

1
AUSGABE
2010

Zeitschrift für
Medizin-Ethik-Recht

MERKblatt



IM FOKUS

Impfungen

Impfungen sind eine Säule der Gesundheit
Ein Interview mit Prof. Alexander Kekulé

Impfen als Ausdruck sozialer Verantwortung

Aus der Praxis

Musiktherapie
gegen Hypertonie
bei Komatösen

Aktuelle Diskussion

Patientenverfügung,
Vorsorgevollmacht und
Betreuungsverfügung

Organspende

Altes und Neues zur
Einführung der
Widerspruchslösung

	3	Editorial
In eigener Sache	4	Wie alles anfang: Das Studium Medizin-Ethik-Recht
Aktuelle Diskussion	5	Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung
Im Fokus	9	Impfungen sind eine Säule der Gesundheit Ein Interview mit Prof. Alexander Kekulé
	15	Impfen als Ausdruck sozialer Verantwortung
Aus der Praxis	19	Musik gegen Hypertonie bei Komatösen
Gesundheitsrecht: Organ- und Gewebe- spende	23	Organspende und -transplantation in Deutschland
	25	Altes und Neues zur Einführung der Widerspruchslösung in Deutschland
	31	Auswirkungen und Neuerungen der 15. AMG-Novelle auf das Gewebegesetz
Ethikrat	37	Leben ohne Identität - Protokoll der Babyklappendebatte
Stigmatisierung und Normierung	39	Die UN-Behindertenkonvention
	43	Inklusion: Die Normalisierung des Anormalen?
Aus dem Studium	46	Case Studies im Rahmen des Master-Studiengangs Medizin-Ethik-Recht des Interdisziplinären Zentrums MER
Im Porträt	50	Prof. Hans Lilie Dr. Kerstin Junghans
	51	Impressum

Liebe Leser,

als wir 2008 mit dem MER-Studium anfangen, haben wir uns recht bald gefragt, was wir wohl nach dem Studium machen werden. Auf den ersten Blick ist diese Frage für Juristen einfacher zu beantworten als für Mediziner oder Geisteswissenschaftler, gibt es im Medizinrecht genug Betätigungsfelder. Für Mediziner jedoch, die das Studium nicht bloß als Fortbildung, sondern als Umorientierung begreifen und die nicht wieder in ihren alten Job wollen, ist eine Antwort schon schwieriger. Dies gilt erst recht für Geisteswissenschaftler – auch wenn inzwischen jede Universität, die etwas auf sich hält, ein Institut für Ethik und Geschichte der Medizin aufweist. Doch die Frage meinte nicht bloß eine berufliche Orientierung.

Wer Medizin-Ethik-Recht studiert, trifft auf einen zufällig zusammengewürfelten Kreis von Interessierten. Vielen unseres Jahrgangs war klar, dass sie sich über das Studium hinaus mit den Themen zusammen mit denjenigen beschäftigen wollten, die ein Windhauch ebenfalls an das Interdisziplinäre Zentrum geführt hat. Eine erste synergetische Frucht war die Gründung des meris-Vereins Ende 2008. Dies ermöglichte es uns, mit ehemaligen Studenten in Kontakt zu treten sowie neue Studenten für die Aktivitäten des Vereins zu gewinnen. Resultat war die Tagung im Oktober 2009 „MER – Orientierungen und Perspektiven“. Doch auch das genügte uns nicht.

Wir wollten eine Plattform schaffen, auf welcher sich Studenten, Lehrkräfte und Wissenschaftler austauschen und ihre Gedanken und Arbeiten vorstellen können. Das Ergebnis halten Sie in ihren Händen oder lesen es auf dem Bildschirm. Wir möchten uns bei allen bedanken, die das MERKblatt möglich gemacht haben: allen voran bei Herrn Prof. Lilie und Frau Junghans, ohne deren Unterstützung weder die Zeitschrift noch der Verein möglich geworden wären; bei den Autoren dieser Ausgabe, ohne deren Texte Sie nichts zu lesen hätten; und bei allen Beteiligten, ohne deren Engagement die Zeitschrift nicht hätte zustande kommen können.

Wir wünschen Ihnen anregende Gedanken und viel Vergnügen beim Lesen!

Andreas Walker
Sven Wedlich

Redaktionsleitung

Das Studium Medizin-Ethik-Recht

Prof. Dr. iur. Hans Lilie

Entstehungsgeschichte des Studiengangs

In den 90er Jahren des vergangenen Jahrhunderts haben sich an verschiedenen Fakultäten der Martin-Luther-Universität immer stärker die Interessen an den Schnittstellen zwischen Medizin, Ethik und Recht an unterschiedlichen Lehrstühlen und Instituten herausgebildet. Den Anfang bildeten gemeinsame Vorlesungen von Prof. Neumann, Prof. Tanner und mir für Studenten in erster Linie an der Juristischen Fakultät. Aufgrund der Zusammenarbeit mit einigen Professoren der Medizinischen Fakultät und insbesondere der Rechtsmedizin der Martin-Luther-Universität ist immer mehr der Gedanke gewachsen, die Interessen, die an diesen Fragen in Halle entstanden waren, zu bündeln. In dem gleichen Zeitraum war das Interdisziplinäre Zentrum Medizin-Ethik-Recht entstanden. Deshalb lag es nahe, dieses Zentrum nicht nur für Forschung in der Medizin zu aktivieren, sondern gerade die Möglichkeiten, die sich für die Lehre ergaben, zu nutzen. Da zur gleichen Zeit auch die modularisierten Studiengänge am Umfang stetig zugenommen haben, war es dann nur konsequent, den Masterstudiengang zu verabschieden.

Betätigungsfelder für Absolventinnen und Absolventen

Der Masterstudiengang ist von vornherein darauf ausgelegt, den Absolventinnen und Absolventen ein breites Betätigungsfeld zu ermöglichen. Dabei wird in erster Linie an die Berufsfelder gedacht, in denen Problemfelder in der Schnittmenge des Studiengangs in der täglichen Arbeit aktuell sind. Neben den Ärztekammern und Kliniken hat sich in der Vergangenheit gezeigt, dass auch Einrichtungen der Weiter- und Fortbildung gerne auf Absolventinnen und Absolventen des Masterstudiengangs zurückgreifen. Juristinnen und Juristen soll die Möglichkeit geboten werden, bei einem Arbeitsschwerpunkt im Medizinrecht von Anfang an einen breiteren Blick bei der Lösung von Alltagskonflikten zu haben. Gleiches gilt für Absolventinnen und Absolventen, die vor dem Hintergrund ihrer medizinischen Laufbahn ethische und juristische Kenntnisse für die Alltagsarbeit erwerben wollen. Dadurch, dass drei Qualifikationsgruppen in diesem Studiengang zusammengeschlossen sind, soll insbesondere der interdisziplinäre Dialog als Selbstverständlichkeit eingeübt werden und für die berufliche Praxis als Fundament dienen.

Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung – Erste Erfahrungen mit der neuen gesetzlichen Regelung

Öffentliches Ethikforum am 9. März 2009 im Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara

von Dr. iur. Christoph Mandla

Seit mehreren Jahren wird über das Thema Patientenverfügung in der Gesellschaft diskutiert, naturgemäß besonders intensiv unter Ärzten und Pflegepersonal. Einen Höhepunkt erreichte die Diskussion im vergangenen Jahr, als der Deutsche Bundestag am 18. Juni das dritte Gesetz zur Änderung des Betreuungsgesetzes verabschiedete. Seit dem ersten September 2009 ist dieses Gesetz in Kraft, und das bot den Anlass, sich darüber auszutauschen, wie sich diese Gesetzesänderung in der Praxis ausgewirkt hat.

Die Rechtslage vor dem Inkrafttreten des Gesetzes

Dokumente, Schriftstücke oder auch Verfügungen, in denen Patienten niedergeschrieben hatten, wie sie in einer Situation, in der sie nicht mehr selbst entscheiden können, behandelt werden wollen, gab es schon vor der letzten Gesetzesänderung. Während im BGB die Vorsorgevollmacht geregelt war, fehlte es an Vorschriften über die Patientenverfügung, insbesondere über ihre Verbindlichkeit für die Ärzte. Zwar hatte der Bundesgerichtshof in zwei Entscheidungen aus den Jahren 2003 und 2005 klargestellt, dass der Wille des Patienten am Lebensende – sowohl der schriftlich fixierte als auch der mutmaßliche – zu beachten sei, doch machten diese Entscheidungen gerade deutlich, dass darüber keine Einigkeit bestand, an-

derndfalls hätte es keiner höchstrichterlichen Entscheidung bedurft.

Die Debatte um das neue Gesetz kann und soll hier nicht nachgezeichnet werden. Sie lässt sich nachlesen in den Bundestagsdrucksachen, Aufsätzen, Stellungnahmen und einschlägigen Seiten im Internet, die leicht zu finden sind. Das Spektrum der Meinungen reichte von einer Ablehnung einer gesetzlichen Regelung, weil die Richtlinien der Bundesärztekammer und die entsprechenden höchstrichterlichen Entscheidungen genügten, bis zu Vorschlägen, die eine verpflichtende vorherige Aufklärung durch einen Arzt vorsahen, die notarielle Beglaubigung, die regelmäßige Erneuerung bzw. zeitlich befristete Geltung verlangten, bis hin zur Einschränkung, nur für unheilbare tödliche Krankheiten anwendbar zu sein.

Die neuen Regelungen

Die in §§ 1901 a ff. BGB eingefügten Regelungen sind letztlich ein Kompromiss zwischen den beiden Extremen. Eine Patientenverfügung kann jeder einwilligungsfähige Volljährige verfassen. Entscheidend ist, dass dies schriftlich geschieht. Darin kann er festlegen, in welche bestimmten Untersuchungen, Heilbehandlungen oder ärztlichen Eingriffe, die noch nicht unmittelbar bevorstehen, er einwilligt. Sein Betreuer oder Bevollmächtigter hat dann zu prüfen, ob diese Festlegungen auf eine bestimmte Lebenssituation zutreffen. Ist das der Fall, muss er dem in der Patientenverfügung niedergelegten Willen des Patienten Ausdruck und Geltung verschaffen, d. h. Sorge dafür tragen, dass die behandelnden Ärzte diesen Willen erfahren und ihm entsprechen. Eine Patientenverfügung kann von ihrem Verfasser jederzeit formlos widerrufen werden. Dass dies möglicherweise zu Problemen führen kann, wird besonders deutlich, wenn man berücksichtigt, dass mittlerweile vorgeschlagen wurde, ein zentrales Register einzurichten. Dann gäbe es nämlich u. U. eine schriftliche Verfügung, deren Inhalt aber vom Verfasser längst widerrufen wurde, ohne dass das im Register vermerkt ist.

Gibt es keine Patientenverfügung oder treffen die Festlegungen in einer vorhandenen Verfügung nicht zu, hat der Betreuer bzw. der Bevollmächtigte den mutmaßlichen Willen des Be-

treffenden festzustellen und dann zu entscheiden, ob er in die Maßnahme einwilligt oder sie untersagt. Das Gesetz schreibt auch vor, wie der mutmaßliche Wille zu ermitteln ist: An Hand konkreter Anhaltspunkte muss der Betreuer bzw. Bevollmächtigte diesen Willen feststellen; zu berücksichtigen sind insbesondere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen.

Ausdrücklich erklärt das Gesetz, dass es nicht auf Art und Stadium der Erkrankung ankommt und auch niemand verpflichtet werden darf, eine Patientenverfügung zu errichten; mehr noch, sie darf nicht zur Bedingung eines Vertragsschlusses gemacht werden. Hier wird also besonderes Augenmerk darauf zu legen sein, dass man zwar empfehlen kann, eine Patientenverfügung zu verfassen, die Freiwilligkeit aber erhalten bleiben muss.

Oft als „dialogisches Moment“ bezeichnet, verpflichtet § 1901 b BGB den Arzt, mit dem Betreuer oder Bevollmächtigten die indizierte Maßnahme zu erörtern, sodass dieser dann entscheiden kann. Dabei sollen auch die nahen Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen des Patienten gehört werden, sofern dies ohne Verzögerung möglich ist. Deutlich wird damit, dass möglichst alle Quellen erschlossen werden sollen, um dem Willen oder dem mutmaßlichen Willen entsprechen zu können.

Neu gefasst wurden auch die Aufgaben des Gerichts, das nicht mehr Vormundschafts- sondern Betreuungsgericht heißt. Wie bisher muss das Gericht die Einwilligung des Betreuers genehmigen, wenn dieser in eine riskante Maßnahme einwilligt, § 1904 Abs. 1 BGB, es sei denn, dass mit dem Aufschub eine Gefahr verbunden ist. Verweigert der Betreuer (Bevollmächtigte) die Einwilligung in eine medizinisch angezeigte Maßnahme (Untersuchung, Behandlung, Eingriff) und besteht die Gefahr, dass der Betreute deshalb stirbt oder einen länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet, muss das Gericht dies ebenfalls genehmigen, § 1904 Abs. 2 BGB. Wirksam wird diese Entscheidung erst zwei Wochen nach der Bekanntgabe, § 287 Abs. 3 FamFG. Der Richter muss diese Genehmigung erteilen, wenn dies dem Willen des Betreuten entspricht, § 1904 Abs. 3 BGB. Nach § 1904 Abs. 4 BGB bedarf es dieser Genehmigung nicht, wenn Arzt und Betreuer (Bevollmächtigter) sich einig sind, mit der Entscheidung dem Willen des Betreuten zu entsprechen. Hier besteht also eine erhebliche Verantwortung für Betreuer und Ärzte.

Auch das Verfahren für die Genehmigung wurde geregelt. Das Gericht soll bei Entscheidungen nach § 1904 Abs. 2 BGB die Beteiligten anhören. Es muss stets einen Verfahrenspfleger bestellen, also eine Person, die die Interessen des Betroffenen (nur) im Verfahren vertritt, und es hat ein

Sachverständigengutachten einzuholen, das nicht von dem behandelnden Arzt stammen soll.

Bisherige Auswirkungen

Aus juristischer Sicht kann hierzu wenig ausgesagt werden. In den Entscheidungsdatenbanken und juristischen Zeitschriften hat sich bisher keine Entscheidung gefunden, die das neue Recht betrifft. Das ist auch nicht verwunderlich, wenn man in Betracht zieht, dass es vor der Gesetzesänderung auch nicht gerade eine Entscheidungsflut gegeben hat. Zudem sind bisweilen drei Instanzen abzuwarten, bevor sich belastbare Aussagen zu einer Rechtsprechung machen lassen können. In der Fachliteratur finden sich die Meinungen wieder, die zuvor auch in den verschiedenen Vorschlägen deutlich wurden. So wurde vermutet, dass ohne ärztliche Beratung wahrscheinlich nur wenige Menschen in der Lage sein werden, eine Patientenverfügung zu verfassen, die den Ansprüchen des § 1901 a Abs. 1 BGB genügt. Kritisiert wurde, dass Minderjährige keine wirksame Patientenverfügung verfassen können. Zudem wurde prognostiziert, dass die Betreuungsgerichte wegen dieses Gesetzes mit höheren Fallzahlen zu tun haben würden. Außerdem wurde darauf verwiesen, dass bisher weniger als 20 % der Bevölkerung eine Patientenverfügung haben, sodass alle Aspekte einer schriftlichen Verfügung nur relativ wenige Personen betreffen. Offi-

zielle Stellungnahmen der beiden großen Kirchen sahen das Verhältnis von Selbstbestimmung und Fürsorge, wie es im Gesetz zum Ausdruck kommt, recht kritisch und mahnten an, dass die Prüfung des Willens des Patienten sehr sorgfältig vorgenommen werden müsse.

Insgesamt wird das Gesetz aber wohl positiv bewertet, allein schon deshalb, weil hier ein Bereich gesetzlich geregelt wurde, der zwei elementare Rechte betrifft: Das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit und das Recht auf selbstbestimmtes Sterben in Würde, also Lebensschutz und Autonomie. Eine Autonomie, die jedem die Möglichkeit gibt, für sein Lebensende Vorkehrungen zu treffen, die beachtet werden müssen, aber auch die Möglichkeit, jemanden konkret zu bestimmen, der in diesem Fall zu handeln bereit und in der Lage ist. Insoweit ist die schriftliche Patientenverfügung der formulierte Wille, ein in einer Vorsorgevollmacht bestimmter Bevollmächtigter jedoch Mund und Arm, um diesem Willen des Patienten Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Zunehmend wird daher empfohlen, beide Instrumente miteinander zu verbinden.

Probleme, die geblieben sind

Wenn das Gesetz verlangt, dass der Wille des Patienten zu beachten ist, so ist das Problem geblieben, eben diesen Willen festzustellen. Auch ein schriftlich fixierter Wille steht als sol-

cher nicht immer klar und deutlich in der Patientenverfügung. Vielmehr ist der Wille in einen Text, u. U. in ein Formular gekleidet und muss ermittelt werden. Für den mutmaßlichen Willen hat das Gesetz, s. o., ausdrücklich angeordnet, wie das zu geschehen hat. Hinzu kommt, dass manchmal auch der Arzt der kompetentere Interessenvertreter ist, weil er aus medizinischer Sicht viel besser weiß, was ein Betreuer unter Umständen nicht einmal auszudrücken vermag. Deshalb ist die Kommunikation zwischen allen Beteiligten gefordert. Gesetzlich ist sie angelegt in der Pflicht des Arztes, mit dem Betreuer zu erörtern, was zu geschehen hat und in den Anhörungsrechten, die im FamFG festgelegt sind.

Diese Form der Kommunikation zu praktizieren, ist wohl die größte Herausforderung, die das Gesetz an alle Beteiligten stellt. Das Gesetz zur Patientenverfügung bietet Chancen, die genutzt werden sollten, selbst wenn längst nicht alle Probleme gelöst sind.

