the national governments are fighting armed entities within national borders. How to stay impartial when aid has to be negotiated with the national government which is one party in the conflict? By working through national governments like Assad's, are aid agencies doing more harm?

Strategies used by aid agencies will be explored with the panel and audience.

- Do no harm principles, conflict sensitivity models
- Dialogue with parties to the conflict on principles of humanitarian aid
- Briefing and dialogue with those who have leverage over the parties
- Collecting evidence of breach of universal principles for advocacy and exposure, and for
- War crimes tribunals – ICJ

2. Aid colonialism?

Aid is mainly sourced, funded and initiated from the Global North. The number of people working in aid agencies is around half a million (500,000), mainly from rich countries. The aim should be 'to help people help themselves', and work ourselves out of a job!

This is also true for aid provided in times of conflict. Today's conflicts tend to last for years. Emergency humanitarian aid agencies can grasp opportunities for development and capacity building even during the conflict.

Priority must be given to learn from our local colleagues, capitalize on local knowledge, build local capacity, share values and universal principles. Aid organisations are waking up to this, but a global effort has to be made to prioritize the empowerment of local counterparts.

Katja Maurer (medico international, contact: maurer@medico.de)

As an example for medical aid the speaker will explain and discuss short and long term problems of medical aid for the population in Haiti.

Carlotta Conrad (MPW/IPPNW, contact: Conrad@ippnw.de)

IPPNW (International Physicians for the Prevention of Nuclear War, Physicians in Social Responsibility) is an international NGO with member groups in more than 60 states. It originates from

the 1980s nuclear conflict between the first and second world and has since developed into a big peace movement with activities in many different fields.

Having partner organisations in both the Global North as well as the Global South allows us to develop projects and activities based at the local affiliations, but supported by a global network. Thus, conflicts of dependencies and structures similar to colonialism can be avoided. This is helped by the fact that the nature of the organisations work is mainly political and not humanitarian, as it would be in aid delivery.

‘One Bullet Stories’ is a global campaign of IPPNW. Physicians in the Global South, e.g. South Africa, Tanzania, Zambia and the Philippines, collect stories of patients who suffered from gun violence and got injured by bullets. Often expensive medical treatments, pricy travels to medical centres and a lot of time are needed in order to heal these wounds.

At the same time, Germany and the U.S. are among the countries with the highest export rates of small arms (and other military goods), fuelling armed conflicts around the world. On the one side, IPPNW collects information on this and demands disarmament and a ban on arms production as well as export. On the other side, we call for peace and access to health service. The advantage of IPPNW is that we can target the roots of conflicts from different angles, while working together in the same organisation. Other projects focus on talks and the support of local NGOs, who work in the medical and political field in conflicted areas. By visiting them and listening to their problems, we then try to support their demands for peace, observance of human rights and civil conflict management. Medical Peace Work, an education platform for health workers is one of the campaigns that have evolved in the last years to educate on the topic of peace work.

Dr. Harald Kischlat (German Doctors, contact: harald.kischlat@german-doctors.de)

German Doctors or the pitfalls of working with volunteer doctors

After a general introduction of the ‘system’ of German Doctors and a short look into their projects worldwide, the speaker identifies three risks which probably are inherent in all projects in the development work where volunteers are being deployed:

- To create or prolong dependencies
- To absolve Governmental institutions from responsibilities
- To build up parallel structures
- To frustrate local initiatives

Based on German Doctors experience the speaker goes into detail of some approaches and strategies the organization applies in order to avoid these pitfalls and to decrease the risk of doing more harm than good, i.e.

- Focusing on training local health workforce with an emphasis not on medical doctors, but Clinical Officers, Midwives, Community Health Workers and so on
- Opening access for the deprived to existing, governmental health programs
- Promoting existing health insurance programs within the target group
- Capacity building in good governance structures on the organizational level of the partners
- Capacity building in proposal writing and fundraising
- Networking and cooperation with Governments, INGOs and local NGOs
- Becoming a mediator between the target group and governmental institutions or other health service providers
- Informing and empowering the members of the target group
- Looking for the gaps in the system

As German Doctors is a NGO focused on direct medical inventions for people with no access to and no means for health services and therefore it is not directly involved in peace work the speaker nevertheless tries to highlight some links between its activities and the task to support peace.

