

Masterstudiengang Medizin – Ethik – Recht

MASTER OF MEDICINE, ETHICS AND LAW (M. MEL.)

Charakteristik und Ziele

Ziel des Studiengangs ist es, vertiefte Kenntnisse in medizinethischen, bioethischen und rechtlichen Fragestellungen unter Einbeziehung der medizinischen Praxis zu vermitteln. Es soll die Wechselwirkung der Fachgebiete interdisziplinär gelehrt und unter Bezug auf medizinische und gesundheitspolitische Probleme durchdrungen werden.

Studienvoraussetzungen

Der Master-Studiengang wendet sich an Absolventinnen und Absolventen eines Staatsexamens, Diplom- bzw. Master-Studiengangs in den Fächern Medizin, Theologie, Rechtswissenschaft, Soziologie oder ähnlichen Qualifikationen.



Absolventen des Studiengangs Medizin-Ethik-Recht 2010.



Anzahl der ECTS-Leistungspunkte

60

Module

Medizinrecht und Sozialrecht
case studies: Unterricht am Krankenbett
Rechtsmedizin
Klinische Psychologie
Praktische Philosophie (Ethik)
Verfassungs- und Gesundheitsrecht u.a.

Regelstudienzeit

Zwei Semester, Beginn jedes Sommersemester

Die Bewerbungsfrist endet am 15.01.2013.

Studiengebühren

300 Euro pro Semester

Kontakt

Interdisziplinäres Zentrum Medizin-Ethik-Recht
Universitätsplatz 5
06108 Halle (Saale)
mer@jura.uni-halle.de / Tel. ++49 (0) 345 55 23142



IM FOKUS

Demenz

Demenz als Chance
auf ein neues Miteinander

Neuere Aspekte der Diagnostik und Therapie

Der Demenzpatient im Krankenhaus

End-of-life care bei Menschen
mit Alzheimer Demenz?

E-Health

E-Health im deutschen
Gesundheitswesen

Medizinethik

Die Sterbehilfedebatte in
der VR China

Beschneidung

Eine Anmerkung zum
Urteil des LG Köln
vom 7. Mai 2012

Liebe Leser!

Demenz, lat. demens: „ohne Geist“, bezeichnet eine Beeinträchtigung des Gehirns, welche das Kurzzeitgedächtnis, die Sprache, das Denken und mitunter die Persönlichkeit(sstruktur) des Patienten betrifft.

Schätzungen, wie viele Menschen 2010 in Deutschland mit Demenz lebten, schwanken zwischen 1,1 und 1,4 Millionen. Die Tendenz wird jedoch einheitlich als steigend bewertet.

Bis zum Jahr 2050 wird die Zahl der Betroffenen voraussichtlich auf 3 Millionen anwachsen. Die Ursache dieser Zunahme besteht in einer steigenden Lebenserwartung bei gleichzeitig sinkendem Bevölkerungswachstum.

Die Demenz stellt damit nicht nur eine individuelle Herausforderung für Betroffene und (zumeist aus dem familiären Umfeld stammende) Pflegende dar, sondern sie fordert ebenso eine kollektive Verantwortlichkeit hinsichtlich der Schaffung gesellschaftlicher, pflegerischer und finanzieller Strukturen.

Die zunehmende Relevanz der Demenz für die medizinische und pflegerische Versorgung war Anlass, die Thematik zum Schwerpunkt dieser Ausgabe zu machen.

Wir bedanken uns bei allen Autoren, die durch ihre Beiträge eine fachübergreifende Betrachtung des Themas ermöglichten.

Dank gilt ferner der Stiftung Rechtsstaat, ohne deren finanzielle Unterstützung es nicht zur Realisierung der Ausgabe gekommen wäre.

Wir wünschen Ihnen anregende Gedanken und viel Vergnügen beim Lesen!

Stephanie Schmidt
Andreas Walker
Sven Wedlich

Redaktionsleitung

INHALT

	Editorial	3
	IM FOKUS: DEMENZ	
<i>Stephanie Schmidt</i>	Demenz als Chance auf ein neues Miteinander	6
<i>Robert Briske</i>	Demenz und Testier(un)fähig	10
<i>Andreas Linsa</i>	Demenz – neuere Aspekte der Diagnostik und Therapie	18
<i>Alexander Sturm</i>	End-of-Life care bei Menschen mit Alzheimer Demenz?	23
<i>Nina Bucholtz</i> <i>Rahel Eckardt</i>	Berücksichtigungen ethischer Aspekte bei der Frühdiagnostik demenzieller Erkrankungen	29
<i>Reimer Gronemeyer</i> <i>Verena Rothe</i>	Demenz: Eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung – und Chance	32
<i>Dirk M. Hermann</i> <i>Eckhard Nagel</i>	Der Demenzpatient im Krankenhaus	36
<i>Lars Schwettmann</i> <i>Marlies Ahlert</i>	Krankheitskosten der Demenz	42
<i>Michael Wunder</i>	Demenz – Ende der Selbstbestimmung?	48
<i>Romy Petzold</i>	Überblick zur Stellungnahme des Deutschen Ethikrats „Demenz und Selbstbestimmung“ vom 24. April 2012	53
	E-HEALTH	
<i>Markus Thier</i> <i>Philipp Skarupinski</i>	Rahmenbedingungen eines wachsenden Marktes – E-Health im deutschen Gesundheitswesen	57