*Dr. Christoph Mandla
ist Wissenschaftl. Mitarbeiter
am Lehrstuhl für Strafrecht, Strafprozessrecht,
Rechtsvergleichung und
Medizinrecht (Prof. Dr. H. Lilie)
Juristische und Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät
Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg*

Impfungen sind eine Säule für die Gesundheit

Aktuelle medizinische und gesellschaftliche Aspekte des Impfens

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Alexander Kekulé,
Direktor des Instituts für Medizinische Mikrobiologie
des Universitätsklinikums Halle (Saale),

im Gespräch mit Sven Wedlich

Herr Kekulé, welchen Stellenwert haben Schutzimpfungen in der medizinischen Versorgung und für die Volksgesundheit?

Schutzimpfungen stellen eine der wichtigsten Errungenschaften der Medizin überhaupt dar. Wenn man die ausschlaggebenden Parameter für die Volksgesundheit nach Regionen gegenüberstellt, hat die Medizin nur einen Anteil von unter 10 Prozent – viel wichtiger für die Volksgesundheit sind Ernährung, Klima und allgemeine Hygienestandards. Von den zehn Prozent der Medizin geht ein Großteil auf das Konto von



Schutzimpfungen. Impfungen besitzen für die Menschen den größten Vorteil, was den Schutz des Lebens und den Erhalt von Leistungsfähigkeit und Lebensfreude betrifft. In der Betrachtung der disease-adjusted life years, also der durch Krankheiten be-

einflussten Lebensqualität und Leistungsfähigkeit, bringen Impfungen mehr als der Rest der Medizin. Zudem sind Impfungen, weil sie effektiv sind, für den Endverbraucher kostengünstig.

Wie sicher sind Impfstoffe?

An Impfstoffe werden in Deutschland wesentlich höhere Sicherheitsanforderungen gestellt als an andere

Medikamente, weil man sich sehr bewusst ist, dass mit der Impfung Gesunde behandelt werden. So werden bei Impfstoffen wesentlich weniger Nebenwirkungen

in Kauf genommen, als bei anderen Medikamenten. Impfstoffe sind zum einen biologische Wirkstoffe und werden zum anderen in einem biologischen Produktionssystem gewonnen, womit es schwieriger ist, hohe Standardisierungen zu erreichen als

bei rein chemischen Prozessen. Die Kontrolle ist daher besonders streng und erfolgt nicht durch die normale Arzneimittelbehörde, sondern eigens durch das Paul-Ehrlich-Institut. Anders als bei Arzneimitteln, bei denen eine einmalige Zulassung genügt, erfolgt die Freigabe der Impfstoffe chargenweise. Jede produzierte Charge wird durch das Paul-Ehrlich-Institut auf beabsichtigte Wirkungen und auf Störfaktoren, die Nebenwirkungen verursachen können, getestet. Impfstoffe gehören also zu den sichersten Arzneimitteln, die wir überhaupt haben.

Wie schätzen Sie die Impfbereitschaft der Bevölkerung ein?

Im weltweiten Vergleich unter den Industrieländern gehört Deutschland zu denen, die die meisten Impfkritiker haben. Das hängt auch damit zusammen, dass viele Menschen alternativen Heilmethoden zugewandt sind. In diesen Kreisen halten sich hartnäckig Geschichten von angeblichen Nebenwirkungen von Impfungen, wie Alzheimer und Autismus. Insbesondere bei Autismus gab es eine lange Diskussion, ob es eine Nebenwirkung von Schutzimpfungen im Kindesalter sein könnte. Es gab sogar eine britische Publikation, die diese Ansicht vertreten hatte, sich aber nach Jahren als Irrtum herausstellte. Solche

Gerüchte verbreiten sich gerade im heutigen Internetzeitalter sehr leicht, halten sich vehement und machen den Leuten Angst.

Mit der Wiedervereinigung haben wir uns statistisch verbessert, weil es in Ostdeutschland durch die Impfpflicht, die es zuvor gab, ein vertrauensvolles Verhältnis gegenüber Impfungen bestand. Jetzt, durch die Debatte um die Schweinegrippeimpfung, ist ein erheblicher Schaden im Zutrauen zu Impfungen entstanden, da man eine Impfung hatte, die mehr Nebenwirkungen besaß als die normale Influenzaimpfung. Diese Nebenwirkungen wurden durch die Behörden zu spät diskutiert und die Krankheit verlief zudem nicht besonders gefährlich, was von den Behörden zum Teil anders angekündigt worden war. Dieser Mangel an Informationen bestärkt ein Misstrauen gegenüber Impfungen.

Auf die Gefährlichkeit des Virus H1N1 „Schweinegrippe“ wurde in den Medien mehrfach hingewiesen. Als wie gefährlich stellt sich das H1N1-Virus dar?

Das H1N1-Virus ist für ein Pandemievirus nicht besonders gefährlich. Anders als das Vogelgrippevirus, welches unmittelbar von Vögeln auf den Menschen übergelassen ist, hatte sich das H1N1-Virus aus drei verschie-

den Schweineviren neu gemischt. Diese Schweinegrippeviren haben schon seit Jahrzehnten in Schweinen zirkuliert, wodurch es zu einer Anpassung an ein Säugetier gekommen ist, welches uns immunologisch extrem ähnlich ist. Dies führt dazu, dass das Virus kein komplettes Neuland betritt, wenn es auf den Menschen überspringt, wie beim Vogelgrippevirus. Wir wissen, dass Influenzaviren in solchen Fällen nicht so gefährlich sind. Hinzutritt, das H1N1 ein Typ ist, der schon seit Jahrzehnten – letztlich als Urreißer der Pandemie von 1918 – in der Bevölkerung zirkuliert und immer wieder saisonale Grippe verursacht. Daher kann man einen gewissen Grundschutz der Bevölkerung annehmen. Es hat sich auch später herausgestellt, dass ein erheblicher Teil der Bevölkerung gegen das Schweinegrippevirus eine gewisse Immunität hat und hauptsächlich jüngere Menschen und Kinder anfällig waren.

Worauf gründete die Fehleinschätzung bezüglich der Gefährlichkeit des H1N1-Virus?

Diese Fehleinschätzung ist für mich nicht nachvollziehbar. Ich selber habe im April 2009, wenige Wochen nachdem das Virus entdeckt wurde, öffentlich und in Gremien gesagt, dass das Virus wahrscheinlich nicht so gefährlich ist. Die virologischen Betrachtungen sind jedoch nicht bis zur politischen Domäne vorgedrungen. Sowohl bei der WHO als auch bei den

deutschen Behörden hat man sehr lange die Befürchtung gehabt, dass es ein schreckliches Virus sei oder dass es sich in kürzester Zeit zu einem schrecklichen Virus verändern könnte. Virologisch lässt sich nicht erklären, warum dieses Gefahrenpotenzial realistisch gewesen sein sollte. Im August 2009 hatte man schon Daten aus Amerika, die deutlich machten, dass eine ganz normale, einmalige Impfung nach dem Muster des Saisonalimpfstoffes genügt, um eine Immunität gegen das Schweinegrippevirus herzustellen.

Besteht die massive Kritik, die mittlerweile an der WHO bezüglich der Ausrufung der höchsten Pandemiestufe bei der Schweinegrippe ausgeübt wird, zu recht?

Die WHO hat bei der Erklärung der Pandemie aus rein wissenschaftlicher Sicht korrekt gehandelt. Man hat eine epidemiologische Definition von „Pandemie“ zu Grunde gelegt. Epidemiologisch insofern, als man gesagt hat, wenn das Virus auf mehrere Kontinente, in mehreren WHO Regionen verbreitet ist, ist es eine Pandemie. Die WHO-Definition, die kurz zuvor geändert wurde, ist aus rein wissenschaftlicher Sicht nicht falsch. Die Warnstufen der WHO wurden aber in den Medien wie ein Countdown kommuniziert, bei Stufe 6 erwartete jeder die Katastrophe. Wir haben auch bei den Masern oder beim HIV-Virus eine Pandemie der Stufe 6 nach

WHO-Kriterien. Anders als bei diesen Krankheiten, wo sich die Aufregung in Grenzen hält, hat die Schweinegrippe die Öffentlichkeit vielfach verunsichert.

Einige Leute bei der WHO hatten im Mai 2009 erkannt, dass das Virus doch nicht so schlimm ist. Trotzdem warnte man davor, dass es zu einer „tödlichen Hochzeit“ zwischen dem asiatischen Vogelgrippevirus und dem Schweinegrippevirus kommen könnte. Virologisch war diese Vermischung genauso unwahrscheinlich wie die Fusion von zwei beliebigen anderen Influenzaviren. Trotzdem wollte man angesichts dieser Vorstellung nicht zu früh Entwarnung geben.

Zum anderen gab es Druck von verschiedenen Staaten. Nur bei Stufe 6 konnte eine globale Impfstoffproduktion gegen das neue Virus stattfinden, da die Verträge mit den Impfstoffherstellern zum Teil an die Phasen der WHO gekoppelt waren. Dies hätte auch anders geregelt werden können, jedoch wäre dies für alle Staaten, insbesondere auch für die EU, teurer geworden. Die WHO hat dann eigentlich wegen der Sekundärmechanismen, die sonst in vielen Ländern nicht in Kraft getreten wären, gesagt, wir erklären jetzt die Stufe 6. Der Hinweis der WHO, dass es sich trotz der Pandemiestufe 6 nur um ein mittelfährliches Virus handele, wurde nicht mehr wahrgenommen.

Die WHO hat also aus einer politischen Zwangslage heraus agiert. Für den von manchen geäußerten Ver-

dacht, dass es einen Einfluss der Pharmaindustrie auf die WHO gegeben hat, habe ich keinen Anhaltspunkt.

Was sollte man aus H1N1 für Konsequenzen ziehen?

Wir brauchen zum einen eine offenere Kommunizierung der Risiken und wissenschaftlichen Hintergründe. Das andere ist eine praktische Überlegung: Wer sollte die Impfstoffe in solchen Fällen herstellen? Wäre es tatsächlich um Leben und Tod gegangen, hätten wir ein Problem gehabt, da wir letztlich von einem einzigen Hersteller abhängig waren. Es ist zu überlegen, einen Teil der Impfstoffherstellung unter staatlicher Regie durchzuführen, wenn es für die Gesamtbevölkerung lebenswichtig ist. Für die Beschaffung des Impfstoffes sollte für den nächsten Pandemiefall an einem besseren Konzept gearbeitet werden.

Walter Haas vom Robert-Koch-Institut hat jüngst im deutschen Ärzteblatt die geringe Impfbeteiligung der Ärzte von 15 % bei der Schweinegrippe kritisiert. Was sind Ihres Erachtens die Gründe der geringen Impfbeteiligung?

Dass Ärzte in Deutschland so impfkritisch sind ist ein grundsätzliches Problem. Bei der Schweinegrippe waren die Ärzte auch schlecht informiert. Wenn Funktionäre der Ärztekammer unterschiedliche Aussagen treffen, ist es verständlich, dass auch Ärzte, die

keine Virologen sind, am Ende des Tages verwirrt sind.

Bei welchen Krankheiten sind die größten Defizite bei der Durchimpfung der Gesamtbevölkerung zu verzeichnen?

Bezüglich der Gesamtpopulation haben wir keine großen Defizite. Die wichtigsten empfohlenen Schutzimpfungen finden im Kindesalter statt und werden allgemein sehr gut angenommen. Die gefährlichsten Erkrankungen wie Diphtherie, bestimmte Lungenentzündungen und Keuchhusten, was bei Kindern ein großes Problem war, sind ja fast ausgerottet

bzw. sehr weit zurückgegangen. Diejenigen, die sich nicht Impfen lassen, sind die Trittbrettfahrer der Geimpften: Wenn sich die Mehrheit impft, zirkuliert die Krankheit nicht mehr, wodurch die Nichtgeimpften indirekt durch den geimpften Anteil der Population mit geschützt sind. Ein größeres Defizit, aus dem ein alarmierendes Problem erwächst, gibt es somit nicht. Allerdings kommen viele Ärzte der Empfehlung, sich im Herbst gegen Influenza zu impfen, nicht nach. Dies ist wirklich sträflich. Ein Gesunder hält eine Influenza meistens aus. Ärzte kommen jedoch mit schwerkranken Patienten in Berührung und nehmen

eine Ansteckung dieser Menschen in Kauf. Hier besteht ein Defizit, das nicht nachvollziehbar ist.

Mangelt es an einem allgemeinen Gefahrenbewusstsein gegenüber übertragbaren Erkrankungen?

Der Laie hat bei Kinderkrankheiten wie Masern und Mumps zumeist die Vorstellung, sie zu kennen. Dass man bei Mumps zum Beispiel Gefahr läuft, unfruchtbar zu werden, oder dass bei Keuchhusten die Gefahr besteht, zu sterben oder Gehirnhautentzündung zu bekommen, ist den meisten nicht klar. Die Gefahren sind für viele nicht real.

Auf dem Deutschen Ärztetag 2006 wurde die Frage einer standesrechtlichen Sanktionierung von Ärzten aufgeworfen, welche sich wiederholt gegen empfohlene Schutzimpfungen aussprechen. Sehen Sie diese Maßnahme als sinnvoll und notwendig an?

Man erkennt bei diesen Überlegungen die Verzweiflung der Impfbefürworter darüber, dass approbierte Ärzte sagen, Impfungen sind Unsinn. Medizin ist aus meiner Sicht jedoch eine weiche Wissenschaft. Es ist nicht wie in der Mathematik oder in der Teilchenphysik, wo man vergleichsweise exakte Ergebnisse bekommt. Medizin hat auch immer etwas zu tun

mit dem Wohlbefinden des Patienten. Eine absolute Vorschrift für den Weg zum Wohlbefinden des Patienten gibt es nicht. Diejenigen, die so verzweifelt über die Impfmuffel sind, vergessen manchmal, dass Menschen sich in der Medizin auch dafür entscheiden können, Methoden zu verwenden, die wissenschaftlich nicht belegt sind. Die wissenschaftliche Medizin stellt sich zu wenig einer offenen Diskussion mit alternativen Methoden. Die Forderung von Sanktionierungen von Ärzten, die sich gegen Impfungen aussprechen, ist der falsche Weg. Man muss mit den Andersdenkenden reden und sie überzeugen.

Als wie sinnvoll halten sie die durch den Deutschen Ärztetag immer wieder geforderte Impfpflicht?

Ich bin gegen die Impfpflicht. In Lebensbereiche mit sehr individuellen Abwägungen sollte der Staat ganz wenig eingreifen. Grenzfälle bestehen sicherlich dort, wo ein Kind eine besondere Anfälligkeit für Infektionskrankheiten hat und sich die Eltern entschließen, keine Impfung vornehmen zu lassen. Oder wenn Eltern mit Kleinkindern in Malariagebiete reisen und keine Malariaphylaxe machen. Das sind die Fälle, wo ich ethische Bedenken habe, weil letztlich Entscheidungen für einen Dritten gefällt werden. Die Frage eines Eingriffs durch den Staat ist grundsätzlich konservativ zu beantworten. Er muss z. B. eingreifen, wenn es für einen Dritten

um Leben und Tod geht.

Welche Strategie sehen Sie als sinnvoll und hilfreich an, die wenn auch geringen Defizite beim Impfen, aufzuarbeiten?

Wir müssen deutlich machen, dass Impfungen eine zentrale Säule unserer Gesundheit sind. Viel weniger Menschen erkranken auf Grund von Impfungen, viel weniger Kinder sterben. Wir haben historisch die niedrigste Kindersterblichkeit. Wenn man vergleichen will, wie es ohne Impfungen läuft, muss man nur nach Afrika schauen. Zudem muss in der Gesellschaft kommuniziert werden, was Impfungen sind und was sie bringen. Es ist wichtig den Wirkungsmechanismus immer wieder zu erklären, um negativen Einstellungen entgegen zu treten. Hinzu kommt die soziale Verantwortung. Wenn sich fast alle impfen lassen, entsteht eine „Herdenimmunität“. Diese schützt dann auch diejenigen, die nicht geimpft werden können, z. B. wegen einer Krankheit. Auch Kleinkinder können erst ab einem bestimmten Alter gegen bestimmte Krankheiten geimpft werden. Das liegt daran, dass das Immunsystem nur langsam reift. Die Menschen müssen wissen, dass Impfungen auch etwas mit sozialer Verantwortung zu tun haben.

Vielen Dank für das Interview!

Impfen als Ausdruck sozialer Verantwortung am Beispiel der Masernimpfung

von Sven Wedlich, M.Mel.

Schutzimpfungen

Schutzimpfungen als primäre Präventionsmaßnahmen dienen dem Individualschutz vor spezifischen übertragbaren Erkrankungen, indem gezielt eine Immunität des Organismus gegen den jeweiligen Erreger herbeigeführt wird.

Schutzimpfungen kommt jedoch, mit der Erreichung entsprechender Durchimpfungsquoten, durch die eine Zirkulation des Erregers in der Bevölkerung unterbunden und damit eine Zurückdrängung des Erregers in der Gesellschaft erreicht werden kann, ein Kollektivschutz zu. Eine Herdenimmunität gewährleistet insbesondere auch für diejenigen Personen Schutz, die auf Grund einer etwaigen Kontraindizierung von Impfungen sich selbst nicht zu schützen vermögen.¹

Dieser Kollektivschutz und die Frage einer sozialen Verantwortung des Einzelnen zur Erreichung eines solchen stellt sich insbesondere bei Krankheiten mit hoher Kontagiosität, die mit

schweren klinischen Verlaufsformen einhergehen und denen mit kurativen Maßnahmen nur schwer entgegen zu treten sind. Schutzimpfungen stellen, wie bei der Masernimpfung, zu meist die einzig sichere und effektive Schutzmaßnahme gegen die jeweils spezifische Erkrankung dar.