Themenachse Medizinethik

Social freezing: Wunschkind zum Wunschtermin? Fakten aus der Sicht der Reproduktionsmedizin

Prof. Dr. Ralf Dittrich (Frauenklinik des Universitätsklinikums Erlangen, Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg , Kontakt: Ralf.Dittrich@uk-erlangen.de)

Social freezing - vom Wunschkind zum Wunschtermin? Fakten aus Sicht der Reproduktionsmedizin.

Die Tendenz den Kinderwunsch mit zunehmendem Alter zu erfüllen ist in der westlichen Welt evident. Auf der anderen Seite ist es aber aufgrund der biologischen Faktoren immer schwieriger eben gerade dann diesen zu erfüllen. Die Fekundität nimmt mit zunehmendem Alter ab. Grund hierfür ist das „Altern“ der Eizellen und weniger die Unfähigkeit der Gebärmutter das Kind auszutragen. Frauen mit über 50 können ein gesundes Kind zur Welt bringen, was Ergebnisse von Eizellspendeprogrammen im Ausland belegen.

Aber es muss nicht immer die Eizellspende sein. Das Altern von Eizellen ist auch durch die Kryokonservierung von eigenen Eizellen zu verhindern. Dabei werden „junge“ Eizellen entnommen und über Jahre kryokonserviert. Im kryokonserviertem Zustand altern die Eizellen nicht. Wenn dann Kinderwunsch besteht, und sei es mit 50, können diese aufgetaut und für die Erfüllung des Kinderwunsches verwendet werden. Der Begriff „Social Freezing“ bezeichnet dabei die Anwendung der Methoden aus der Reproduktionsmedizin nicht aus medizinischen Gründen, sondern aus sozialen – spricht dem Grund, den Kinderwunsch in einem höheren Alter zu erfüllen.

Die Techniken existieren, es sind die Vitrifikation (spezielle Kryokonservierung) von unbefruchteten Eizellen nach Stimulationsbehandlung und die Kryokonservierung von Ovarialgewebe. Während Eizellen nahezu in jedem IVF-Zentrum aus „Social Freezing“ – Gründen eingefroren werden, wird die Kryokonservierung von Ovarialgewebe nur in speziellen Zentren angeboten. Die Kryokonservierung von Ovarialgewebe bietet auch die Möglichkeit nach Retransplantation des hormonal aktiven Gewebes die Menopause zu verschieben.

Im Vortrag werden die einzelnen Methoden aufgezeigt und in ihrer Wirksamkeit verglichen. Es soll auch gezeigt werden, wie es überhaupt gelingt Zellen und Gewebe unbeschadet einzufrieren und wieder aufzutauen. Es wird zudem der Versuch unternommen aktuelle Zahlen über den Umfang der Anwendung des „Social Freezings“ in Deutschland vor zu stellen.

Sicher gibt es etliche Fragen zu den Auswirkungen des Social Freezings auf die Gesellschaft und speziell auf das Fortpflanzungsverhalten der Menschen. Das Social Freezing wird die Gesellschaft verändern, die Eltern werden noch älter, eines ist jedoch sicher – das Social Freezing wird Verwendung finden.

Erika Feyerabend (Bioskop e.V. , Kontakt: erika.feyerabend@fh-duesseldorf.de)

Besonders seit der Berichterstattung über die kulturprägenden Unternehmen Apple und Facebook ist „Social Freezing“ ein Thema, das sowohl beunruhigt wie auch als neuer Typus der Lebensgestaltung begrüßt wird. Darüber wurde das Schockfrieren von unbefruchteten Eizellen aus sozialen Motiven bekannt. Zu einem „gewünschten“ Zeitpunkt könnten auf diese Weise Frauen mittels Reproduktionsmedizin schwanger werden – wenn es beruflich und sozial passend wäre. Zudem könnten auch ältere Frauen mit eigenen Eizellen, die in jungen Jahren eingefroren wurden ein risikoärmeres, gesundes Kind zur Welt bringen.