	MEDIZINETHIK IM KULTURELLEN KONTEXT	
<i>Tania Becker</i>	Zwischen gestern und heute Die Sterbehilfe-Debatte in der VR China	62
	BESCHNEIDUNG	
<i>Franziska Kelle</i>	Zur Unterstrafestellung der rituellen Beschneidung bei Jungen – eine Anmerkung zum Urteil des LG Köln vom 7. Mai 2012	72
	TAGUNGSBERICHTE	
<i>Franziska Kelle</i>	„Rituelle Beschneidung in Judentum und Islam“ Bericht über die interdisziplinäre Tagung in der Leopoldina in Halle (Saale) vom 14. bis 16.10.2012	77
<i>Andreas Raschke</i>	„Medizinrecht – Aktuelle Rechtsfragen“ Zürich, 20.09-22.09.2012	80
<i>Robert Briske</i>	Beweislastumkehr und Macht im Arzthaftungsprozess – Ein medizinrechtlicher Tagungsbericht zur 23. Jahrestagung der Gesellschaft Junger Zivilrechtswissenschaftler e. V., Berlin, 5.09.-8.09.2012	83
	REZENSION	
<i>Andreas Walker</i>	Amir Muzur, Hans-Martin Sass (Eds.) Fritz Jahr and the Foundations of Global Bioethics The Future of Integrative Bioethics	87
	Im Portrait	
<i>Romy Petzold</i>	Prof. Dr. med. Friedrich-Wilhelm Rath	90
	Impressum	91

Demenz als Chance auf ein neues Miteinander

von Stephanie Schmidt, M.Mel.

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft geht derzeit von 1,4 Millionen Demenzbetroffenen aus (Stand 4.9.2012). Noch immer wird Demenz skeptisch betrachtet in einer Gesellschaft, die sich längst intensiver mit der Thematik beschäftigen müsste.

Demenz und die hyperkognitive Gesellschaft

Das gesellschaftliche Bild der Demenz und der von ihr Betroffenen ist geprägt von Negativität und Verlusten. Die Demenz und ihre Symptome, wie beispielsweise der Rückgang kognitiver Fähigkeiten mit zunehmender zeitlicher und räumlicher Desorientierung, werden beschrieben u. a. als „Tod bei lebendigem Leib“ oder „menschunwürdiges Siechtum“.¹ Gepaart werden diese Aussagen mit der Annahme, dass Menschen mit Demenz keinerlei Kompetenzen mehr besitzen und ihre Selbstständigkeit stark eingeschränkt ist. Dabei läuft man jedoch Gefahr, noch vorhandene Fähigkeiten zu übersehen.

Die Begegnung mit Demenz stellt unser derzeit existierendes Menschenbild und die damit verbundenen Vorstellungen eines gelungenen Lebens in Frage. Demenz steht, wie Stephen Post es formuliert, unserer „hyperkognitiven Gesellschaft“ als Bedrohung gegenüber.² Ulrich Körtner spricht sogar von der Demenz als „Irritation“ für die Leistungs-

Wissengesellschaft.³ Denn wir leben in „einer Gesellschaft, in der Leistung immer weniger durch körperliche Arbeit, sondern durch kognitive Tätigkeiten erbracht wird und [...] Wissen als Produkt und Ware betrachtet [...] wird. [...] Wer die Fähigkeit zur Wissensproduktion, zum Wissenserwerb, zur Wissensspeicherung und zur Wissensvermehrung verliert, wird aus der Wissenschaftsgesellschaft ausgeschlossen. Sein Leben scheint nicht nur wert-, sondern auch würdelos.“⁴