Die notwendige Höhe der zu erreichenden Durchimpfungsquote zur Erlangung einer Herdenimmunität resultiert aus besagter Kontagiosität des Erregers und dessen Fähigkeit zur Verbreitung. Bezüglich des Masernerreger ergibt sich eine notwendige rechnerische Durchimpfungsquote zwischen 93 % und 94 %, wobei in der einschlägigen Fachliteratur eine Durchimpfungsquote von 95 % angeführt wird.²

Impfsituation und Morbidität bei Masern

Aus den vom Robert Koch-Institut (im folgenden RKI) 2009 veröffentlichten Durchimpfungsquoten der Schulein-

Tabelle 1
Durchimpfungsquote bei Masern im Bundesgebiet Deutschland 2007

	Untersuchte	Vorlage	Impfheft	eine Impfung	zwei Impfungen
	n	n	%	n	%
Dtld. gesamt	775.997	705.390	90,9	672.942	95,4

Impfquoten in % der im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung erfassten Kinder mit vorgelegtem Impfausweis
Quelle der Ausgangsdaten: Robert-Koch-Institut

gangsuntersuchung des Jahres 2007 geht hervor, dass für das Bundesgebiet 2007 bei der 1. Masernimpfung eine Durchimpfungsquote von 95,4 % und bei der 2. Masernimpfung 88,4% erreicht wurde. (Tabelle 1) Betrachtet man die Entwicklung der Durchimpfungsquoten von 2000 bis 2007 ist ein kontinuierlicher Anstieg zu verzeichnen. Das von der WHO vorgegebene Durchimpfungsziel von > 95% mit zwei Masernimpfungen ist in Deutschland derzeit nicht erreicht.

Tabelle 2: Maserndurchimpfungsquoten Deutschland 2000-2007

	eine Impfung	zwei Impfungen
2000	91,1	19,4
2001	91,4	25,9
2002	91,5	29,5
2003	92,5	50,9
2004	93,3	65,7
2005	94	76,6
2006	94,5	83,2
2007	95,4	88,4

Durchimpfungsquoten in % der im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung erfassten Kinder mit vorgelegtem Impfausweis.

Quelle: Robert-Koch-Institut. Staatsministerium für Soziales des Landes Sachsen

Bezüglich der Durchimpfungsquoten der Länder sind für das Jahr 2007, wie die Jahre zuvor, starke Unterschiede zu verzeichnen. So ergeben sich im Ländervergleich bei den Durchimpfungsquoten der Schuleingangsuntersuchung 2007 eine minimale Durchimpfungsquote bei der 1. Masernimpfung von 92,8% und eine maximale Impfquote von 98,1%. Bei der

zweiten Masernimpfung beträgt die minimale Quote 81,7% und die maximale Impfquote 94 %.³

Den durch das RKI veröffentlichten Durchimpfungsquoten, welche nach § 34 Abs. 11 IfSG im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung erfasst werden, ist hinsichtlich ihrer Aussagekraft mit gesunder Skepsis zu begegnen, da in den Statistiken nur die Personen der untersuchten Gesamtpopulation berücksichtigt werden, die bei der Schuleingangsuntersuchung einen Impfausweis vorzulegen vermögen.

Nach Angaben des Robert Koch-Institutes haben 2007 bundesweit 90,9% der Untersuchten den Impfausweis vorlegen können. Dies bedeutet für die dargelegten Durchimpfungsquoten, dass von 90,9 % der Statistik zu Grunde gelegten untersuchten Personen 95,4% die 1. Masernimpfung und 88,4% die 2. Masernimpfung vorweisen konnten. Die publizierten Daten stellen somit Maximalwerte dar, die bei Berücksichtigung des Dunkelfeldes einer Korrektur nach unten bedürfen.

Trotz dieser relativ hohen Durchimpfungsquoten ist negativ zu vermerken, dass es in den letzten Jahren vereinzelt immer wieder zu lokalen Häufungen von Masernfällen gekommen ist und weiterhin kommt. Diesbezüglich sei auf die Masernausbrüche der Jahre 2001, 2002 und 2006 in den Ländern Baden-Württemberg, Bayern, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen und 2009 in Ham-

burg verwiesen. Diese lokalen Masernausbrüche machen deutlich, dass in den Bundesländern selbst starke lokale Unterschiede in den Durchimpfungsquoten regionaler Populationen bestehen. Dies bestätigt sich anschaulich in der Betrachtung der Untersuchung zum Masernausbruch im Landkreis Coburg im November 2001 bis Juni 2002 mit 1.191 gemeldeten Masernfällen. Hier lag die Durchimpfungsquote des Landkreis Coburg mit 76 % weit unter den Masernimpfquoten der angrenzenden Landkreise, welche zwischen 90 %-97 % lagen.⁴

Es besteht insofern die Gefahr, dass es trotz hoher zu verzeichnender landesbezogener Durchimpfungsquoten bei Import eines Erregers in eine ungeimpften Population zu einer Zirkulation des Erregers in dieser und somit zu einem entsprechenden Krankheitsausbruch kommen kann. Damit werden auch die Personen gefährdet, die sich mangels der Möglichkeit des Eigenschutzes dem Erreger ausgesetzt sehen. Dies zeigt, wie wichtig die Impfbereitschaft jedes Einzelnen ist, um die Inkaufnahme von Infektionsrisiken zu vermeiden.

Verantwortung

In einer Gesellschaft, in der ein zentrales Element des sozialen Lebens die direkte Interaktion mit Anderen ist, erscheint für ein gedeihliches Zusammenleben die Verantwortung des Einzelnen für seine Gesundheit und die Gesundheit der Gemeinschaft unver-

zichtbar. Dabei steht es, dem existentiellen Grundbedürfnis des Einzelnen nach Gesundheit und Wohlbefinden folgend, im Eigeninteresse des Individuums, sich in Eigenfürsorge seiner Gesundheit hinzuwenden. Eine solche Fähigkeit, sein eigenes Handeln an dem körperlichen Wohlbefinden auszurichten und hierfür die Eigenverantwortung zu tragen, bedarf eines Gesundheits- und Körperbewusstseins sowie entscheidungsrelevanter Informationen, welche ein Urteil über die Notwendigkeit von Handlungen zugunsten der Gesundheit ermöglichen. Die Person muss schlussendlich die eigenen Bedürfnisse des Körpers, aber auch die Gefahren für die eigene Gesundheit und des Wohlbefindens erkennen und reflektieren, um eigenverantwortlich Einfluss nehmen zu können.

Sozialverantwortung

Schutzimpfungen ist es immanent, dass sie über den Individualschutz hinaus einen Kollektivschutz beinhalten, was die Frage einer sozialen Verantwortung des Einzelnen gegenüber Anderen aufwirft. Die Wirkung von Schutzimpfungen befähigt den Einzelnen neben dem Schutz der eigenen Gesundheit auch andere vor der Ansteckung und somit vor der Erkrankung zu bewahren und einen Beitrag zur Erreichung einer Herdimmunität zum Wohl der Gemeinschaft zu erbringen. Insofern beinhaltet das Impfen gegen übertragbare Erkrankungen

eine sozial-ethische Komponente der Fürsorge gegenüber Anderen. Aber wem gegenüber muss der Einzelne Rechenschaft ablegen, wenn er sich trotz der Fähigkeit zur Impfung nicht impfen lässt und deshalb andere Personen der Gefahr einer Infektion aussetzt?

In Deutschland besteht seit dem 24. November 1982 kein allgemeiner Impfwang mehr, womit es jedem selbst offen steht, sich Impfen zu lassen. Allerdings fragt sich, ob nicht jeder Einzelne darüber hinaus, die Verpflichtung hat, sich für das Wohl der Gesamtheit einzusetzen. Bezüglich des Impfens bedeutet das, dass jeder der sich Impfen lässt, zur Herdimmunität beiträgt und damit andere schützt. Vorausgesetzt natürlich, dass die Impfung primär dem Individualschutz dient.

Gründe mangelnder Impfbereitschaft

Die Gründe mangelnder Impfbereitschaft trotz bestehender sicherer Impfungen gegen übertragbare Erkrankungen und damit mangelnder Verantwortung für die eigene aber auch für die Gesundheit anderer erscheinen vielfältig.

Vorbehalte gegen Impfungen können sich aus kulturellen wie religiösen Vorstellungen begründen,⁵ zum anderen bedarf es eingängiger Informationen um ein Verständnis für die Notwendigkeit von Impfungen zu erreichen.

Zudem vermögen neben Fehlinformationen, Widersprüchliche und intransparente Informationen eine ablehnende Haltung zu generieren, da das Impfen auf Grund dieser Informationen nicht mehr dem gesundheitlichen Wohl zu entsprechen erscheint. Zum Schutz der eigenen Gesundheit erfolgt daraus resultierend eine Ablehnung der Impfung.

Ein weiterer Grund für mangelnde Eigenverantwortung beim Impfen erscheint jedoch ein fehlendes Gefahrenbewusstsein gegenüber den spezifischen Erkrankungen zu sein. Es mag ein tragisches Schicksal des Erfolges von Impfungen gegen übertragbare Erkrankungen zu sein, dass gerade dieser Erfolg dem allg. Gefahrenbewusstsein der Bevölkerung gegen übertragbaren Erkrankungen und deren Folgen abträglich ist. Umso weniger die Gesellschaft mit der Erkrankung und deren Folgen realitätsnah konfrontiert wird, umso mehr entrückt die Gefahr der bewussten Wahrnehmung. Die Gefahr wird für den einzelnen abstrakt und zunehmend in der Bedeutung für das eigene Sein relativiert.

Mit einem abnehmenden Bewusstsein für die gesundheitlichen Gefahren geht schlussendlich eine abnehmende Akzeptanz gegenüber den medizinischen Präventionsmaßnahmen einher, die sich gegen die spezifische Erkrankungsgefahr richtet, da der Nutzen der Impfung nicht erkannt wird.

Das Nichtimpfen des Einzelnen

kann nicht nur eine Eigengefährdung darstellen, sondern der Einzelne kann als potentieller Überträger einer Infektionskrankheit nicht immunisierte Personen – insbesondere die, die auf Grund von Kontraindikation nicht geimpft werden können, gefährden.

So stellt sich die Frage, ob es nicht nur jedem Einzelnen obliegt, in seiner Eigenverantwortung für seine Gesundheit zu sorgen, sondern ob der einzelnen Person als Teil eines interagierenden sozialen Gefüges eine soziale Verantwortung zukommt, nicht als Überträger eines Erregers zu fungieren und somit andere Personen zu gefährden.

¹ Vgl. BT-Drs. 16/3100, S. 100; BR.-Drs. 755/06, S. 279; RKI: Interventionsprogramm „Masern,

Mumps, Röteln (MMR)“ – Konzept für ein nationales Programm zur Eliminierung der Masern in der Bundesrepublik Deutschland, 1999, S. 4.

² P. Kriwy: Gesundheitsvorsorge bei Kindern – eine empirische Untersuchung des Impfverhaltens bei Masern, Mumps und Röteln, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2007, S. 30 f.

³ RKI: Impfquoten bei den Schuleingangsuntersuchungen in Deutschland 2007, Epidemiologisches Bulletin 16.; 2009, S. 143.145 (145).

⁴ Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit: Abschlussbericht für das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit, Ernährung und Verbraucherschutz über die Untersuchung des Masernausbruchs in Stadt und Landkreis Coburg November 2001 bis Juni 2002, 2002, S. 22 und S. 28.

⁵ Zur Auswirkung einer religiös begründeten ablehnenden Haltung gegenüber Masernimpfung vgl. RKI: Masern-Ausbrüche in Gemeinschaften mit Vorbehalten gegenüber der Impfung, Epidemiologisches Bulletin 4, 2002, S. 31 f.

Aus der Praxis

Musik gegen Hypertonie bei Komatösen¹

von Romy Petzold, M.mel.

Hintergrund

Manche Sinneswahrnehmungen können unter günstigen Umständen zum Wohlbefinden des Wahrnehmenden beitragen. Mit dieser Zielsetzung ist in der interdisziplinären operativen Intensivtherapiestation, auf der das hier betrachtete Projekt durchgeführt wurde, in Zusammenarbeit mit einer Psychologin eine Heilungsprozessen möglichst zuträgliche Farbgestaltung² umgesetzt worden. Mit derselben

Zielsetzung, zum Wohlbefinden größtenteils komatöser, kritisch erkrankter oder verunfallter Patienten beizutragen, wurde nach optischer nun die akustische Wahrnehmung³ ins Zentrum des Interesses gerückt.

Dass die Evaluation möglicher Reaktionen⁴ auf akustische Stimuli dabei zugunsten der Milderung einer bestehenden Hypertonie eingegrenzt wurde, lag in der einfachen und für die Patienten keine zusätzliche Belastung darstellenden Messbarkeit

des Blutdrucks und darin begründet, dass bei den meisten der zur Zeit der Projektdurchführung auf der Station befindlichen Patienten ein erhöhter Blutdruck zu beobachten war.

Material und Methode

Folglich kamen als Probanden zunächst alle Patienten mit Hypertonie in Frage. Als hypertensiv wurden diejenigen Patienten angesehen, bei denen der Blutdruck über dem noch als normal anzusehenden Wert von 130/85 mmHg⁵ lag. Nicht als Probanden in das Projekt einbezogen wurden Patienten, bei denen praktisch ununterbrochen ärztliche oder pflegerische Maßnahmen durchgeführt werden mussten. Die Probanden waren größtenteils komatös, also durch äußere Reize nicht mehr zu wecken, manche soporös, also durch äußere Reize nicht mehr voll erweckbar.⁶

Unter dem Begriff Musik werden allgemein Töne, Klänge und Geräusche subsumiert, die nach bestimmten Prinzipien und Regeln geordnet und geformt sind. Im Rahmen des Projektes wurden als hypothetisch zur Senkung eines erhöhten Blutdrucks geeignet eingestufte Tonaufnahmen verwendet. Dazu wurden auch Besucher der Patienten zu deren musikalischen Vorlieben befragt. Die Tonaufnahmen, die jeweils nicht länger als 10 Minuten dauerten, wurden den Probanden maximal einmal am Tag über in Bettnähe aufgestellte Lautsprecher in Zimmerlautstärke vorge-

spielt.

Die Blutdruckmessung erfolgte direkt. Der Druck wurde jeweils unmittelbar vor, während und unmittelbar nach dem Vorspielen einer Tonaufnahme abgelesen. Verzeichnet wurden die systolischen Werte. Sank der Blutdruck eines Probanden während des Vorspielens nicht, wurde es für den betreffenden Tag abgebrochen. Alles in allem war der Umgang mit den Patienten von größter Sensibilität geprägt. Sie wurden durchgängig als Persönlichkeiten, erst in zweiter Linie als Probanden angesehen.

Ergebnisse

Von 36 – auch nacheinander – während des Projektzeitraums auf der Station befindlichen Patienten konnten 9 als Probanden (1 bis 9) in das Projekt einbezogen werden.

Tabelle 1

A	Bach, Johann Sebastian: Dritte Orchestersuite, Air
B	Grieg, Edvard: Peer Gynt Suite Nr. 1, Morgenstimmung
C	Händel, Georg Friedrich: Wassermusik, Air
D	Mozart, Wolfgang Amadeus: Violinkonzert 5 A-Dur KV 219, erster Satz
E	Orff, Carl: Carmina Burana, Chume, chum geselle min
F	Smetana, Bedřich: Mein Vaterland, Die Moldau
G	Vivaldi, Antonio: Violinkonzerte, Die vier Jahreszeiten, Frühling, Largo E Pianissimo Sempre
H	Vogelgezwitscher, gemischt

Tabelle 1 zeigt die 8 Tonaufnahmen, mit denen Erfolge erzielt wurden. Die Messungen beim Vorspielen dieser Tonaufnahmen führten zu den Daten, die aus Tabelle 2 ersichtlich sind.

Tabelle 2: Anzahl und Werte erfolgreicher Messungen bei insgesamt wie oft vorgespielter Tonaufnahme

Proband	Anzahl Messungen erfolgreich von Messungen gesamt	Bei Erfolg durchschnittl. Senkung des syst. BD um (in mmHG)	Bei Erfolg max. Senkung des syst. BD um (in mmHG)	Bei Erfolg min. Senkung des syst. BD um (in mmHG)	Anzahl der Erfolge bei Tonaufnahme							
					A	B	C	D	E	F	G	H
1	3/4	15,3	22,0	5,0	-	1	-	-	-	2	-	-
2	8/9	11,4	40,0	1,0	-	1	-	1	1	-	1	4
3	1/1	9,0	9,0	9,0	-	1	-	-	-	-	-	-
4	5/5	7,0	12,0	4,0	2	-	-	1	-	-	2	-
5	4/8	3,7	4,0	3,0	-	-	-	3	1	-	-	-
6	8/8	2,8	7,0	1,0	1	3	-	1	-	-	3	-
7	3/5	2,0	4,0	1,0	-	1	1	1	-	-	-	-
8	1/1	2,0	2,0	2,0	-	-	-	-	-	-	1	-
9	1/1	1,0	1,0	1,0	-	-	-	-	-	-	1	-

Es wird deutlich, dass mit 34 von 42, also 81 % der Messungen die beabsichtigte Blutdrucksenkung erreicht wurde. Der systolische Blutdruck sank in diesen Fällen um durchschnittlich 6,7 mmHg, maximal 40 mmHg, minimal 1 mmHg (alle Werte gerundet).

Am häufigsten sank der Blutdruck bei Vivaldi (8 erfolgreiche Messungen), gefolgt von Grieg und Mozart (je 7), dem Vogelgezwitscher (4), Bach

(3), Orff und Smetana (je 2), am seltensten bei Händel (1).