Dieses Angebot ist eines von vielen, die in modernen und (teil)privatisierten Gesundheitswesen als private zu zahlende Dienstleistung ohne therapeutischen Kontext verkauft werden. Biomedizinische Praxen und Kliniken sind zunehmend auf Risikomanagement, „Vitaloptimierung“ und privater Lebensplanung orientiert. Die Nachfrage wird geschaffen, die gesundheitsökonomischen Dynamiken befördern diese Entwicklung. So wird die Hoffnung auf permanente Selbstkontrolle in bare Münze

umgesetzt. So wird die große Erzählung über die Verbesserung des Menschen neu belebt und in individuelle Ansprüche übersetzt und erzeugt veränderte Lebenserfahrungen. Die sozialen Umstände geraten dabei aus dem Blick. Die körperlichen und psychischen Erfahrungen von Frauen, die das „Social Freezing“ für sich in Anspruch nehmen wollen ebenso – und sie werden allein der Verantwortung informiert einwilligender Frauen zugeschrieben. Die medizinischen Dienstleister und forschenden Reproduktionsmediziner/innen erfüllen lediglich „Konsumentinnen-Wünsche“. Technische „Lösungen“ für soziale Problemlagen, das scheint einfacher und realisierbarer – vor allem einfacher – zu sein als veränderte Geschlechterbeziehungen in der Arbeitswelt und im privaten Leben.

Dr. Saskia Möckel (Kinderwunschzentrum Dortmund/Siegen , Kontakt: moeckel@kinderwunschzentrum.org)

Social Freezing - das Einfrieren unbefruchteter Eizellen ohne medizinische Indikation ist in Deutschland zweifelsohne rechtlich erlaubt, wird jedoch ethisch kontrovers beurteilt.

Die beim Social Freezing angewendete spezielle Einfrieremethode (Vitrifikation) wurde u. a. entwickelt, um Frauen vor einer potentiell fruchtbarkeitsschädigenden onkologischen Therapie die Möglichkeit zu bieten, Eizellen zu konservieren. Wird diese Methode der „Fruchtbarkeitsvorsorge“ nun von gesunden Frauen in Anspruch genommen, um die Verwirklichung des Kinderwunsches aufzuschieben, entstehen häufig moralische Bedenken.

In einer differenzierten Betrachtung sollen Vor- und Nachteile der Methode in ethischer, sozialer und medizinischer Hinsicht untersucht werden. Dabei werden eigene Erfahrungen aus der Kinderwunschsprechstunde einbezogen. Zusammenfassend kann gezeigt werden, dass Social Freezing unter bestimmten Rahmenbedingungen (wie z. B. umfassende Aufklärung der Patientin, leitliniengerechte Hormonstimulationstherapie) ethisch vertretbar ist. Die Entscheidung zur Familiengründung wird damit jedoch keiner Frau abgenommen und auch gesamtgesellschaftliche Anstrengungen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie werden dadurch nicht überflüssig.

Schwierige ethische Fragestellungen im Medizinalltag - Wie würden Sie entscheiden? **Interaktiver Workshop.**

Prof. Dr. Jan Schildmann (Kontakt: Jan.Schildmann@wlh-fuerth.de),

Dr. Herbert Kappauf (Kontakt: Onkologie.Starnberg@t-online.de)

Schwierige Entscheidungen im ärztlichen Behandlungsalltag über Diagnostik, spezifische Behandlung, Nichtbehandlung oder Beendigung einer Therapie haben immer eine implizite ethische Dimension, die oft aber gar nicht realisiert und damit auch nicht diskutiert wird. Ethische Fallbesprechungen greifen wertbezogene Aspekte der Patientenversorgung auf und werden in Deutschland zunehmend in Gesundheitseinrichtungen durchgeführt. Ziel der Fallbesprechung ist die Identifizierung und Analyse ethisch relevanter Aspekte im Rahmen der Versorgung von Patientinnen und Patienten sowie die Entwicklung von Lösungsansätzen zum Vorgehen bei klinisch-ethischen Herausforderungen. In den letzten Jahren wurde eine Vielzahl von Strukturen, Modellen und Methoden ethischer Fallbesprechungen entwickelt. Nach einer kurzen Einführung in die strukturierte ethische Fallbesprechung werden im Rahmen des Workshops ausgewählte ethische Konfliktsituationen in der klinischen Praxis vorgestellt und gemeinsam mit den Teilnehmenden analysiert.