Weil die eigene Identität, die Autonomie und die eigene Lebensgeschichte einfach entgleiten, ist die Demenz gefürchtet. Das Gehirn wird zerstört, noch ehe der Körper stirbt.⁵ Angst entsteht auch, wenn die Begegnung mit Menschen mit Demenz einem vor Augen führt, dass das Alter nicht immer so verläuft, wie man es sich vorstellt.⁶ Es wird einem bewusst, dass es zu Abhängigkeit kommen kann, auch wenn man sich stets um eine selbstständige Lebensweise bemüht hat. In dem Kontakt zum Menschen mit Demenz „liegt auch deswegen eine große Herausforderung, weil die Demenz in besonderer Weise mit der Verletzlich-

keit und der Endlichkeit des Lebens konfrontiert. Die Bewusstwerdung dieser Grenzsituation unseres Lebens kann zu einer veränderten Einstellung gegenüber dem eigenen Leben, aber auch zu einem veränderten Verhalten gegenüber jenen Menschen führen, die von schwerer Erkrankung und von Einschränkungen betroffen sind.“⁷ Der Selbstmord von Gunter Sachs nach seiner Demenzdiagnose sei hier exemplarisch für diese Angst vor dem Leben mit der Demenz angebracht.

Medizinische Wahrnehmung der Demenz

Zur defizitären Sichtweise der Demenz trägt nicht zuletzt ihre Einstufung als Krankheit bei. Verena Wetzstein schreibt: „Es gilt heute nahezu als selbstverständlich, dass es sich bei der Demenz um eine Krankheit handelt.“⁸ Demenz gilt dadurch nicht als besondere Form des Alterns, sondern ihr haftet die negative Konnotation der Krankheit an. Aufgrund der Zuordnung zu den psychischen Erkrankungen unterliegt die Demenz zudem strengeren gesellschaftlichen Wertungen. Wetzstein zitiert Lanzerath: „Lösen Infektionskrankheiten, Krebs und Diabetes eher Bedauern aus, führen die als ‚psychiatrisch‘ bezeichneten Krankheiten zu einem Ausstoßungsprozess seitens der Gesellschaft, primär wohl aus Unsicherheit im Umgang mit den Betroffenen. Gerade die Gesellschaft, die Gesundheit, Schönheit, Freiheit (von) propagiert, unterliegt der Gefahr, die Kranken nicht mehr als ihren Teil zu

begreifen.“⁹ Problematisch ist an einer rein medizinischen Betrachtung der Demenz auch, dass nur der biologischen Seite des Menschen Beachtung geschenkt wird.¹⁰ Die Person hinter der Demenz bleibt eher unbeachtet.

Das Bild vom Alter

Einflüsse auf die negative Wahrnehmung der Demenz haben zudem die in der Gesellschaft existierenden Vorstellungen des Alters. Diese Vorstellungen des Alters waren früher dominiert von den – meist durch Arbeits- und Lebensbedingungen geschuldeten – körperlichen Merkmalen dieser Lebensphase. Alter war gleichgesetzt mit Gebrechen, Verlust und Verfall. Das „Defizitmodell des Alters“¹¹ betonte die nachlassende Leistungsfähigkeit, eingeschränkte Gesundheit sowie die veränderten Psychostrukturen. Zwar entstanden aufgrund dieses Modells gesellschaftlich normative Regelungen zum Schutz des Alters (Entpflichtung von Erwerbsarbeit, Rentensystem), doch die zu negative Sicht des Modells auf das Alter wurde stets kritisiert. Heute stellt sich das Alter gelöst von diesen biologisch dominierten Ansichten dar. Im Vordergrund stehen nun die höhere Aktivität und verlängerte Gesundheit dieser Lebensphase. Doch die hohe Bewertung des gesunden Alters und die als erstrebenswert geltende körperliche Aktivität auch in der dritten Lebensphase verstärken die Abwertung der Demenz als Krankheit. „In einer Umwelt, die die Leistungsfähigkeit des Menschen bis ins Alter als

normal voraussetzt, müssen demente Menschen als krank erscheinen.“¹² Mehr noch: Die kognitiven Einschränkungen werden mit einem gescheiterten Alterungsprozess gleichgesetzt.¹³

Die Kehrseite des medizinischen Fortschritts

Auch der medizinische Fortschritt trägt seinen Teil am negativen Demenzbild bei. Durch ihren Erfolg, diverse Krankheiten zu heilen, verlor die Medizin ihren Sensor dafür, dass es heute durchaus noch Dinge gibt, denen man nicht medizinisch helfend entgegen treten kann. „Sie suggeriert, dass es nichts gibt, womit der Menschen sich abzufinden hat.“¹⁴ Gesundheit erscheint in dieser Gesellschaft als etwas, das man erreichen kann, wenn man nur genug Mühe investiert.¹⁵ Ein gesunder Körper steht als Zeichen dafür, dass man hart an sich arbeitet. Diese Denkweise rührt daher, dass das Schicksal in der modernen Medizin keinen Platz mehr findet. Schicksal klingt unberechenbar. Es „umschreibt das, worauf der Mensch keinen Einfluss hat, das, was sich der Mensch nicht selbst aussucht.“¹⁶ Der Medizin ist es in vielen Bereichen gelungen, das Schicksal „planbar, beherrschbar und kontrollierbar zu machen“, und sie ist dadurch „dem Irrglaube verfallen [...], überhaupt kein Schicksal mehr zu akzeptieren.“¹⁷ Dabei herrscht ein falsches Verständnis von Schicksal vor. Es wird verstanden als Ausgeliefert-Sein. Die Krankheit „schließt das Schicksal nicht ab. Mit der Krankheit ist das Leben des