Die höchste Durchschnittssenkung des systolischen Blutdrucks war bei Proband 1 mit 15,3 mmHg zu beobachten. Es schließen sich Proband 2 mit durchschnittlich 11,4 mmHg, Proband 3 mit 9,0 mmHg, Proband 4 mit 7,0 mmHg, Proband 5 mit 3,7 mmHg, Proband 6 mit 2,8 mmHg, Proband 7 und 8 mit je 2,0 mmHg sowie Proband 9 mit 1,0 mmHg an. Die höchste maximal beobachtbare Senkung des systolischen Blutdrucks erreichte Proband 2 mit 40,0 mmHg. Bei Proband 1 sank der systolische Blutdruck während der erfolgreichsten Messung um 22,0 mmHg, bei Proband 4 um 12,0 mmHg, bei Proband 3 um 9,0 mmHg, bei Proband 6 um 7,0 mmHg, bei Proband 5 und 7 um je 4,0 mmHg, bei Proband 8 um 2,0 mmHg und bei Proband 9 um 1,0 mmHg.

Bei vielen dieser Messungen sank der Blutdruck bis fast oder ganz auf normal. Ein Absinken unter Normalwerte war nicht zu beobachten.

Diskussion

Da keiner der Probanden während des Vorspielens von Musik durchgängig keine oder eine unerwünschte Reaktion zeigte, vielmehr bei ausnahmslos allen Probanden intraindividuell bei mindestens der Hälfte der Messungen – häufig öfter – eine deutliche Senkung des systolischen Blutdrucks zu beobachten war, darf davon ausgegangen werden, dass die gewählte Musik insgesamt eine blutdrucksenkende Wirkung haben könnte.

Dass bestimmte Probanden auf bestimmte Tonaufnahmen immer wieder ähnlich reagierten, auf andere innerhalb des Musikkatalogs konsequent nicht, ist ein deutliches Indiz dafür, dass entweder ganz allgemein die Gestalt, also die unter Material und Methode so definierten „bestimmten Prinzipien und Regeln“ der „Töne, Klänge und Geräusche“ die Probanden erreichten, oder aber, dass sie möglicherweise mit bekannten Tonaufnahmen Assoziationen mit früheren Situationen verbanden, die aus anderen als musikbezogenen Gründen eine blutdrucksenkende Wirkung auf sie gehabt hatten. Es zeigte sich einmal mehr die menschliche Individualität.

Der Verdacht, mit der Senkung eines zuvor erhöhten Blutdrucks könne bei den Probanden eine Beruhigung, Stress- oder Angstlösung einhergegangen sein, liegt zwar nahe, kann jedoch auf der Grundlage des hier gesammelten Datenmaterials nur

als Vermutung festgehalten werden. Dass jedoch eine zumindest zeitweise Milderung einer Hypertonie insgesamt zum eingangs erwähnten Wohlbefinden der Probanden beiträgt, kann als gesichert angesehen werden.

¹ Projekt, durchgeführt im Rahmen des Medizin-Ethik-Recht-Studiums im August und September 2008 auf der ITS 2 der hallischen Universitätsklinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin unter der freundlichen Betreuung von Herrn OA Dr. med. Jens Soukup.

² Vgl. www.medizin.uni-halle.de/kai/media/PDF/mit_pscho_farbgestaltung.pdf.

³ Andere Projekte zur akustischen Wahrnehmung wurden beispielsweise von Dagmar Gustorff (Gustorff: Jenseits des Wortes: Musiktherapie mit komatösen Patienten auf der Intensivstation, Bern 2000), Ralph Spintge (Spintge: Musik in Anästhesie und Schmerztherapie, in: Hrsg. G. Hofmann/C. Trübsbach, Mensch & Musik: Diskussionsbeiträge im Schnittpunkt von Musik, Medizin, Physiologie und Psychologie, Augsburg 2002, S. 81-94) und einem Team um Thomas Fritz (Fritz et al.: Universal Recognition of Three Basic Emotions in Music, in: Current Biology, 19/7, Leipzig 2009, S. 573-576) durchgeführt.

⁴ Dass Reaktionen auf akustische Stimuli möglich sind, dabei jedoch von einem asymmetrischen Fundierungsverhältnis zwischen Wahrnehmung und Kommunikation ausgegangen werden muss, beschreibt Jens Loenhoff (vgl. Loenhoff: Die kommunikative Funktion der Sinne: Theoretische Studien zum Verhältnis von Kommunikation, Wahrnehmung und Bewegung, Konstanz 2001, S. 264).

⁵ Pschyrembel Klinisches Wörterbuch, Berlin 2002, S. 221.

⁶ Ebd., S. 882 und S. 1555 f.

⁷ Volker Kämpf, Untersuchungen über die angstlösende Wirkung von Musik, Mainz 1995, S. 4.

Organspende und -transplantation in Deutschland

Bericht vom zweiten wissenschaftlichen Symposium der Bundesärztekammer

von *Stephanie Schmidt, M.mel.*

Nach Informationen des Bundesministeriums für Gesundheit warten derzeit in Deutschland rund 12.000 Menschen auf eine Organspende von Herz, Lunge, Leber oder Niere. Die Entscheidung zur Organspende gilt als eine sehr persönliche Entscheidung, mit der sich viele Menschen eher ungern auseinander setzen möchten. Laut der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) wurden im Jahr 2008 nur 1.198 Organspenden realisiert. Angesichts einer von Seiten der DSO berichteten Stagnation der Organspendezahlen, eine wenig hoffnungsfrohe Situation für alle transplantationsbedürftigen Bürger.

Um über die Lage der Transplantationsmedizin in Deutschland zu sprechen, lud die Bundesärztekammer zum zweiten wissenschaftlichen Symposium ein. So trafen sich im Januar 2010 Vertreter aus Medizin, Recht und Politik, um zwei Tage lang in der Hauptstadt über Probleme und Lösungen, insbesondere zur Erhöhung der Spenderzahlen zu diskutieren.

Dr. Lars-Christoph Nickel vom Bundesministerium für Gesundheit stellte in seinem Vortrag den „Bericht zur Situation der Transplantationsmedizin in Deutschland zehn Jahre nach Inkrafttreten des Transplantationsgesetzes“ vor. Er berichtet einen Zuwachs der Besitzer von Organspende-

ausweisen. Dieses Ergebnis sei zwar gut, stelle aber noch kein befriedigendes Resultat dar, so Nickel. Weiter ging aus dem vorgestellten Bericht hervor, dass sich die einst bei der Gesetzgebung kontrovers diskutierten Punkte der Zustimmungslösung und des Hirntodkriterium bisher bewährt haben.

Nickel informierte ferner über einen Anstieg bekennender Organspender. Doch nach Daten der DSO weist die Anzahl realisierter Organspenden, nach einem kontinuierlichen Anstieg von 2004 bis 2007, im Jahr 2008 erstmals wieder einen rückläufigen Trend auf. Seit Verabschiedung des Transplantationsgesetzes (TPG) 1997 erfuhr lediglich die Anzahl älterer Organspender einen fortdauernden Zuwachs. Für die gesamte Bundesrepublik betrachtet, lässt sich zudem kein einheitliches Bild der Spendenanzahl zeichnen. Einem Spenderaufkommen von 18,8 Organspendern pro Million Einwohner für die Region Ost (Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen) steht ein Spenderaufkommen von 10,8 Organspendern pro Million Einwohner der Region Mitte (Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland) gegenüber. Deutschland findet sich im europäischen Vergleich auf Grund einer durchschnittlichen Spenderzahl von 14,9 eher im Mittelfeld wieder.

Geringes Spenderaufkommen

Gründe für dieses geringe Spenderaufkommen werden überwiegend im Stellenwert der Organspende in einzelnen Krankenhäusern gesehen. Dieser müsse sich dringend erhöhen. Dabei gehe es sowohl um die Verbesserung der Meldung potenzieller Organspender, als auch um die Gespräche mit Angehörigen. Hier zeige sich ein Anknüpfungspunkt für Transplantationsbeauftragte nach spanischem Vorbild. Dort ist ein Krankenhauskoordinator (bzw. ein Team von Koordinatoren) für den gesamten Spendeprozess verantwortlich. Zu den zentralen Aufgaben zählen neben der Führung der Warteliste, die Koordination der Transplantationsteams. In Deutschland ist ein Erfolg nur bei günstigen Rahmenbedingungen möglich. Neben der Unterstützung des Beauftragten bei seiner Tätigkeit ist auch eine intensive Einbindung in den Klinikalltag notwendig. Freilich sollen nicht nur allein die Krankenhäuser bei der Erhöhung von Spenderaufkommen in die Pflicht genommen werden. Nickel betonte, dass die Akzeptanz des Themas Organspende in der Bevölkerung erhöht werden muss. Ulrich Boltz vom Bundesverband der Organtransplantierten e. V. fügte hinzu, dass es angesichts fehlender finanzieller Mittel für Werbung jedoch schwer ist, das Thema Organspende in der Öffentlichkeit bekannt zu machen. Zwar existiere eine gute Internetpräsenz, doch in Funk und Fernsehen finden sich kaum

bzw. wenige Berichterstattungen. Gerade zusätzlich unsachgemäße Berichterstattung in die Öffentlichkeit, werde das Image des Themas beschädigt und Bemühungen dadurch weiter zerstört.

Weiterer Handlungsbedarf scheint immer noch bei der Festlegung der rechtlichen Rahmenbedingungen für die Organspende zu bestehen. Fr. Dr. Wenker, Mitglied der Ständigen Kommission Organtransplantation (StäKO), betonte, dass sie einen Wechsel von der Zustimmungslösung hin zur Widerspruchsregelung als schwierig erachte. Diese Ansicht teilte das Publikum jedoch nicht und sah die Thematik der rechtlichen Regelung immer noch als diskussionsbedürftig an. Einige Diskussionsteilnehmer sprachen sich deutlich dafür aus, eine Änderung vorzunehmen.

Auch das Thema der Lebendspende wurde besprochen. Da eine Lebendspende bisher nur im engen Rahmen möglich ist (vgl. § 8 Abs. 1 TPG), wurde über die Möglichkeit der Ausweitung des Spender- und Empfängerkreises gesprochen. Sollte eine solche Ausweitung in Betracht gezogen werden, dürfe der Schutz vor Organhandel sowie der Schutz gesunder potentieller Spender nicht außer Acht gelassen werden. Als weitere Lösungsmöglichkeiten wurden die Verstärkung der cross-over-Spende vorgeschlagen, sowie die Zulassung der anonymen Lebendspende. Kritiker dieses Vorschlages bezweifeln jedoch, dass eine Ausweitung des Spender-

kreises mit einer Erhöhung der Spenderzahlen einhergeht.

Einen großen Diskussionspunkt stellte des Weiteren eine von der EU-Kommission geplante Richtlinie über Qualität und Sicherheit von Organen dar. Wenker sagte dazu: „Die geplante EU-Richtlinie wird nicht den Mangel an Organen beheben, sondern eher zementieren. Wir brauchen für die Organspende keine supranationalen Normvorschläge, sondern differen-

zierte Regelungen, die die Transplantationsmedizin wirklich voranbringen.“

Als zentrale Forderungen des zweiten wissenschaftlichen Symposiums der Bundesärztekammer können demnach die stärkere Motivation zur Organspende, der flächendeckende Einsatz von Transplantationsbeauftragten und ein Vorgehen gegen die Zentralisierungspläne aus Brüssel festgehalten werden.

Organspende

Altes und Neues zur Einführung der Widerspruchslösung in Deutschland

von Sebastian T. Vogel

Als „weiterhin alarmierend“ betitelte die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) in ihrer am 19.01.2010 veröffentlichten Pressemitteilung die Organspendesituation im vergangenen Jahr. Nur unwesentlich stieg die Zahl der Organspender im Vergleich zum Krisenjahr 2008, gar zurück ging die Anzahl in Deutschland entnommener Organe. Einzig die Organspenderaten (OSR) der Regionen Nord-Ost und Ost sind mit 19,2 respektive 18,1 Spendern pro eine Mio. Einwohner (pmp) auf einem im internationalen Vergleich noch akzeptablen Niveau; der gesamtdeutsche Schnitt ist mit 14,9 pmp tatsächlich alarmierend.¹ Dass Spanien mit 34,4 Spendern pmp anno 2009 aufwarten kann,² ist fernab deutscher Vorstellungskraft, jedoch

ein gewohntes Bild beim Blick über den deutschen Tellerrand hinaus. Ebenso zur Gewohnheit ist es unter manchen Medizinern, Gesundheitspolitikern und anderen Fachleuten indes geworden, immer dann, wenn wieder einmal die Alarmglocken läuten, wild nach der Einführung der Widerspruchslösung zu rufen. Dabei fragt sich, ob die erweiterte Zustimmungslösung, wie sie das deutsche Transplantationsgesetz (TPG) in den §§ 3, 4 vorschreibt, tatsächlich als Grund für den Organmangel angesehen werden kann. Oder anders gewendet: Ist die Zustimmungslösung vielleicht genauso wenig ein Grund für den Organmangel in Deutschland, wie die mögliche Einführung des Widerspruchsmodells die Lösung des Problems wäre?

Argumente pro Widerspruchslösung

Hauptargument derer, die für einen Wechsel weg von der Zustimmung- und hin zur Widerspruchslösung plädieren, ist schlicht der internationale Vergleich. In Spanien, Portugal (26,7 pmp), Belgien (25,7), Frankreich (25,3), Italien (21,1), Österreich (20,6), Norwegen (20,5), Slowakei (18,4) und Schweden (16,5) z. B. sind die OSRn höher als hierzulande³ – und in all diesen Ländern wird jeder Bürger als potentieller Organspender angesehen, außer er hat zu Lebzeiten einer Organspende widersprochen (zum Teil steht auch den Angehörigen ein gesetzliches Widerspruchsrecht zu). Dass in Deutschland die Angehörigen stets um Zustimmung ersucht werden müssen, sofern der Hirntote nicht zu Lebzeiten seine Bereitschaft zur Organspende kundgetan hat, wird demgegenüber als ein hohes Hindernis angesehen.

Zum einen gilt die Frage nach der Zustimmung zu einer Explantation als „die unmöglichste Frage zum unmöglichsten Zeitpunkt an die unglücklichste Familie“.⁴ Eine Möglichkeit nämlich, mit dem Schmerz, der Trauer, dem Verlust umzugehen, ist es, zu verdrängen, selbst wenn beim Verstorbenen und auch den Angehörigen grundsätzlich eine positive Einstellung zur Organspende vorhanden war bzw. ist.⁵ Wollen die Angehörigen also keine Entscheidung treffen, dann kann es bei Bestehen der Widerspruchslösung gleichwohl

zu einer Organspende kommen, nicht aber bei einer Zustimmungslösung. Deshalb argumentieren nicht wenige, dass das Angehörigengespräch erleichtert würde, wenn die Frage nicht lautete: „Stimmen Sie zu?“, sondern vielmehr: „Haben Sie Einwände?“.⁶ Im Übrigen könnten Transplantationen auch regelmäßig schneller durchgeführt werden, wenn eine Zustimmung der Angehörigen nicht abgewartet werden muss.

Zum anderen belegen Umfragen, dass eine große Diskrepanz besteht zwischen einer hohen Bereitschaft zur Organspende in der Bevölkerung einerseits und einer niedrigen Anzahl tatsächlich kundgetaner Zustimmungen per Organspendeausweis andererseits.⁷ Wenn aber die meisten Bürger positiv eingestellt sind, es nur – sei es aus Bequemlichkeit, sei es aufgrund unbewusster Vermeidungsstrategien – stetig hinausschieben, sich mit einem Organspendeausweis und mithin dem eigenen Tod aktiv auseinanderzusetzen, dann scheint eine Widerspruchslösung quasi den Grundkonsens in der Bevölkerung besser abzubilden.⁸ Die Autonomie jedes Einzelnen bliebe bei Einführung des Widerspruchsmodells gleichwohl gewahrt, denn jedem stünde es frei, zu Lebzeiten einen Widerspruch zu deponieren.

Der europäische Vergleich – genauer hingeschaut

Wer die zum Teil höheren OSRn

bspw. in Spanien, Österreich oder Schweden schlicht mit der dort normierten Widerspruchslösung assoziiert, verkennt womöglich die wahren Ursachen für das bessere Organaufkommen dieserorts. Es sei deshalb an den eben genannten Beispielen ein subkutaner Blick unter die Oberfläche gewagt, der irri- ge Vorstellungen vom Wundermittel Widerspruchsmo- dell ggf. zu relativieren vermag.

Beispiel Spanien: Schon 1979 wurde die Widerspruchslösung gesetzlich verankert, wobei ein Widerspruchsrecht der Angehörigen weder im TPG noch im entsprechenden königlichen Dekret normiert ist. Auch 1989 – trotz zehn Jahren Widerspruchslösung – war die OSR noch auf einem im damaligen europäischen Vergleich bestenfalls mittelmäßigen Niveau von 14,3 pmp. Dann jedoch wurde die Organización Nacional de Trasplantes (ONT) ins Leben gerufen und seither ist die Spenderate um 144 % angestiegen. Mit der ONT nämlich wurde das so genannte spanische Modell implementiert, das vor allem Struktur in das Organspendewesen brachte.⁹ In Spanien besitzt die ONT (dank auch des staatlichen Gesundheitssystems) seither eine übergeordnete Zuständigkeit für die Bereiche Spendererkennung und -behandlung, Gesprächsführung mit den Angehörigen sowie Organisation aller Abläufe. Koordinatoren sind auf Teilzeitbasis in den Krankenhäusern

fest installiert, gehören zur Arbeitsroutine und beobachten potentielle Spender schon seit Beginn ihrer Einlieferung. Während also Ärzte u. U. noch um das Leben des Patienten kämpfen, weiß der Koordinator schon, dass es bald zum Hirntod kommen könnte und kann im Vorhinein medizinische Daten sammeln sowie, im Fall der Fälle, sofort Maßnahmen ergreifen.¹⁰ Dass die gesetzliche Regelung einen gegenüber diesem System nur sehr marginalen Einfluss hat, zeigen schließlich auch die vielen Äußerungen von Transplantationsexperten, wonach zwar die Widerspruchslösung per Gesetz vorgeschrieben ist, in der Praxis jedoch alle Angehörigen um Zustimmung gebeten werden. Spanien also praktiziert tatsächlich eine (verkappte) Zustimmungslösung.¹¹

Beispiel Österreich: Obgleich die Widerspruchslösung in Österreich dergestalt normiert ist, dass Angehörige nicht einmal informiert werden müssen, sieht auch dort die Praxis anders aus. Bei einer Befragung der fünf Transplantationszentren (TxZ) Österreichs gaben die Verantwortlichen der TxZ Graz und Innsbruck an, die Angehörigen stets um Zustimmung zur Organentnahme zu ersuchen. Die Zentren in Wien und 2x Linz praktizieren nach eigenen Angaben die Widerspruchslösung, informieren die Angehörigen aber (wenn möglich) über die geplante Entnahme und akzeptieren auch einen Widerspruch. Die theoretisch

enge Widerspruchslösung ist demgemäß gleichsam aufgeweicht.¹² Dass die Widerspruchslösung offensichtlich auch kein Garant für konstant hohe OSRn ist, zeigt ein Blick auf die Statistik. Obwohl die Widerspruchslösung in Österreich unverändert geblieben ist, ist die OSR bei der Totenspende in den vergangenen Jahren von einstmalig über 25 pmp peu à peu auf 20 zurückgegangen.

Beispiel Schweden: Welche Auswirkungen eine Gesetzesänderung auf die OSRn haben kann, hat Schweden realiter erfahren: keine. Nachdem 1958 die Widerspruchsregelung eingeführt wurde, probierte man sich ab 1986 in einem Zustimmungsmodell, um dann 1996 erneut zur Widerspruchslösung zu wechseln. Gerade in den 1990ern gab es z. T. enorme Schwankungen, die aber offensichtlich unabhängig vom jeweiligen gesetzlichen Modell waren und wohl nur auf die verschiedentlich gefahrenen Aufklärungskampagnen zurückzuführen sind.¹³ Erst in den vergangenen Jahren ist wieder ein Aufwärtstrend zu sehen – ganz ohne Gesetzesänderung, aber mit Veränderungen im strukturellen Bereich. In einer Region mit 1,65 Mio. Einwohnern (fast 20 % der Gesamtbevölkerung Schwedens) wurde 2006 ein neues Konzept eingeführt, das zwei Eckpunkte aufwies: einheitliche Standards/Richtlinien bzgl. der Pflege und Behandlung potentieller Organspender und eine aktivere Rolle

der Transplantationskoordinatoren. Innerhalb eines halben Jahres stieg die OSR von 13,9 auf 23,6 pmp.¹⁴ 2005 wurde zudem der Swedish Council for Organ and Tissue Donation etabliert, der die Organspende in das Bewusstsein von Bevölkerung und medizinischem Personal bringen sowie Richtlinien für Koordinatoren aufstellen und Struktur in das Transplantationswesen bringen will.¹⁵ Auch hier also sind es die Strukturen, die den Unterschied ausmachen, nicht die Gesetze.

Argumente contra Widerspruchslösung in Deutschland

Da nun der oft blendende internationale Vergleich schon gar nicht mehr so hell zu glänzen vermag wie zuvor, soll eruiert werden, was darüber hinaus für die innerdeutsche Diskussion von Belang ist.

Gefahr einer Widerspruchswelle: Es ist nicht unwahrscheinlich, dass es in Deutschland zu einer Widerspruchswelle käme, führte man die Widerspruchslösung ein. So waren im Jahre 2008 bei einer von Forsa im Auftrag der TK durchgeführten Umfrage nur 37 % der bundesweit 1000 Befragten für eine Widerspruchslösung in Deutschland. In Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Berlin waren über 50 % ausdrücklich dagegen. In Rheinland-Pfalz waren nur 31 % für deren Einführung,

55 % dagegen für die Beibehaltung der Zustimmungslösung. Nur in Bayern war fast die Hälfte pro Widerspruchslösung eingestellt.

Ethische Aspekte: Die Widerspruchslösung ist ethisch nicht inakzeptabel, aber das Bild von der Organspende als ein Geschenk bekommt zumindest Risse. Wenn die Organspende nach dem Tod mehr als der Normalfall denn als gute Tat angesehen wird, muss sich derjenige, der aktiv widerspricht, also negativ vom Normalfall abweicht, jedenfalls moralisch rechtfertigen. Ein Widerspruch ist deshalb stigmatisierender als eine versagte Zustimmung, auch wenn das Ergebnis dasselbe ist.

Kosten: Dass Menschenleben und Geld nicht Variable in derselben Gleichung sein dürfen, ist unzweifelhaft, dennoch sei ein Blick auf die Kosten erlaubt. Großbritanniens ehemaliger Premierminister Gordon Brown, ein Verfechter der Widerspruchslösung, musste 2008 eine Niederlage einstecken, als eine eigens eingesetzte Organ Donation Taskforce in einem mehrere hundert Seiten langen Bericht zu dem Ergebnis gelangte, dass es kaum Beweise dafür gebe, dass die Widerspruchslösung zu einem höheren Organaufkommen führe. Speziell zu den Kosten wird folgende Rechnung aufgemacht. 45 Mio. £ müssten in Großbritannien ad hoc ausgegeben werden für die notwendige IT (Einführung ei-

nes Widerspruchsregisters, verschlüsselter Zugriff für Ärzte etc.) sowie für eine entsprechende Aufklärungskampagne, die jeden Bürger des Landes sicher erreicht und umfassend informiert. Hinzu kämen zwei Mio. £ pro Jahr für laufende IT-Kosten und fünf Mio. £ alle paar Jahre für neuerliche Auffrischkampagnen. Und diese Kosten, die für Deutschland noch höher ausfielen, würden für eine Widerspruchslösung anfallen, deren oft behaupteter Einfluss auf die Organspendezahlen noch in keiner belastbaren Studie evident belegt wurde.¹⁶

Ein Lösungsansatz

Dieser letzte Punkt kann in wenigen Zeilen nicht annähernd vollumfänglich abgearbeitet werden. Darum wird nur eine Lösungsstrategie herausgegriffen, die dafür aber eine der am meisten Erfolg versprechenden ist. In Anlehnung an das spanische Modell sollte es verpflichtend sein, dass im Falle einer möglichen Organentnahme stets ein DSO-Koordinator hinzugezogen werden muss, was bis dato nicht der Fall ist, und/oder es sollten so genannte Inhouse-Koordinatoren in den Krankenhäusern fest installiert werden. Hierzu finanziert die DSO auch gerade ein auf zwei Jahre anberaumtes Pilotprojekt, in dem ein von der DSO finanzierter Krankenhausmitarbeiter vorgesehen ist, der die DSO quartalsweise über die Situation der Organspende informiert

und eine noch engere Vernetzung mit der Koordinierungsstelle gewährleistet. Gründe hierfür gibt es mehrere. Zum einen kann dieser Koordinator dem Krankenhauspersonal Einiges an Arbeit abnehmen und zudem gewährleisten, dass auch kein potentieller Organspender ungemeldet bleibt. Zum anderen wird das Angehörigengespräch erheblich erleichtert. Nach Angaben der DSO nämlich liegt die Zustimmungquote in Angehörigengesprächen, die allein von einem DSO-Koordinator geführt werden, bei über 80 %; spricht nur ein Arzt mit den Angehörigen, sind es nicht einmal 60 %.¹⁷

Fazit

In Deutschland besteht ein mangelndes Organaufkommen – absolut und auch relativ im Vergleich zu anderen. Gleichwohl sei dieser Beitrag ein Plädoyer dafür, bei allem Handlungsbedarf nicht in Aktionismus zu verfallen und wild nach der Widerspruchslösung zu rufen. Spanien sollte Vorbild sein, aber nur strukturell; den Fokus auf die Widerspruchsregelung zu richten, ist verfehlt.

¹ DSO, 15.01.2010, verfügbar unter www.dso.de.

² Vgl. den Jahresbericht 2009 der ONT (Organización Nacional de Trasplantes), abrufbar unter www.ont.es/Documents/ontdatos2009.pdf.

³ Daten von 2008, in: International Figures on Donation and Transplantation, Newsletter

Transplant, Vol. 14, No. 1 (Sept. 2009), Editor: Rafael Matesanz.

⁴ Breyer/van den Daele/Engelhard/Gubernatis/Kliemt/Kopetzki/Schlitt/Taupitz: Organmangel, Ist der Tod auf der Warteliste unvermeidbar?, Berlin/Heidelberg 2006, S. 72.

⁵ P. Michielsen: Presumed consent to organ donation: 10 years' experience in Belgium, *Journal of the Royal Society of Medicine* 1996; 89: 663-666.

⁶ Zeit Online, 19/2007, S. 41 (Mein Herz ist dein Herz).

⁷ forsa-Kurzerhebung im Auftrag der TK, Aug. 2008: 79 % der 1.000 Befragten haben eine positive Einstellung zur Organspende, aber nur 14 % besitzen einen Organspendeausweis; ipsos, Quelle: Apotheken Umschau, BABY und Familie, 2008: 68 % der 2.000 Befragten wären bereit, nach dem Tod ihre Organe zu spenden, aber nur 16 % besitzen einen Organspendeausweis; tns healthcare i. V. m. der BZgA, 2008: 67 % der 4.001 Befragten wären einverstanden, dass nach ihrem Tod Organe und Gewebe entnommen werden, aber nur 17 % besitzen einen Organspendeausweis.

⁸ Die britische Organ Donation Taskforce spricht deshalb von der Widerspruchslösung als einem „consent for the disorganised“, siehe: The potential impact of an opt out system for organ donation in the UK, An independent report from the Organ Donation Taskforce, 2008, S. 8.

⁹ B. Miranda, M. Fernández Lucas, C. de Felipe, M. Naya, J. M. González-Posada and R. Matesanz: Organ donation in Spain, *Nephrol Dial Transplant* (1999) 14 [Suppl 3]: 15-21.

¹⁰ Wegen der aktiven Rolle der Koordinatoren wird dieses System zuweilen als „Active Donor Detection System“ bezeichnet. Zum Ganzen siehe ÖBIG-Transplant [Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen], Jahresbericht 2005, S. 79.

¹¹ R. Matesanz: Factors influencing the adaptation of the Spanish Model of organ donation, *Transpl Int* (2003) 16: 736-741; Z. Włodarczyk: Legal Aspects of Organ and Tissue Transplantation, *Transplantation Proceedings*, 35, 1202-1203 (2003).

¹² Befragung durchgeführt vom Interdisziplinären Wissenschaftlichen Zentrum für Medizin-Ethik-Recht der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 2009.

¹³ R. Coppen, R. D. Friele, S. K. M. Gevers, G. A. Blok, J. van der Zee: The impact of donor policies in Europe: a steady increase, but not everywhere, *BMC Health Services Research* 2008, 8:235.

¹⁴ B.I. Gustafsson, A. Wolfbrandt, S. Dahlman, and L. Mlörnstedt: Increase in Organ Donation Rate in a Swedish Region After Implementing a New Angle of Approach, *Transplantation Proceedings*, 38, 2625-2626 (2006).

¹⁵ Å. Welin: Swedish organ donation optimized by a new organization model – Donation rate increased by 36 %, *Organ Donation Congress*, Berlin (2009); C. Möller, Å. Welin, B.Å. Hebn-

riksson, A. Rydvall, K. Karud, T. Nolin, I. Brorsson, L. Nilsson, and D. Lundberg: National Survey of Potential Heart Beating Solid Organ Donors in Sweden, *Transplantation Proceedings*, 41, 729-731 (2009).

¹⁶ The potential impact of an opt out system for organ donation in the UK, An independent report from the Organ Donation Taskforce, 2008, S. 21.

¹⁸ BT-Drs. 16/12554, S. 23.

*Sebastian T. Vogel
ist Wissenschaftl. Mitarbeiter am
Interdisziplinären Zentrum
Medizin-Ethik-Recht
Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg*

Gewebegesetz

Auswirkungen und Neuerungen der 15. AMG-Novelle auf das Gewebegesetz

von RA Philipp Skarupinski, M.mel.

Einleitung

Am 20.07.2007 trat das als Artikelgesetz konzipierte Gewebegesetz in Kraft. Es dient der Umsetzung der Geweberichtlinie 2004/23/EG des Europäischen Parlaments und des Rats der Europäischen Union vom 31. März 2004 zur Festlegung von einheitlichen Rahmenbedingungen für hohe Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Spende, Beschaffung, Testung, Verarbeitung, Konservierung, Lagerung und Verteilung von menschlichen Geweben und Zellen in nationales Recht. Zur Erreichung dieser Zielsetzung hat

der Gesetzgeber zahlreiche Änderungen und Ergänzungen von bereits bestehenden Rechtsvorschriften dem Gewebegesetz unterworfen, insbesondere Normen des AMG, des TPG und des TFG sowie der Apothekenbetriebsordnung und der Betriebsordnung für Arzneimittelgroßhandelsbetriebe novelliert. Die notwendigen Änderungen wirkten sich vor allem auf in Deutschland ansässige Krankenhäuser, Gewebeeinrichtungen, Ärzte und Heilpraktiker aus. Mit der Einführung der 15. AMG-Novelle im Jahre 2009 wurden durch den Gesetzgeber einige nicht unerhebliche Korrekturen

des Gewebegesetzes vorgenommen. Einige wichtige Änderungen werden nachfolgend grob dargestellt.

Gewebezubereitungen in der regenerativen Medizin

Mit Einführung des Gewebegesetzes wurde nicht nur der Gewebebegriff neu konzipiert, sondern in Abgrenzung dazu auch der Begriff der Gewebesubereitung bestimmt. Er beinhaltet nach der Legaldefinition des § 4 Abs. 30 AMG Arzneimittel, die Gewebe im Sinne von § 1a Nr. 4 TPG¹ sind oder aus solchen Geweben hergestellt worden sind, einschließlich einzelner menschlicher Zellen.² Menschliche Samen- und Eizellen einschließlich imprägnierter Eizellen und Embryonen sind dagegen weder Arzneimittel noch Gewebesubereitungen. Demzufolge unterliegen derartige Gewebesubereitungen dem Anwendungsbereich des AMG. Dies betrifft klassische Gewebesubereitungen, welche entsprechend der Herkunft der jeweiligen Zubereitung als muskuloskeletal, kardiovaskular, Auge, Haut und sonstige Gewebe klassifiziert werden. In Betracht kommen in der medizinischen Verwendung insbesondere Cornea, Sklera, Herzklappen, Gefäße, Knochenzubereitungen und Haut.³

Nach der 15. AMG Novelle unterfallen nunmehr dem Gewebesubereitungs begriff auch neben diesen bekannten Gewebesubereitungen Arzneimittel für neuartige Therapien (ATMP) nach § 4 Absatz 9 AMG in

Verbindung mit der Verordnung (EG) Nr. 1394/2007, soweit diese menschlichen Ursprungs sind. Gemeint sind Getherapeutika, somatische Zelltherapeutika und biotechnologisch bearbeitete Gewebeprodukte (tissue engineering products). Bei den ATMP handelt es sich um eine Art Zusammenfassung von verschiedenen Ansätzen, die in dem Bereich der regenerativen Medizin einzuordnen sind. Im Allgemeinen versteht man darunter aus menschlichem Gewebe oder Zellen künstlich besiedelte oder steril gemachte Mischprodukte. Diese werden substantiell so bearbeitet, dass biologische Merkmale, physiologische Funktionen oder strukturelle Eigenschaften, die für die beabsichtigte Regeneration, Wiederherstellung oder deren Ersatz relevant sind, erzielt werden. Die Gewebe und Zellen können auch nicht dazu bestimmt sein, im Empfänger im Wesentlichen dieselbe Funktion auszuüben wie im Spender.⁴

Hintergrund der Einführung war die uneinheitliche Regelung in verschiedenen EU-Mitgliedstaaten⁵ und die Unmöglichkeit der Abgrenzung, der mit zumeist hochinnovativen Verfahren bearbeiteten Geweben und Zellen. Die Einordnung als ATMP führt zur Anwendung des zentralen europäischen Zulassungsverfahrens gem. Verordnung (EG) Nr. 726/2004 mit Übergangsfristen, die in der Verordnung (EG) Nr. 1394/2007 enthalten sind. Danach können bereits im Markt befindliche Produkte bis Ende

2011/2012 auf Basis der rechtlichen Situation in den Mitgliedstaaten vor dem Inkrafttreten der Verordnung (EG) 1394/2007 weiter vermarktet werden. Spätestens ab dem vorstehenden Zeitpunkt ist eine zentrale europäische Zulassung oder nationale Genehmigung gemäß Art. 28 Zif. 2 der ATMP-Verordnung notwendig.