Menschen nicht besiegelt, sondern [...] eröffnet für den Menschen [...] die Möglichkeit, sich in einer Weise zu ihr zu verhalten, die der innen Persönlichkeit gemäß ist.“¹⁸ Beharre die Medizin auf ihrem Machbarkeitsglauben, so Giovanni Maio, „blendet sie den Patienten und verwehrt ihm die Chance, die Krankheit auch ein Stück weit als Teil der eigenen Biographie anzuerkennen.“¹⁹

Eine gemeinsame Aufgabe

Das bisher existierende Bild der Demenz als Schreckensszenario zeigt den Betroffenen nur im Zusammenhang mit seinen Defiziten. Die Angst vor dem, was mit der Diagnose Demenz auf einen zukommt, lässt die Symptome in den Vordergrund rücken und die Person hinter den kognitiven Beeinträchtigungen aus dem Blick geraten. Freunde wenden sich ab, soziale Kontakte lösen sich auf und lassen den Betroffenen und seine(n) Angehörige(n) allein. Dabei fordert die Demenz unsere Gesellschaft heraus, sich nicht nur grundsätzlich, sondern auch „konkret und perspektivisch“ damit zu beschäftigen, wie sich das zwischenmenschliche Miteinander gestalten soll.²⁰ „Demenz darf nicht – als Reaktion auf das kritische Modell – verherrlicht oder in seiner Bedeutung für Betroffene sowie die Gesellschaft verharmlost werden. Doch werden wir keine positive gesellschaftliche Entwicklung hervorbringen können, wenn wir sie als unseren Todfeind betrachten, den es mit allen Mitteln zu vernichten gilt. Die Demenz

bietet uns auch eine Chance der Reifung, weil sie mit einer ungeheuren Radikalität den Finger auf die Wunden dieser Gesellschaft legt. Sie thematisiert die Fragen der Endlichkeit und der Abhängigkeit des Menschen von anderen Menschen. Sie hinterfragt die Vergötterung der Rationalität und des Weltbildes, das wir uns gezimmert haben und an das wir um jeden Preis glauben wollen.“²¹

Peter Wißmann und Reimer Gronemeyer plädieren ihrem Buch „Demenz und Zivilgesellschaft“ dafür, anstelle der Pathologisierung eine Auseinandersetzung mit der Demenz zu beginnen. Demenz sollte ihrer Meinung nach nicht als Krankheit, sondern als eine Möglichkeit des Alterns verstanden werden. Die Stigmatisierung der Demenz und des Betroffenen bieten keine Möglichkeit, sich mit der Diagnose auseinanderzusetzen. Ferner setzen sich die Autoren dafür ein, den Menschen mit Demenz nicht auf seine Diagnose zu reduzieren. Betroffene sollten mit ihren Chancen und Fähigkeiten wahrgenommen werden. Ebenso sprechen sich Wißmann und Gronemeyer für die Anerkennung der Demenzbetroffenen als Bürger der Gesellschaft aus. Die Bezeichnung als Kranke, Pflegebedürftige oder Patienten verstärkt die negative Haltung ihnen gegenüber. Dabei sind Menschen mit Demenz auch Bürger unserer Gesellschaft.

Das Verhältnis von Demenz und Gesellschaft sollte laut Wißmann und Gronemeyer neu erdacht werden. Wie wollen wir umgehen mit den kognitiv

beeinträchtigten Menschen in einer Zeit, die geprägt ist von Innovationen, Beschleunigungen und Selbstverwirklichung? „Wie können Menschen mit Demenz in einer zunehmend individualisierten Gesellschaft ihren Platz in der Gesellschaft behaupten?“²² Wie könnte sich eine neue Kultur des Helfens und Unterstützens darstellen? Die Veränderungen können nicht allein mit finanziellen Mitteln geschaffen werden, sondern sie erfordern auch ein Umdenken und aufeinander zugehen.

¹ Wetzstein, V.: Diagnose Alzheimer. Grundlagen einer Ethik der Demenz, Frankfurt am Main 2005, S. 112.