Des Weiteren werden Pankreata zur Inselpräparation nunmehr als Gewebe angesehen und nicht wie bisher als vermittlungspflichtige Organe.⁶ Die Einordnung als ATMP verändert den rechtlichen Status der Inselzellen erheblich. Dies führt dazu, dass soweit Pankreata nicht transplantabel oder nur Insel – TPx bei Patienten indiziert sind, die Präparation der Pankreasinseln dem AMG unterliegen. Begründet wird diese Einordnung mit der Art. 2 Abs. 2c der RiL 2004/23/EG, welche „nicht für Organe oder Teile von Organen, wenn sie zum gleichen Zweck wie das ganze Organ im menschlichen Körper verwendet werden“ gilt. Der Prozess der Inselisolation wird dadurch erlaubnispflichtig nach § 20b AMG. Die direkte oder extrakorporale Entnahme der Pankreas stellt dagegen keine Gewinnung von Gewebe im Sinne von § 20b Abs. 1 S. 2 AMG dar, zumal die mögliche Entnahme eines vermittlungspflichtigen Organs nach § 9 Abs. 2 S. 1 TPG Vorrang vor der Entnahme von Gewebe hat. Für die Be- oder Verarbeitung, Konservierung, Prüfung, Lagerung oder das Inverkehrbringen gelten demnach die Regelungen des § 20c AMG. Für

ein Inverkehrbringen bedarf es darüber hinaus einer Genehmigung nach § 21a AMG.⁷

Krankenhausausnahme für ATMP

Nunmehr befindet sich im nationalen Recht eine Krankenhausausnahme in § 4b AMG,⁸ wonach der Vierte und Siebte Abschnitt des AMG keine Anwendung für ATMP findet, die im Geltungsbereich dieses Gesetzes als individuelle Zubereitung für einen einzelnen Patienten ärztlich verschrieben, nach spezifischen Qualitätsnormen nicht routinemäßig hergestellt und in einer spezialisierten Einrichtung der Krankenversorgung unter der fachlichen Verantwortung eines Arztes angewendet werden.

Unter dem Begriff der spezifischen Qualitätsnormen⁹ versteht man sowohl Aspekte der Herstellungs- als auch der Produktqualität in Bezug auf die GMP-Anforderungen für ATMP. Soweit für ATMP noch keine oder keine hinreichenden Anforderungen nach dem Stand von Wissenschaft und Technik oder pharmazeutische Regeln bestehen, kann auf herstellereinspezifische Anforderungen zurückgegriffen werden.¹⁰ Der Begriff der Einrichtung der Krankenversorgung ist in § 14 Abs. 2 S. 2 des TFG legal definiert, insbesondere umfasst er zum einen Krankenhäuser in öffentlich rechtlicher Trägerschaft, zum anderen auch private Kliniken und einzelne Arztpraxen (andere ärztliche Einrichtung), also neben der stationären auch die

ambulante Anwendung.

Nicht routinemäßig hergestellt werden Arzneimittel, die in geringem Umfang hergestellt werden und bei denen auf der Grundlage einer routinemäßigen Herstellung Abweichungen im Verfahren vorgenommen werden, die für einen einzelnen Patienten medizinisch begründet sind, oder die noch nicht in ausreichender Anzahl hergestellt worden sind, so dass die notwendigen Erkenntnisse für ihre umfassende Beurteilung noch nicht vorliegen.¹¹ Das führt dazu, dass für derartige Arzneimittel eine Zulassungs- oder Genehmigungspflicht nach §§ 21, 21a AMG nicht besteht.

Gemäß § 4b Abs. 4 S. 2 AMG kann das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) auch ohne eine Genehmigung auf Antrag einer zuständigen Landesbehörde über die Genehmigungspflicht eines Arzneimittels nach dieser Vorschrift entscheiden. Die Genehmigungspflicht nach § 4b Abs. 3 AMG bezieht sich nur auf den Fall, dass die Arzneimittel an andere abgegeben werden sollen. Die unmittelbare Anwendung einer z. B. Zellzubereitung am Patienten ist jedoch keine Abgabe im Sinne dieser Vorschrift. Wenn hingegen Herstellung und Anwendung der Zellzubereitung nicht insgesamt vom Anbieter durchgeführt werden, sondern die Herstellung des z. B. Stammzellpräparats in einem auswärtigen Labor durchgeführt wird, so braucht der Hersteller des Präparats für die Weitergabe an den Anwender eine Ge-

nehmigung des PEI gemäß § 4b Abs. 3 AMG, da es sich bei der Weitergabe an den Anwender um eine Abgabe im Sinne des AMG handelt. Zu bedenken ist, dass die Vorschrift nach § 96 Nr. 1 AMG strafbewehrt ist.

Gemäß der im deutschen Arzneimittelrecht verankerten Übergangsvorschrift des § 144 Abs. 7 AMG muss derjenige, der Gewebezubereitungen am 23.07.2009 nach der vor der 15. AMG-Novelle geltenden Fassung herstellte, die innerhalb eines Behandlungsvorgangs einer Person entnommen werden, um auf diese ohne Änderung ihrer stofflichen Beschaffenheit rückübertragen zu werden, dies der zuständigen Behörde nach § 67 AMG bis zum 01.02.2010 anzeigen. Wer diese Tätigkeit am 23.07.2009 noch nach der alten Fassung des AMG ausübte und bis zum 1.08.2011 die notwendige Erlaubnis nach § 20b, § 20c oder § 13 AMG beantragt haben wird, darf diese Tätigkeit bis zur Entscheidung über den Antrag weiterhin ausüben. Pankreasinseln sollen dagegen darunter nicht fallen, da sie in den entsprechenden Transplantationszentren seit langem routinemäßig aufbereitet werden und so nicht von den Übergangsregelungen des § 144 AMG für ATMP i.S. von § 4b Abs. 1 AMG erfasst werden.¹²

Ärztliche Eigenherstellung einer Gewebezubereitung

Andere Gewebezubereitungen werden dagegen nach der 15. AMG-No-

velle vom Anwendungsbereich des AMG nicht mehr ausdrücklich aufgenommen, falls sie unter der unmittelbaren fachlichen Verantwortung eines anwendenden Arztes entnommen und zum Zwecke der persönlichen Anwendung bei einem bestimmten Patienten hergestellt werden.¹³ Dies betrifft Fälle bei denen sowohl Entnahme als auch Transplantation (und ggf. die Bearbeitung) von ein und demselben Arzt persönlich durchgeführt werden muss.

Die erlaubnisfreie ärztliche Eigenherstellung einer Gewebezubereitung im Sinne des § 4 Abs. 30 AMG zur Anwendung am eigenen Patienten nach der Vorschrift des § 4a Satz 1 Nr. 3 AMG a.F. unter der unmittelbaren fachlichen Verantwortung des herstellenden und anwendenden Arztes war nach Einführung des Gewebegesetzes unverändert zulässig. Ob unter der unmittelbaren fachlichen Verantwortung des Arztes auch dessen persönliche Anwesenheit erforderlich ist, war lange Zeit ungeklärt. Entscheidend ist letztendlich allein, dass der Arzt auch für solche Hilfstätigkeiten Anderer die ausschließliche therapeutische Verantwortung trägt und jederzeit eingreifen kann. Das ist aber nur dann der Fall, wenn er das Arzneimittel in seinem unmittelbaren Einwirkungsbereich – bspw. in seinen Praxisräumen, beim Hausbesuch, an einer Unfallstelle oder bei ähnlicher Gelegenheit – unter seiner Aufsicht oder unmittelbaren Aufsichtsmöglichkeit durch weisungsgebundene

Hilfskräfte oder durch den Patienten anwenden lässt.¹⁴ Folglich fand auf diese Herstellungstätigkeit das AMG keine Anwendung. Ärzte brauchen keine Herstellungserlaubnis, solange sie die von ihnen hergestellten Arzneimittel nicht aus der Hand gaben.¹⁵ Dies kann nur dann angenommen werden, wenn der das Arzneimittel Anwendende und der Herstellende personenidentisch sind.¹⁶ Die vor der Einführung des Gewebegesetzes lediglich geforderte „fachliche Verantwortung“ ist demgegenüber schon gegeben, wenn die Entnahme und alle Maßnahmen zum Zwecke der Übertragung, einschließlich der Übertragung im Krankenhaus, unter der fachlichen Verantwortung desselben Arztes erfolgt.¹⁷ Mit der 15. AMG-Novelle wurde jedoch die Ausnahmeregelung in der Vorschrift des § 4a Satz 1 Nr. 3 AMG durch Streichung aus Gründen der Arzneimittelsicherheit¹⁸ ohne nähere begründende Ausführungen aufgehoben¹⁹ und stattdessen in § 13 Abs. 2b AMG eine Ausnahme von der Erlaubnispflicht statuiert. Damit darf der Arzt zwar weiterhin ohne Herstellungserlaubnis Arzneimittel für seine eigenen Patientinnen und Patienten herstellen und sich von seinem Personal unterstützen lassen.²⁰ Der Gesetzgeber nimmt es dabei jedoch bewusst in Kauf, dass der betroffene Arzt regelmäßig nunmehr dem Anwendungsbereich des AMG unterfällt, insbesondere einer allgemeinen Anzeigepflicht²¹ nach § 67 AMG für die Herstellung einer Gewebezube-

reitung in derartigen Fällen, und der arzneimittelrechtlichen Überwachung der jeweiligen zuständigen Behörden unterworfen ist, da danach auch Einzelpersonen vom Anwendungsbe- reich dieser Vorschrift erfasst werden, welche selbständig und berufsmäßig die Tätigkeit vornehmen.²² Die Her- stellung klinischer Prüfmuster bedarf ferner einer Erlaubnis nach § 13 AMG, außer im Falle einer Rekonstitution.²³

Ausblick

Es bleibt abzuwarten, ob sich die durch die 15. AMG-Novelle eingetre- tenen Änderungen in der Praxis be- wahren. Sicherlich scheinen sie noch nicht ganz ausgereift zu sein. Die seit der Einführung des Gewebegesetzes bestehenden Missstände wie bspw. die unnötige Einführung einer Erlaub- nis- und Genehmigungspflicht für das Inverkehrbringen einer Gewebezu- bereitung nach § 20c AMG und dem § 21a AMG, wonach weit über die gemeinschaftsrechtlichen Regelungs- vorhaben²⁴ hinausgegangen wird, wurden seitens des Gesetzgebers dagegen noch nicht ausgeräumt. In- gesamt wird der Gesetzgeber daher seinem Motto „nach der Novelle ist vor der Novelle“ treu bleiben müssen.

¹ Alle aus Zellen bestehenden Bestandteile des menschlichen Körpers, die keine Organe nach § 1a Nr. 1 TPG sind.

² BT-Drs. 16/3146, S. 6.

³ Tönjes, Scherer, Cichutek in: Pühler/Middel/ Hübner (Hrg.), Praxisleitfaden Gewebegesetz, S. 163.

⁴ Wilken, Sickmüller in: Pühler/Middel/Hübner (Hrsg.), Praxisleitfaden Gewebegesetz, S. 264.

⁵ In einigen Ländern wurden biotechnologisch bearbeitete Gewebeprodukte dem Medizin- produkterecht zugeordnet.

⁶ Darunter fallen Pankreata nur noch, solange sie nicht zur Herstellung von ATMP bestimmt sind.

⁷ Pühler/Middel/Hübner, MedR 2010, S. 23ff.

⁸ Zuletzt geändert durch Artikel 1 V. v. 28.09.2009, BGBl. I S. 3172.

⁹ Vgl. auch Art. 28 Nr. 2 der Verordnung (EG) Nr. 1394/2007.

¹⁰ BT-Drs. 16/12256 S. 43.

¹¹ Vgl. § 4b Abs. 2 AMG.

¹² Pühler/Middel/Hübner, MedR 2010, S. 25.

¹³ Vgl. § 13 Abs. 2b AMG; als Ausnahme vom Anwendungsbereich so aber früher § 4a Nr. 3 AMG a.F.

¹⁴ Vgl. Bayerischer Verwaltungsgerichtshof, PharmaR 1997, S. 481; so auch Sander, AMG § 4a Rn. 4.

¹⁵ Hasskarl/Bakhschai, Transfus Med Hemo- ther 2008, S. 414 ff.; BverfG, Urteil vom 16. Februar 2000, Az.: 1 BvR 420/97.

¹⁶ BT-Drs. 14/9252, S. 20.

¹⁷ BT-Drs. 13/4355, S. 32; vgl. auch zur Beson- derheit bei ATMP die Ausnahmenvorschrift des § 4b AMG.

¹⁸ So BT-Drs. 16/12256.

¹⁹ Vgl. jedoch noch die Ausführungen oben zu § 4b AMG.

²⁰ BT-Drs. 16/12256, S. 45f.

²¹ Bis spätestens 01.02.2010, falls diese Her- stellung bereits bei Inkrafttreten der 15. AMG- Novelle am 23.07.2009 ausgeübt wurde.

²² Rehmann, AMG § 67 Rn. 1.

²³ Zum Begriff der Rekonstitution, vgl. § 4 Abs. 31 AMG.

²⁴ Für die nicht unter Anwendung industrieller Verfahren be- oder verarbeiteten Gewebe- zubereitungen sieht das Gemeinschaftsrecht einheitliche Standards vor sowie eine Erlaub- nisspflicht für Gewebereinrichtungen und keine zusätzliche Genehmigungspflicht, vgl. Art. 6 RiL 2004/23/EG.

Leben ohne Identität

Protokoll der Babyklappen Debatte

von Heidi Ankermann, M.mel.

Stellungnahme des Ethikrats zur ano- nymen Kindsabgabe

Der deutsche Ethikrat spricht sich im November 2009 für die Abschaffung sämtlicher Babyklappen in Deutsch- land aus und löst mit diesem Impuls eine heftige öffentliche Diskussion aus.

Mit der Einrichtung der ersten Ba- byklappe, am 8. April 2000 in Ham- burg-Altona, sollte eine Möglichkeit geschaffen werden Müttern in Not oder einer Konfliktsituation, ihr Neu- geborenes anonym in die Obhut an- derer zu geben, um so das Kind vor Aussetzung oder Tötung zu bewahren. Nahezu 10 Jahre später existieren 98 dieser Babyklappen in ganz Deutsch- land.

In dem Inneren der Babyklappe be- findet sich ein Wärmebett, in welches der Säugling von außen gelegt werden kann. Um der Mutter die Gelegenheit zu geben, sich unentdeckt zu entfer- nen, setzt das visuelle und akustische Meldesystem erst nach einer Zeitver- zögerung ein. Somit bleiben die Iden- tität der Mutter sowie die Umstände, die sie zu diesem Schritt bewegt ha- ben, ihr Geheimnis.

Demzufolge werden die abgegebe- nen Kinder nie etwas über ihre Her- kunft erfahren können. Sie haben nicht die Möglichkeit, wie es bei übli-

chen Adoptivverfahren der Fall ist, ab einem gewissen Alter ihren Wurzeln nachzugehen. Es wird keinerlei An- haltspunkte geben, wer die leiblichen Eltern dieser Kinder sind.

Ende November 2009 befand der Deutsche Ethikrat eben diesen Sach- verhalt als Rechtswidrigkeit. Aufgrund dessen spricht er sich für die Abschaf- fung sämtlicher Babyklappen und so- mit gegen die Möglichkeit der anony- men Geburt in Deutschland aus.

Diese Empfehlung löste eine heftige Diskussion in der breiten Öffentlich- keit Deutschlands aus. Stark emotio- nal gefärbt, bietet sie wenig Raum um alle Facetten des Themas „anonyme Geburt“ zu erfassen.

Die Befürworter der Babyklap- pen zeigen sich in Empörung, denn schließlich dienen diese dem Zweck Leben zu retten und Kindestötung zu verhindern. Vorwürfe werden laut, der Ethikrat würde das Leben eines Kindes geringer gewichten, als die Kenntnis seiner Herkunft.

Reaktion des Ethikrats auf Vorwürfe

In der Pressemitteilung vom 15. De- zember 2009 weist der Vorsitzen- de des Deutschen Ethikrats, Edzard Schmidt-Jörtzig, diese Kritik an der Stellungnahme zur anonymen Kindes- abgabe zurück. Es gilt zu berücksichti-

gen, dass die Zahl der Kindestötungen durch das Angebot anonymer Kindesabgabe nicht gesunken ist.

Darüber hinaus sprechen forensisch-psychiatrische Gutachten gegen die Annahme, dass Frauen die ihr Kind getötet haben, in der Verfassung gewesen wären, es in eine Babyklappe zu bringen.

Dieser Fakt bietet den Gegnern ein Indiz dafür, dass Angebote anonymer Geburt und institutionalisierte Babyklappen falsche Signale aussenden, indem sie eine normal erscheinende Handlungsoption offerieren. Entsprechende Mütter könnten dazu verleitet werden diese Variante in Anspruch zu nehmen, anstelle den Weg in eine Beratungsstelle auf sich zu nehmen.

Die Forderung des Ethikrats, den Kindern ein Wissen um ihre Wurzeln zu ermöglichen widerspricht nicht zwangsläufig dem Wunsch Kinder vor dem Tod zu bewahren.

In einem nicht unwesentlichen Punkt stimmen Gegner und Befürworter der Babyklappe zumindest überein: beide Seiten wollen das Leben der Kinder, die von ihren leiblichen Eltern nicht gewünscht werden, schützen.

Offene Diskussionspunkte

Das 72-seitige Positionspapier des Ethikrats bietet allerdings noch weit aus mehr Diskussionsmaterial bezüglich des Themas „anonyme Geburt“. Die größte Zahl der Mütter, die ihr Neugeborenes in die Babyklappe ge-

legt haben, bereuen ihre Entscheidung später und wollen das Kind (gelegentlich auch nach der vorgegebenen Frist von 80 Tagen) zurück. Diesem Wunsch wird zumeist ohne professionelle Betreuung stattgegeben.

Außerdem wird von Fällen berichtet, bei denen nicht Säuglinge sondern ältere, behinderte Kinder in die Babyklappe gelegt wurden.

Des Weiteren ermöglicht die bewährte Anonymität auch anderen Personen anstelle der Mutter, womöglich gegen deren Willen, das Kind abzugeben.

Diesen Themen wird in der öffentlichen Diskussion leider kaum Beachtung geschenkt.