² Post, S.: The Concept of Alzheimer Disease in a Hypercognitive Society, in: Whitehouse, P.J. et al: Concepts of Alzheimer Disease. Biological, Clinical, and Cultural Perspectives, Baltimore, London 2000, S. 245.

³ Körtner, U.: Das Menschenbild der Leistungsgesellschaft und die Irritation Demenz, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 2012, 58 (1), S. 5.

⁴ Ebd., S. 4 f.

⁵ Post, S.: The Moral Challenge of Alzheimer Disease. Ethical Issues from Diagnosis to Dying., London 2000, S. 1.

⁶ Kruse, A: Demenz – medizinisch-pflegerische, psychologische, ethische Überlegungen, in: Kirchenamt der EKD (Hrsg.), EKD-Texte, Nr. 98, Leben mit Demenz. Beiträge aus medizinisch-pflegerischer, theologischer und lebenspraktischer Sicht, 2008, S. 49.

⁷ Ebd., S. 51.

⁸ Wetzstein, a. a. O., S. 96.

⁹ Ebd., S. 112.

¹⁰ Ebd., 123 f.

¹¹ Backes, G.M.; Clemens, W.: Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung, 3. Aufl., München 2008, S. 56.

¹² Wetzstein, a. a. O., S. 112.

¹³ Ebd., S. 114.

¹⁴ Maio, G.: Medizin in einer Zeit, die kein Schicksal duldet. Eine Kritik des Machbarkeitsdenkens der modernen Medizin, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 2011, (57), 2, S. 81.

¹⁵ Ebd., S. 85.

¹⁶ Ebd., S. 80.

¹⁷ Ebd., S. 81.

¹⁸ Ebd., S. 91 f.

¹⁹ Ebd., S. 92.

²⁰ Dabrock, P.: Patientenverfügung und Demenz – Theologisch-ethische Reflexionen zwischen Menschenbildern und Rechtsgestaltung, in: Kirchenamt der EKD (Hrsg.), EKD-Texte, Nr. 98, Leben mit Demenz. Beiträge aus medizinisch-pflegerischer, theologischer und lebenspraktischer Sicht., 2008, S. 81.

²¹ Wißmann, P.; Gronemeyer, R.: Demenz und Zivilgesellschaft – eine Streitschrift, Frankfurt am Main 2008, S. 77.

²² Hofmann, S.: Demenz und Autonomie. Zur Relationalität des Autonomiebegriffs in der Pflege bei Menschen mit Demenz, Saarbrücken 2010, S. 5.

Stephanie Schmidt ist Stipendiatin des Graduiertenkollegs Demenz der Universität Heidelberg (Netzwerk AlternsforSchung). Ihre Dissertation schreibt sie über „Autonomie im Kontext der gesellschaftlichen Diskussionen um das Syndrom Demenz“.

Demenz und Testier(un)fähigkeit

von Robert Briske, M.mel.

Die altersbedingte Demenz wird zunehmend ein gesamtgesellschaftliches Problem im Allgemeinen und ein erbrechtliches Problem im Besonderen.¹ Bereits heute leben in Deutschland ca. 1,2 Millionen Menschen mit Demenz, wobei sich die Zahl bis 2050 verdoppeln könnte.² Durch eine stetig steigende Lebenserwartung wird die Problematik altersbedingter Demenz weiter verschärft. Die Lebenserwartung bei Geburt wird voraussichtlich von derzeit 77,2 Jahren für Männer und 82,4 Jahren für Frauen im Jahre 2060 auf 87,7 Jahren für Männer und 91,2 Jahren für Frauen ansteigen.³ Dabei muss berücksichtigt werden, dass

die Häufigkeit demenzieller Erkrankungen mit höherem Alter sehr stark zunimmt. In der Gruppe der 65- bis 69-Jährigen leiden noch weniger als 2 % an Demenz, während es bei den über 90-Jährigen bereits über 30 % sind.⁴ In der erbrechtlichen Praxis stellt sich daher immer häufiger die Frage, ob der Erblasser bei Errichtung des Testaments testierunfähig war.

Die folgenden Ausführungen sollen die rechtlichen Grundprobleme der auf Demenz beruhenden Testier(un)fähigkeit näher beleuchten, sodass die beteiligten Akteure ein gewisses Problembewusstsein entwickeln können. Ausgehend von der im Verfassungs-

recht verankerten Erbrechtsgarantie werden Sinn und Grenzen der Testierfreiheit bestimmt. Die Konkretisierung dieser vorgegebenen Kriterien durch § 2229 IV BGB wird unter dem Blickwinkel der Demenz betrachtet, um schließlich Schlussfolgerungen für Richter, Sachverständige, Notare, Ärzte und den Erblasser selbst zu ziehen.