*Heidi Ankermann
ist als freie Lektorin und Dozentin
für Pädagogik und Psychologie
an diversen Fachoberschulen
hauptsächlich in Leipzig tätig*

Die UN-Behindertenrechtskonvention

von Helena Bebert, M.Mel.

Vor gut einem Jahr trat die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (BRK) in Deutschland in Kraft. Nachfolgend sollen Entstehung, Bedeutung und ausgewählte Problematiken im Zusammenhang mit der BRK aufgezeigt werden.

Entstehung

Nach einem jahrelangen Verhandlungsprozess (2001-2006) am Sitz der Vereinten Nationen in New York wurde am 13. Dezember 2006 die „Convention on the Rights of Persons with Disabilities“ und ihr Fakultativprotokoll von der UN-Generalversammlung einstimmig verabschiedet. Im März 2007 wurde beides in New York unterzeichnet und ratifiziert, wobei Deutschland zu den Erstunterzeichnern gehörte. Ende 2008 wurde das Gesetz zur Ratifikation des „Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ vom Bundestag und Bundesrat verabschiedet, sodass die Konvention am 26. März 2009 in Deutschland in Kraft trat. In Deutschland wird damit die rechtliche Situation rund zehn Millionen behinderter Menschen berührt, weltweit sind es mehr als 600 Millionen Menschen, deren Rechte erstmals verbindlich festgelegt wurden. Positiv hervorzuheben ist, dass in den Entstehungsprozess der Konvention behinderte Menschen und ihre Verbände stark integriert wurden. Die Leitlinie „Nichts über uns ohne uns“

dominierte alle Ebenen und Phasen des Verhandlungsprozesses.

Bedeutung der BRK

In Deutschland wird von Betroffenen und ihren Verbänden seit rund 20 Jahren ein Paradigmenwechsel angestrebt. Sie fordern, nicht länger als Objekte der Fürsorge zu gelten, sondern als selbstbestimmte, gleichberechtigte Subjekte mit denselben Menschenrechten wie Nichtbehinderte zu agieren. Das seit 1994 in Art. 3 Abs. 3 GG festgehaltene Diskriminierungsverbot „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“ wurde inzwischen in verschiedenen Einzelgesetzen umgesetzt. Im Jahr 2001 trat das neunte Sozialgesetzbuch (SGB IX) in Kraft, welches als Zielsetzung die „Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“ (§ 1) behinderter Menschen verfolgt. Weiterhin wurden auf Bundes- und Länderebene Behindertengleichstellungsgesetze und 2006 das Allgemeine Gleichstellungsgesetz (AGG) geschaffen.

Die Umsetzung dieses Paradigmenwechsels und ein Wandel des Behin-

derungsbegriffs werden auch mittels der BRK auf internationaler Ebene verfolgt. Der medizinische Behinderungsbegriff, nach dem Behinderung als ein medizinisch begründetes, individuelles Defizit betrachtet wird, soll dem sozialen Modell der Behinderung weichen. Nach dem sozialen Modell entsteht Behinderung erst durch die vorhandenen gesellschaftlichen Barrieren, wie unzugängliche Gebäude, Einrichtungen und Verkehrsmittel, zwangsweise Sonderbeschulung oder die eingeschränkte Nutzungsmöglichkeit von Kommunikationsmitteln (etwa durch nicht wahrnehmbare Internetwebsites für Blinde, fehlende Gebärdensprachdolmetscher bei öffentlichen Veranstaltungen). Danach entsteht Behinderung erst aus der Interaktion zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren, die sie an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern (BRK Präambel e.). Nach diesem Verständnis von Behinderung sind Menschen nicht von vornherein behindert, sondern werden es erst durch äußere Gegebenheiten und Einflüsse. Es wird nicht mehr nur die Fürsorge und Rehabilitation behinderter Menschen fokussiert, sondern die grundsätzliche Vorhaltung bzw. Schaffung von Rahmenbedingungen, die ihre gleichberechtigte und selbstbestimmte Teilhabe in allen Lebensbereichen ermöglichen. In der BRK werden behinderte Menschen als Träger unveräußerlicher Menschen-

rechte, die einen wertvollen Beitrag zum allgemeinen Wohl und zur Vielfalt ihrer Gemeinschaften leisten, begriffen (BRK Präambel m.).

Die Behindertenrechtskonvention ist der erste universelle Völkerrechtsvertrag, der den anerkannten Katalog der Menschenrechte, wie er in der internationalen Menschenrechtscharta zum Ausdruck kommt, auf die Situation behinderter Menschen zuschneidet. Sie gliedert sich in zwei Völkerrechtsverträge, das Übereinkommen mit 50 Artikeln und das Fakultativprotokoll mit 18 Artikeln. Das Fakultativprotokoll enthält ein Individualbeschwerdeverfahren, mit dem sich Individuen oder Gruppen gegen erlebte Menschenrechtsverletzungen wehren können, sowie ein besonderes Untersuchungsverfahren für schwerwiegende Menschenrechtsverletzungen.

Artikel drei der Behindertenrechtskonvention enthält acht Prinzipien, die den Geist des Übereinkommens verdeutlichen und die den Interpretationsrahmen der einzelnen normativen Bestimmungen festlegen. Dabei handelt es sich um: (1) Respekt vor der Würde und individuellen Autonomie, einschließlich der Freiheit, selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen, (2) Nichtdiskriminierung, (3) volle und effektive Partizipation an der und Inklusion in die Gesellschaft, (4) Achtung vor der Differenz und Akzeptanz von Menschen mit Behinderungen als Teil der menschlichen Diversität und Humanität, (5) Chancengleichheit,

(6) Barrierefreiheit, (7) Gleichheit zwischen Männern und Frauen und (8) Respekt vor den sich entwickelnden Fähigkeiten von Kindern mit Behinderungen und Achtung ihres Rechts auf Wahrung ihrer Identität.

Problemfelder

Exemplarisch sollen hier drei Thematiken angerissen werden, die sich hinsichtlich der sprachlichen Übersetzung und der Vereinbarkeit mit existierenden deutschen Rechtsnormen als problematisch erwiesen.

Während bei den Verhandlungen die Beteiligung Betroffener erwünscht war und gefördert wurde, wandelte sich diese Praxis beim Umsetzungsprozess in die deutsche Sprache. Die Betroffenenverbände kritisieren, dass entscheidende Schlüsselbegriffe der Konvention falsch übersetzt worden seien. Da alle Bemühungen der Organisationen, wenigstens grösste Fehler zu korrigieren, gescheitert sind, wurde eine sog. „Schattenübersetzung“ des Netzwerks Artikel 3 e. V. veröffentlicht (www.netzwerk-artikel-3.de/attachments/093_schattenuebersetzung-endgs.pdf).

In der Schattenübersetzung wird etwa der Ausdruck „unabhängige Lebensführung“ durch „selbstbestimmtes Leben“ ersetzt. Dies geschieht vor dem Hintergrund des Bewusstseins behinderter Menschen, nicht auf jegliche Hilfestellung bei der Verrichtung alltäglicher Tätigkeiten verzichten zu können. Müssen sie auf Unterstüt-

zung (z. B. Assistenzen, Pflegedienste, Einrichtungen) zurückgreifen, möchten sie diese jedoch frei auswählen und anleiten können, wodurch ihre Lebensführung zwar nicht unabhängig, jedoch selbstbestimmt wird.

Das Themenfeld Selbstbestimmung ist ein zentraler Punkt im Kontext von Menschenrechten und Behinderung, der in verschiedenen Normen der BRK aufgegriffen wird: Art. 12 (Gleichberechtigte Anerkennung als rechts- und handlungsfähige Person), Art. 19 (Unabhängiges Leben und Teilhabe an der Gemeinschaft), Art. 22 (Schutz der Privatsphäre), Art. 23 (Achtung vor Heim und Familie) und Art. 26 (Habilitation und Rehabilitation).

Grundsätzlich wird Selbstbestimmung, als Ausdruck von Autonomie, behinderten Menschen selten zugestanden oder deren Verwirklichung stark erschwert, da oft bereits die Existenz einer Beeinträchtigung im medizinischen Sinne als Unfähigkeit zur Ausübung von Autonomie gesehen wird. Dabei ist die Fähigkeit, autonome Entscheidungen zu treffen, nicht vorwiegend von der psychischen oder physischen Verfassung eines Menschen abhängig, sondern vielmehr von den Rahmenbedingungen, unter denen Entscheidungen getroffen werden.

Ein weiteres Problemfeld offenbart sich hinsichtlich der Bildung behinderter Kinder und Jugendlicher. Nach Art. 24 BRK sind die Mitgliedsstaaten verpflichtet, behinderten Kindern gleichberechtigten Zugang zu einem

inklusive Bildungssystem zu gewährleisten (Art. 24 Abs. 1 und 2 a) – c) BRK) und innerhalb des allgemeinen Bildungssystems sowohl angemessene Vorkehrungen für die Bedürfnisse des Einzelnen zu treffen (Art. 24 Abs. 2 c) BRK) als auch allgemein Behinderten die notwendige Unterstützung zu gewähren, um ihre wirksame Bildung zu erleichtern (Art. 24 Abs. 2 d) BRK). In der Konvention wird unterschieden zwischen dem Begriff der „Integration“ und dem der „Inklusion/Einbeziehung“. Es besteht die Tendenz, den Begriff der Integration durch den Begriff der Inklusion bezüglich des Rechts auf gleichberechtigte Bildung zu ersetzen. Integration wird assoziiert mit der Anpassung des Kindes an das vorgefundene Bildungssystem, Inklusion dagegen meint die Anpassung des Bildungssystems an die Fähigkeiten und Bedürfnisse des einzelnen Kindes. Das deutsche Schulbildungssystem ist durch Sondereinrichtungen für behinderte Kinder gekennzeichnet. Nur knapp über 10 % aller Behinderten besuchen eine Regelschule und etwa 80 % aller Sonderschüler/innen verlassen diese ohne einen qualifizierenden Abschluss. Vor diesem Hintergrund lässt sich ein legislativer Reformbedarf nicht leugnen.

Gemäß Art. 14 Abs. 1 b) BRK sind die Vertragsstaaten verpflichtet, sicherzustellen, dass jede Freiheitsentziehung im Einklang mit dem Gesetz erfolgt, und das Vorliegen einer Behinderung in keinem Fall eine Freiheitsentziehung rechtfertigt. Zwar lassen die

deutschen Landespsychiatriegesetze und das Betreuungsrecht eine Freiheitsentziehung allein aufgrund einer (seelischen) Behinderung nicht zu, doch gibt es Initiativen (siehe: www.die-bpe.de/), die meinen, dass in der Praxis gesetzliche Vorgaben nicht eingehalten werden würden und Zwangseinweisungen erfolgen, die mit einer „Selbst- und/oder Fremdgefährdung“ gerechtfertigt werden. So kommt ein Gutachten bezüglich der Vereinbarkeit des PsychKG Berlin und der BRK zum Ergebnis (www.die-bpe.de/stellungnahme/), dass Maßnahmen wie Zwangsunterbringung- und Behandlung des PsychKG Berlin mit Art. 14 Abs. 1 lit. a) sowie Art. 12 Abs. 2 BRK nicht vereinbar seien. Der Gesetzgeber wäre demnach verpflichtet, die bestehenden Psychisch-Kranken-Gesetze an die BRK anzupassen.

Fazit

Die Zielsetzung der BRK, die soziale Inklusion behinderter Menschen zu fördern, um letztendlich ihre Autonomie zu achten, ist essenziell. Ebenso ist der sogenannte „diversity-Ansatz“, der davon Abstand nimmt, Behinderung als defizitär zu sehen, sondern diese als gesellschaftliche Bereicherung sieht, achtbar. Doch ist die Konvention kein performatives Papier, welches sich aufgrund seiner Existenz realisiert. Vielmehr sind Verpflichtete und Engagierte zum Handeln aufgefordert.

Inklusion: Die Normalisierung des Anormalen?

von Dr. phil. Andreas Walker, M.Mel.

Statt von behindertengerecht spricht man heute von barrierefrei, statt Integration fordert man Inklusion. Diesem Wechsel des Sprachgebrauchs liegt immer noch die Annahme zugrunde, etwas, sei es bezüglich Fragen der Mobilität oder der geistigen Leistung, sei als „normal“ einzustufen. Was aber ist das „Normale“? Sonntags im Park zu joggen? Vektorenrechnung zu beherrschen? Ein iPhone zu besitzen? Oder bedeutet normal: auf niemandes Hilfe angewiesen zu sein, wenn es ums nackte Überleben geht? Wenn sich auch eine Definition des „Normalen“ entzieht, so lassen sich die Anormalen vor einer Schablone der Normalität umso besser ausmachen.

Stigmatisierung des Anormalen

Schon der hinkende Hephaistos wurde von seiner Mutter Hera verstoßen, da er bei seiner Geburt schwächlich war. Er selbst beschwert sich, dass seine Eltern, Zeus war sein Vater, ihn in die Welt gesetzt hätten als einen Krüppel. Besser wäre es gewesen, er wäre nie geboren worden. Doch Hephaistos' Schmerz bezieht sich nicht auf seine körperliche Behinderung allein: Denn er wird von Aphrodite beschimpft, mit der er von Zeus verheiratet worden war. Überdies hat sie sich mit Ares eingelassen, der „schön ist und grad von Beinen“.¹ Hephaistos' Schmerz wird durch den Umstand vermehrt, dass er bei der Weiblichkeit – auch wenn er reinen Herzens ist – das Nachsehen hat und diese einer moralisch zwielichtigen Gestalt den Vorzug gibt. Behinderung ist also schon in der griechischen Mythologie mit einer sozialen Exklusion verbunden.

Plinius d. Ä. berichtet, dass Behinderte bei religiösen Zeremonien in der Antike nicht zugelassen waren.² Wie Herodot anführt, traute man manchem König nicht, eine Stadt zu lenken, wenn er lahm war und hinkte.³ Platon schlägt in der *Politeia* vor, Kinder, die verstümmelt zu Welt kommen, „in einem unzugänglichen und unbekanntem Orte“⁴ zu verbergen; Aristoteles empfiehlt deren Tötung, sofern dies mit der Bevölkerungspolitik eines Staatswesens konform geht.⁵ Noch Marc Aurel dankt den Göttern, dass er keine behinderten Kinder hat.⁶ Gleichwohl sind die harschen Forderungen Platons oder Aristoteles' in Athen nie in der Praxis durchgeführt worden. Im Gegenteil fordert Aristoteles in der *Nikomachischen Ethik* für den von Geburt an Blinden oder Kranken Mitgefühl ein.⁷ Im *Staat der Athener* beschreibt er, dass der Rat darüber entscheidet, ob diejenigen, die körperbehindert sind und aufgrund

dieser Behinderung keine Erwerbstätigkeit ausüben können, eine Rente zugesprochen bekommen.⁸ Auch wenn das Gesetz mehr auf die Kriegsversehrten abzielte denn auf Neugeborene, keimt hier doch der Gedanke des Solidaritätsprinzips.

Als „Wechselbalg“ fand die Stigmatisierung des missgestalteten Neugeborenen im Mittelalter Eingang in den Aberglauben. Wechselbälger werden beschrieben als missgestaltet und verwachsen, kaum menschenähnlich und kleinwüchsig; die Gliedmaßen seien unproportioniert, der Hals ist oft kropfig; er ist schwach, kränklich, gebrechlich. Geistig entwickelt er sich langsam; er wird als blöde, stumpfsinnig und idiotisch eingestuft.⁹ Selbst Luther betont eine Vertauschung der Kinder durch Wesen des Teufels.¹⁰ Eine andere Ursache als den Teufel sah der Aberglauben im bösen Blick, der insbesondere Schwangere gefährdete und damit eine Missgeburt auslösen konnte. Mit beiden Vorstellungen war jedoch ein Unheil verbunden, dass denjenigen traf, der entweder eine Missgeburt zur Welt brachte oder einen Wechselbalg „vorfand“.

„Naturalisierung“ des Anormalen

Fanden sich die Stigmatisierungen, Separationen und Exklusionen der Behinderten in der Antike im politischen Diskurs, im Mittelalter im religiösen, so wurden sie zu Beginn der Neuzeit ästhetisches Objekt und ein Phänomen des medizinischen Diskurses.

1616 erschien in Padua *De monstrorum caussis, natura, & differentiis libri duo* von dem italienischen Physiker Fortunio Liceti – eine erste Sammlung der natürlich vorkommenden physiognomischen Abnormitäten, in der Liceti die „Monster“ von ihren mystischen wie übernatürlichen Ursprüngen zu befreien suchte. 1710 werden in Amsterdam die *Essais de Théodicee* von Gottfried Wilhelm Leibniz publiziert. In diesen zählt Leibniz die physischen Missbildungen zur göttlichen Ordnung gehörig, auch wenn wir nicht in der Lage seien, die unendliche Weisheit Gottes zu begreifen und deshalb auch nicht den Grund dafür, warum Gott es zulässt, dass Missbildungen existieren.¹¹

Mit der Entmythifizierung des „Monsters“ entwickelte sich eine neue Wissenschaft: die Teratologie. Der Begriff Teratologie geht auf Etienne Geoffroy Saint-Hilaire zurück und bezeichnet die Lehre von den Missbildungen. Wenn es Saint-Hilaire auch um die wissenschaftliche Erfassung der Missbildungen ging, so verweist der Wortstamm von *teras* noch auf das Wundersame der physischen Missbildungen und darüber hinaus auf das Abnorme von Fehlbildungen und auf die übernatürliche Bedeutung, die diesen Fehlbildungen in der Antike und im Mittelalter zugesprochen wurde. Mit der naturwissenschaftlichen Erklärung der Missbildungen wurden die „Behinderten“ keineswegs geachteter. Immer öfter wurden sie in Toll- und Narrenhäu-

sern gesperrt, wo Folter und Misshandlungen auf sie warteten. Die Naturalisierung hatte zunächst wenig dazu beigetragen, Missbildungen auf soziale Weise als „normal“ zu betrachten, denn was als „normal“ eingestuft wurde, war gleichzeitig auch „vernünftig“ und „gesund“.