I. Sinn und Grenze der Testierfähigkeit

Als prägendes Element der in Art. 14 I 1 GG geschützten Erbrechtsgarantie dient die Testierfreiheit der Verwirklichung der Selbstbestimmungsfreiheit.⁵ Aus dem Charakter der Testierfreiheit als individuelles Selbstbestimmungsrecht im wirtschaftlichen Bereich folgt, dass nur selbstbestimmte und selbstverantwortete letztwillige Erklärungen geschützt werden. Daher folgte das BVerfG für die Testierfähigkeit: „Nur wenn der Einzelne in der Lage ist, selbstbestimmt zu handeln und im wirtschaftlichen Bereich eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen, können seine letztwilligen Verfügungen grundrechtlichen Schutz beanspruchen. Der Einzelne muß demzufolge die für die Testamentserrichtung erforderliche Einsichts- und Handlungsfähigkeit besitzen.“⁶ An der für die Grundrechtsausübung notwendigen Selbstbestimmungsfähigkeit kann es etwa fehlen, wenn der Erblasser aufgrund geistiger oder körperlicher Gebrechen zu eigenverantwortlicher Testamentserrichtung nicht in der Lage ist.⁷

Diese verfassungsrechtlichen Vorgaben werden durch die Inhalts- und Schrankenbestimmung des § 2229 IV BGB als ausgelagerter Unterfall der Geschäftsfähigkeit konkretisiert. Die Testierfähigkeit ist die Fähigkeit einer natürlichen Person, ein Testament wirksam zu errichten, zu ändern oder aufzuheben.⁸ Wie bei den §§ 104 ff. BGB bestimmt § 2229 IV BGB nur, wann die Testierfähigkeit fehlt. Im Zweifel muss man davon ausgehen, dass der Testierende die erforderliche Testierfähigkeit hatte.

II. Die Testierunfähigkeit im Allgemeinen

Die Testierfähigkeit muss zudem bis zum Abschluss der Testamentserrichtung bestehen.⁹ Nach allgemeiner Auffassung ist derjenige im Sinne von § 2229 IV BGB¹⁰ testierunfähig, „dessen Erwägungen und Willensentschlüsse nicht mehr auf einer dem allgemeinen Verkehrsverständnis entsprechenden Würdigung der Außendinge und Lebensverhältnisse beruhen, sondern durch krankhaftes Empfinden oder krankhafte Vorstellungen und Gedanken derart beeinflusst werden, daß sie tatsächlich nicht mehr frei sind, vielmehr von diesen krankhaften Einwirkungen beherrscht werden. Diese Unfreiheit der Erwägungen und der Willensbildung braucht nicht darin zutage zu treten, daß der Erblasser sich keine Vorstellung von der Tatsache der Errichtung eines Testaments und von dessen Inhalt oder von der Tragweite seiner letztwilligen

Anordnungen, insbesondere von ihrer Auswirkung auf die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse der Betroffenen zu machen vermag; sie kann sich vielmehr darauf beschränken, die Motive für die Errichtung einer letztwilligen Verfügung entscheidend zu beeinflussen. Testierunfähig ist daher auch derjenige, der nicht in der Lage ist, sich über die für und gegen die sittliche Berechtigung einer letztwilligen Verfügung sprechenden Gründe eine klares Urteil zu bilden und nach diesem Urteil frei von Einflüssen etwaiger interessierter Dritter zu handeln.¹¹

Der Erblasser muss fähig sein, sich an Sachverhalte und Ereignisse zu erinnern, Informationen aufzunehmen und Abwägungen durchzuführen.¹² Die häufig bei Demenzkranken vorgenommene Bestellung eines Betreuers nach den §§ 1896 ff. BGB führt nicht automatisch zur Testierunfähigkeit.¹³ Selbst wenn ein Einwilligungsvorbehalt nach § 1903 I BGB angeordnet wird, so erstreckt dieser sich gem. § 1903 II BGB nicht auf Verfügungen von Todes wegen. Zudem kann der Betreuer das nach §§ 2064 BGB höchstpersönliche Rechtsgeschäft der Testamentserrichtung nicht vornehmen.¹⁴

Die Prüfung der Testierunfähigkeit wird dreistufig vorgenommen: Es muss (1.) eine krankhafte Störung der Geistestätigkeit, Geistesschwäche oder Bewusstseinsstörung bestehen (sog. geistige Insuffizienz), (2.) der Testierende muss unfähig sein, die Bedeutung der zur Errichtung des Testaments abgegebenen Willenserklärung zu erfassen und diese Unfähigkeit

muss (3.) auf der geistigen Insuffizienz beruhen.

III. Die Testierunfähigkeit bei Demenz

Die in § 2229 IV BGB verwendeten Begriffe sind Rechtsbegriffe, die nicht einfach in die entsprechenden medizinischen Kategorien einzuordnen sind. Vielmehr liefern die medizinischen Krankheitsbilder den Ausgangspunkt für die juristische Bewertung.¹⁵

1. Demenz als Krankheitsbild

Unter Demenz wird allgemein die regelmäßig über Monate und Jahre progredient verlaufende Erkrankung des Gehirns, verbunden mit dem Verlust von früher erworbenen kognitiven Fähigkeiten, verstanden.¹⁶ Dabei ist „Demenz“ nur ein Oberbegriff, der sehr verschiedene Krankheiten zusammenfasst. Etwas genauer ist die Definition der ICD. Danach ist Demenz „ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Dieses Syndrom kommt bei Alzheimer-Krankheit, bei zerebrovasculären Störungen und bei anderen

Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen.“¹⁷

Der Schweregrad der Demenz wirkt sich meist entscheidend auf die Beurteilung der Testierfähigkeit aus.¹⁸ Als grobe Faustregel gilt, dass ab einer mindestens mittelschweren Demenz eine Testierunfähigkeit angenommen werden kann.¹⁹ Allerdings kann Testierunfähigkeit auch schon bei geringeren oder erst bei schwereren Graden bestehen. Wichtiger ist immer die individuelle Psychopathologie bezogen auf das konkrete Rechtsgeschäft der Testamentserrichtung, wie z. B. Denkstörungen, kognitive Störungen, Sinnestäuschungen, Desorientierung und schwere Gedächtnisstörungen.²⁰ Die Beurteilung des Einsichtsvermögens und der freien Willensbestimmung sind damit in der Regel die entscheidenden Punkte.

2. Juristische Bewertung durch einen Richter und die Rolle des Sachverständigen

Ob der Erblasser bei Errichtung des Testaments testierunfähig war, ist eine der häufigsten Fragen, die sich ein Nachlassrichter zu stellen hat.²¹ Vor allem wenn übergangene Angehörige die Wirksamkeit des Testaments in einem Erbscheinsverfahren anzweifeln, aber auch wenn der Richter selbst Zweifel an der Testierfähigkeit hat, denen er im Rahmen seiner Amtsermittlungslicht (§ 26 FamFG, § 2358 BGB) nachgehen muss, bedarf es einer eingehenden Prüfung. Ein Richter sollte z. B. aufmerksam werden, wenn sich

im Testament neben perfekten juristischen Formulierungen auch erhebliche Schriftmängel finden und der Erblasser zudem unter Betreuung stand.²² Eine Beeinflussung durch Dritte ist dann zumindest denkbar.

In der Regel wird der Richter zur Beurteilung der Testierfähigkeit nach seinem pflichtgemäßen Ermessen einen Sachverständigen hinzuziehen. Wenn der Erblasser zu Lebzeiten von einem Facharzt für Psychiatrie oder Neurologie, z. B. in einem Betreuungsverfahren, bereits begutachtet wurde, so bietet sich eine erneute Begutachtung im Nachlassverfahren an.²³ Es muss in jedem Fall auf einen forensisch-psychiatrischen Fachmann zurückgegriffen werden.²⁴

Gutachten über die Testierfähigkeit gehören allerdings zu den schwierigsten Aufgaben der forensischen Psychiatrie.²⁵ Streitigkeiten über die Testierfähigkeit des Erblassers entstehen meist erst, wenn sich Erben und Nicht-Erben über die Wirksamkeit des Testaments streiten, also erst nach Eintritt des Erbfalls. Eine posthume Begutachtung ist daher eher der Regelfall. Der herangezogene Gutachter muss dann u. a. aufgrund von Kranken- oder Betreuungsakten, Pflegeversicherungsgutachten, Pflegedokumentationen und Zeugenaussagen von Angehörigen sowie Zeugenaussagen aus dem Umfeld des Erblassers Aussagen zur geistigen Insuffizienz und den kognitiven Fähigkeiten des Erblassers zum Zeitpunkt der (ggf. lange zurückliegenden) Testamentserrichtung treffen.²⁶

Um Schweregrad und Verlaufsdyna-

mik der (vermeintlichen) Demenz abschätzen zu können, müssen vor allem Angaben berücksichtigt werden, die auf eine erhebliche Beeinträchtigung des Einsichtsvermögens und der intellektuellen Leistungsfähigkeit schließen lassen. Derartige Anhaltspunkte sind z. B. erhöhte Vergesslichkeit, Wortfindungsstörungen, Schwierigkeiten beim Rechnen, Orientierungsprobleme, Schwierigkeiten beim Bewältigen komplexer Abläufe und mehrschrittiger Handlungen (etwa Ankleiden).²⁷ Allerdings ist der „Starrsinn“ alter Menschen nicht zwingend mit „krankhaften Wahnvorstellungen“ gleichzusetzen.²⁸ Einschränkungen bei Verrichtungen des täglichen Lebens sind ebenfalls zu berücksichtigen, z. B. Körperhygiene, Nahrungszubereitung, Wiedererkennen von bekannten Personen, Handhabung von häufig gebrauchten Geräten, selbstständiges Einkaufen und Kontoführen.²⁹ Gerade in diesem Bereich sind Aussagen von Zeugen, die im Zeitraum um die Testamenterrichtung in Kontakt mit dem Erblasser standen, von überragender Bedeutung.³⁰