Schon früh hatte man medizinische Ursachen für die Missbildungen erkannt: etwa ein zu kleiner Uterus, Amnionadhäsion oder Umwelteinflüsse. Mit Entwicklung der Technik und der Visualisierung des uterinen Innenlebens sind die Anzahl der diagnostizierbaren Blasto-, Feto- und Embryopathien gestiegen. Gleichzeitig ist damit einer neuer Anspruch an die Schwangere herangetragen worden, der wiederum auf einem Bild des Normalen, spricht: nach medizinischer Ansicht Gesunden, fußt. Die Schwangere kann sich dem Wissen, trotz eines Rechts auf Nichtwissen, ob ihr Kind behindert sein wird oder nicht, kaum entziehen. Damit verbunden ist die Frage, ob ein behindertes Kind überhaupt tragbar ist, eine Frage, die die Perfidität der Normalisierungstendenzen zur Schau stellt. Vielleicht besteht das eigentliche, nicht verwirklichte Erbe der so genannten Postmoderne darin, dass sie einen Schlusstrich unter Normalisierungssysteme und -absichten zog. Überspitzt formuliert, hatte sie den Freak als soziales Zentrum, das keines mehr ist, ausgemacht. Die Politik hat daraus wenig gelernt, verweilt sich doch noch bei den Normierungskaskaden.

Wenn die von Betroffenenverbänden und von der Behindertenkonvention geforderte Inklusion verstanden wird als „Normierung des Anormalen“, so ist damit wenig gewonnen. Erst wenn die Normierung selbst infrage steht, wird eine Inklusion glücken, durch welche auch die moralischen Probleme moderner Untersuchungsverfahren wenn nicht beseitigt, so doch geschwächt werden könnten. Dann jedoch hat eine Inklusion sich selbst gar nicht nötig.

¹ Vgl. Homer: *Odyssee*, Übersetzung von Johann Heinrich Voß, VIII, V. 305 ff.

² Vgl. *Die Naturgeschichte des Caius Plinius Secundus*, 7, 105.

³ Herodot: *Historien*, Viertes Buch, 161.

⁴ Platon: *Politeia*, Übersetzung von Friedrich Schleiermacher, V, 460c.

⁵ Vgl. Aristoteles: *Politik*, Buch 7, 16, 1335b.

⁶ Vgl. Marc Aurel: *Selbstbetrachtungen*, 1, 17, 7.

⁷ Vgl. Aristoteles: *Nikomachische Ethik*, 3, 1114a.

⁸ Vgl. Aristoteles: *Der Staat der Athener*, 49, 4.

⁹ Vgl. *Handwörterbuch des deutschen Aberglaubens*, Hrsg. Hanns Bächtold-Stäubli, Berlin 2000, Band 9, S. 853 ff. Medizinisch gesehen ist der Wechselbalg Symptom verschiedener Erkrankungen wie Rachitis, der angeborenen Hypothyreose oder dem Hydrocephalus, über deren Ursachen man damals noch zu wenig wusste.

¹⁰ Vgl. Norbert Borrmann: *Lexikon der Monster, Geister und Dämonen*, Köln 2001, S. 249 f.

¹¹ Vgl. G. W. Leibniz, *Die Theodizee*, Philosophische Schriften Band 2.2, Frankfurt am Main 1999, S. 2.

¹² Vgl. Dieter Mattner: *Die Erfindung der Normalität*, in: *Der (im-)perfekte Mensch. Vom Recht auf Unvollkommenheit*, Hrsg. Stiftung Deutsches Hygiene-Museum und Deutsche Behindertenhilfe – Aktion Mensch e. V., Ostfildern-Ruit 2001, S. 16 f.

Case studies

im Rahmen des Master-Studiengangs Medizin-Ethik-Recht des Interdisziplinären Zentrums MER der juristischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von Prof. Dr. med. Joachim Radke und Dr. med. Thomas Steinke

Ziel des interdisziplinären Studienganges ist es, „vertiefte Kenntnisse in medizinethischen, bioethischen und rechtlichen Fragestellungen unter Einbeziehung der medizinischen Praxis zu vermitteln“. Die von der Univ.-Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin angebotenen Case Studies sind punktgenau auf diese Zielsetzung ausgerichtet und schließen darüber hinaus auch noch die immer stärker werdenden ökonomischen Aspekte mit ein. Auf diese Weise ist es erfahrungsgemäß durchaus möglich geworden, zwischen den Medizinerinnen und den Studiengangsteilnehmern ein gegenseitiges Verständnis zu entwickeln.

Die Intention zu diesem Angebot ist einfach zu erklären: Es geht darum, den Nicht-Medizinerinnen unter den Teilnehmerinnen (Juristinnen, Theologinnen, Philosophinnen u. a.) die Arbeitswelt von Ärztinnen und Pflegekräften auf einer Intensivstation nahe zu bringen und nicht zuletzt Verständnis zu wecken für die Zwänge aller Art, denen das Personal unterworfen ist. Denn nicht selten kennen die Nichtmedizinerinnen die Welt der Medizin bisher nur aus Fernsehserien.

So muss der Intensivmediziner zum Wohle des Patienten Entscheidungen

oft innerhalb von Sekunden anhand weniger Daten und mit viel Empirie treffen. Retrospektiv betrachtet mit dem Wissen um die Ergebnisse der folgenden Diagnostik und mit zu diesem Zeitpunkt noch nicht verfügbaren Informationen, müssen diese Entscheidungen nicht immer die richtigen, aber zu diesem Zeitpunkt die besten gewesen sein.

Führen solche Entscheidungen und Handlungen des Arztes jedoch zu einem „adverse event“, so hat im Falle eines Verfahrens vor der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen oder vor Gericht der Jurist fast „alle Zeit der Welt“, um zu entscheiden, ob und in welchem Umfang ein Behandlungsfehler vorlag.

Natürlich werden in den Diskussionsrunden auch Ängste und Nöte der Intensivpatienten und deren Angehörige thematisiert. Diese sind den Studiengangsteilnehmern teilweise oft völlig unbekannt, haben sie doch nicht selten bisher noch keinerlei Kontakt zur Intensivmedizin gehabt.

Der praktische Ablauf der Veranstaltung

Nach einem gemeinsamen Auftakt im Seminarraum teilt sich die Grup-

pe aufgrund der großen Zahl der Teilnehmer. Die „Hälften“ gehen für das „bedside teaching“ auf eine der beiden Intensivstationen, die unterschiedliche Versorgungsschwerpunkte haben. Unter der Betreuung durch den jeweiligen Oberarzt werden dort „Visiten“ durchgeführt, bei denen Patienten mit „entsprechender Problematik“ bezüglich dieses Studienganges vorgestellt werden. Dabei wird zunächst erklärt, warum der Patient intensivpflichtig geworden ist. Die Teilnehmer erfahren den bisherigen Krankheitsverlauf, die aufgetretenen medizinischen Komplikationen sowie die voraussichtliche Prognose.

Der Aufenthalt im Zimmer des Patienten wird bewusst kurz gehalten, um den klinischen Ablauf nicht allzu sehr zu stören. Im Anschluss an diese Visiten werden die beiden Gruppen im Seminarraum zusammengeführt, und die gesehenen Patienten werden nochmals vorgestellt. Aus diesen Vorstellungen ergeben sich dann die Grundlagen für die nicht selten unter den Teilnehmerinnen auch kontrovers geführten Diskussionen ethischer, rechtlicher und Fragen anderer Art.

Ein Beispiel: Ein Patient hat zu Zeiten, als es ihm noch gut ging, eine Patientenverfügung erstellt. Diese ist allerdings so ungenau und interpretierbar formuliert, dass im konkreten Fall nur wenig damit geregelt ist. Außer einem Neffen gibt es keine weiteren Angehörigen. Dieser Neffe nun sieht sich „moralisch“ berechtigt, den Ärztinnen und Pflegenden Vorschrif-

ten bezüglich der weiteren Therapie zu machen. Darf er das? Was darf er überhaupt? Wie kann man hier Rechtssicherheit erlangen? Solche und ähnliche Fragen prägen oft die Diskussionen.

Es ist allgemein anerkannt, dass fast alle Studiengangsteilnehmer, aber auch insbesondere die Ärztinnen und Pflegenden der beiden Intensivstationen diese Veranstaltung sehr positiv bewerten und sie wohl nicht mehr missen möchten. Das nachweisbar gewachsene gegenseitige Verständnis ist der Beweis für den Erfolg der Case Studies. Viel besser und vor allem authentischer sind jedoch die spontanen Kommentare der Ärztinnen, die diese Seminare durchführten, auf die Frage, wie ihnen die Case Studies gefallen.

Stellungnahmen von Ärztinnen zu den Case Studies

- Sehr interessante Erfahrung nach anfänglicher Skepsis auch aufgrund angeborener und anerzogener Hemmungen und Zurückhaltung von Medizinerinnen gegenüber Juristinnen.
- Ich habe es selten erlebt, dass Seminare Spaß machen, denn Studentenausbildung wird entgegen öffentlicher Bekundungen oftmals als Belastung und „Zeitraub“ bei drängenden klinischen Problemen empfunden, zumal für den das Seminar Durchführenden außer der Wiederholung von für ihn völlig selbstverständlichen Wissens nichts als Aufwand resultiert. Im Fall

von den Case Studies im Rahmen des MER-Studienganges war das völlig anders, man hatte erstmals das Gefühl, dass man selbst etwas mitnimmt.

- Ein Grund dafür war sicherlich die Zusammensetzung der Gruppen: keine „18-jährigen“, allesamt mit Berufs- und Lebenserfahrung, grundsätzlich bewusste Entscheidung für den Studiengang und entsprechende Motivation. (Anmerkung: Dieser Masterstudiengang wendet sich an Absolventen mit einem abgeschlossenen Hochschulstudium.)

- Leute mit völlig unterschiedlichem Background und damit komplett unterschiedlicher Argumentation bei Diskussionen (Mediziner mit Systemkenntnis, Sozialwissenschaftler grundsätzlich sehr leidenschaftlich und emotional, Juristen eher nüchtern analytisch.)

- Beide Seiten sehr erstaunt übereinander wegen der völlig unterschiedlichen Herangehensweisen sowohl bei Analyse von Problemen als auch beim Finden von Lösungen.

- Interessant, weil vor allem problematische Themen diskutiert werden wie Organspende und Allokation sowie „end of life decision“, die auch Gewissenskonflikte und Unsicherheit bei Ärzten hervorrufen, wo es viele Graustufen und keine präzisen Handlungsanweisungen gibt, und oftmals nicht nur „harte und messbare“ Fakten als

Entscheidungsgrundlage dienen.

- Die ersten beiden Runden des Seminars dienten in der Regel dem „Kennenlernen“ der Stationen und dem Vorstellen von Stationsalltag, Arbeitsweisen- und Zwängen. Die nicht medizinisch „Vorbelaasteten“ waren zunächst überwältigt von der Technik und vor allem von der „Informationsflut“ (an einem Sonntag laufen z. B. auf der ITS 1 am Tag minimal 3500! relevante Laborwerte (konservativ gerechnet) auf plus Vitalwerte, Mikrobiologie. All diese Werte müssen von nur einem Arzt überwacht und interpretiert werden, plus Versorgung von 16 schwer kranken Patienten. Zusätzlich müssen parallel mindestens 3 Computerprogramme bedient werden. Nach Nennung dieser Zahlen wuchs auf einmal das Verständnis für den „am Telefon möglicherweise kurz angebundnen Arzt“ oder das Verständnis über den Zorn gegen die teils irrsinnigen Dokumentationsanforderungen, die zuvor aber im Sinne des mündigen Patienten vehement verteidigt worden waren, wie z. B. die geforderte, „gefühlte“ mindestens zweistündige Aufklärung über intensivmedizinische Standardprozeduren wie die Anlage eines zentralen Venenkatheters.

- Exemplarisch folgende Situation als Beispiel für den Zwiespalt zwischen Fühlen und Denken: Wir präsentierten eine Frau, deutlich über 75 Jahre mit maligner Grunderkrankung (er-

wartete Überlebenszeit nicht sicher abzuschätzen, aus einem Pflegeheim, dort bettlägerig, Patientenverfügung lag nicht vor, ohne Angehörige) in der schweren Sepsis bei Dickdarmperforation (mit eher fragwürdiger Prognose, aber nicht aussichtslos bezüglich Erreichen des präoperativen Status) am Tag 28 ihres „ITS-Daseins“. Die Patientin war sediert, intubiert und maschinell beatmet und hatte multiple Organinsuffizienzen: Am Bett zunächst unisono (nachdem die MER-Studenten aufgefordert worden waren, sich vorzustellen dies sei ihre Oma) die Forderung nach Therapiebegrenzung etc. auch mit dem Unterton: „Leidensverlängerung, Quälerei, was soll das, Lebensqualität und Ressourcenverschwendung ...“, im Arztzimmer dann die Aufforderung nach einer formalen juristischen Bewertung, wenn wir zu diesem Zeitpunkt die Therapie eingefroren hätten: nach einigen Abstraktionen der Situation (mit für uns zum Teil befremdlichen Definitionen und völlig diametraler Argumentation) landeten wir beim Grundgesetz und dem Recht auf Leben. Und auf einmal war die Mehrzahl der Meinungen in diesem Fall zwar bedauerlich, aber die behandelnden Ärzte hätten kein Recht auf Therapiebegrenzung.

- Vor allem merkte man während der ersten Seminare, dass die eigene „Standardargumentation“ von der „anderen“ Zuhörerschaft nicht immer verstanden wurde. Man wurde zu

anderer Wortwahl, anderer „Beweisführung“ gezwungen, was auch zu eigenem tieferen Verständnis beitragen konnte.

- Die Case Studies wurden wirklich von allen beteiligten Kollegen als Gewinn empfunden, sodass es für uns ebenso Aus- oder Weiterbildung war wie für die Studenten.

- Zusammenfassend war das Seminar auch für uns Ärzte und Pflegende eine echte Bereicherung, da die MER-Studenten Prozesse der Entscheidungsfindung und Routineabläufe, die unkritisch übernommen worden waren, hinterfragten und so Diskussionen entstanden, die es unter Medizinern, die allesamt im selben System „domestiziert“ wurden, so nicht gegeben hätte, und die auch uns neue Perspektiven aufzeigten und Input brachten.

*Prof. Dr. Joachim Radke
Dr. Thomas Steinke
Univ.-Klinik für Anästhesiologie und
Operative Intensivmedizin
der Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg*

Im Porträt

Prof. Dr. Hans Lilie

Prof. Dr. iur. Hans Lilie ist einer der Gründer und der geschäftsführender Direktor des IZ MER. Neben seiner Tätigkeit als Professor für Strafrecht, Strafprozessrecht, Rechtsvergleichung und Medizinrecht an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg ist er Mitglied verschiedenster Gremien. Dadurch kann er zu unterschiedlichen Thematiken, aktuelle und zugleich einzigartige Einblicke liefern. Seit Dezember 2006 ist er Vorsitzender der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer. Auf Grund der vielseitigen beruflichen Ausrichtungen liefert der passionierte Medizinrechtler stets kompetente Gesprächspartner für Seminare.



Foto: Norbert Kaltwaßer

Dr. Kerstin Junghans

Dr. Kerstin Junghans ist seit 2006 am IZ MER tätig. Als kompetente Ansprechpartnerin für studiengangsbezogene Angelegenheiten ist die promovierte Biotechnologin stets bereit, bei der Lösung von Problemen behilflich zu sein. Am Werdegang der Absolventen des Masterstudiengangs zeigt Fr. Dr. Junghans fortwährend Interesse. So hält sie mit einigen Absolventen des Masterstudiengangs auch nach deren Abschluss weiterhin persönlichen Kontakt. Sie engagiert sich mit großem Vergnügen bei der Realisierung von Projekten des Alumnivereins *meris* und steht hierbei gern dem Organisationsteam mit Rat und Tat zur Seite. So wurde nicht zuletzt Dank ihrer Hilfe die erste *meris*-Tagung im Oktober 2009 ein großer Erfolg.



Foto: Stephanie Schmidt

Impressum

Redaktionsanschrift:

meris e.V.
Interdisziplinäres Zentrum
Medizin-Ethik-Recht
Juridicum, Raum 0.30
Universitätsplatz 5
06108 Halle (Saale)

meris@jura.uni-halle.de
www.meris.uni-halle.de

Redaktionsleitung:

Dr. Andreas Walker
Sven Wedlich

Redaktion:

Helena Bebert
Dr. Kerstin Junghans
Romy Petzold
Martina Resch
Stephanie Schmidt
Philipp Skarupinski

Gastautoren dieser Ausgabe:

Heidi Ankeremann
Prof. Dr. Hans Lilie
Dr. Christoph Mandla
Prof. Dr. Joachim Radke
Dr. Thomas Steinke
Sebastian T. Vogel

Gestaltung:

Dr. Andreas Walker
Sven Wedlich

Druck:

Druckerei der Martin-Luther-Universität
Hoher Weg 4
06120 Halle (Saale)

Das MERKblatt erscheint
zweimal im Jahr

Thema des nächsten Heftes
Die Zukunft des Gesundheitswesens
(Herbst 2010)

Alle in der Zeitschrift verwendeten Texte, Fotos und grafischen Gestaltungen sind urheberrechtlich geschützt. Jegliche Verwendung darf, auch auszugsweise, nur nach vorheriger schriftlicher Zustimmung des Herausgebers erfolgen. Eine kommerzielle Weitervermarktung des Inhalts dieser Zeitschrift ist untersagt.