Damit der gerichtlich bestellte Sachverständige sein Gutachten unter Berücksichtigung dieser Aspekte erstellen kann, muss der Richter den Sachverhalt (sog. Anknüpfungstat-sachen) ermitteln.³¹ Aussagen zur Glaubwürdigkeit der Zeugen obliegen ebenfalls dem Richter und nicht dem Sachverständigen.³²

Das Gutachten unterliegt der freien Beweiswürdigung des Richters, d. h. er muss dem Sachverständigen nicht

folgen. Jedenfalls muss die Testierfähigkeit des Erblassers zur vollen Gewissheit des Richters erwiesen sein. Da aber die Abschätzung des Schweregrades und der Verlaufsdynamik mit großen Unsicherheitsfaktoren behaftet sind, ist eine definitive Aussage zur Testierfähigkeit schwierig. Der Gutachter sollte einen derartigen „Beweisnotstand“ ausdrücklich feststellen.³³ Nicht behebbare Zweifel gehen zu Lasten desjenigen, der sich auf die Unwirksamkeit beruft.

Um diese Unsicherheiten zu vermeiden, schlägt Lier eine gütliche Einigung vor: Zwar sei eine Einigung zum Erbrecht nicht möglich, jedoch können unter Anerkennung der Wirksamkeit des Testaments vertragliche Ausgleichszahlungen vereinbart sowie weitere erbrechtliche Gestaltungsmöglichkeiten wahrgenommen werden.³⁴

3. Die Wahrnehmungen des Notars

Nach §§ 11, 28 BeurkG überzeugt sich der beurkundende Notar von der Geschäftsfähigkeit des Erblassers und vermerkt dies in der Urkunde. Beweiskraft i.S.d. § 418 ZPO haben nur die in der Niederschrift angegebenen Tatsachen sowie Wahrnehmungen und nicht die Feststellung der Testierfähigkeit.³⁵ Aus diesem Grund muss der Notar festhalten, auf welcher Tatsachengrundlage er seine Überzeugung stützt.³⁶ Es ist insoweit auf die vom Sachverständigen zu beachtenden Kriterien (laienhaft) zurückzugreifen. Mit entsprechender Einwilligung des Erb-

lassers sollte der Notar beim Verdacht einer Demenz Erkundungen beim behandelnden Arzt einholen und dessen Erklärungen und Namen vermerken.³⁷ Die tatsächlichen Feststellungen können aus Pietätsgründen in einer Tatsachenbescheinigung zusammengefasst werden.³⁸ Hinsichtlich der Tatsachen, welche die Willensbildung des Erblassers und das Zustandekommen einer letztwilligen Verfügung betreffen, besteht nach dem Tod des Erblassers grundsätzlich keine Verschwiegenheitspflicht von Notaren und Rechtsanwälten.³⁹

4. Die Wahrnehmungen des Arztes und seine Schweigepflicht

Abgesehen von Zeugenaussagen naher Angehöriger und Bekannter sind zur Prüfung der Testierunfähigkeit die Aussagen von Ärzten sehr wichtig. Gerade bei älteren Patienten haben die Ärzte unter Umständen mehr Umgang mit dem Erblasser als die Angehörigen. Die von Ärzten gemachten Beobachtungen zum Geisteszustand erscheinen, auch wenn sie ohne die erforderlichen Fachkenntnisse erfolgen, von höherem Beweiswert als die von völligen Laien. In den nicht-psychiatrischen Patientenakten werden diese Beobachtungen eher selten auftauchen.⁴⁰ Ein vom behandelnden Arzt erstellter zusammenfassender Bericht über den psychisch-geistigen Zustand des Erblassers sollte konkrete, möglichst detaillierte Beschreibungen enthalten, die Aufschluss über die oben erwähnten Kriterien (unter III.2.)

geben.⁴¹

Allerdings unterliegen die Ärzte der Schweigepflicht, deren Verletzung strafbar (§ 203 StGB) sein und Schadensersatzansprüche (§ 823 BGB) begründen kann. Zwar kann der Patient den Arzt von seiner Schweigepflicht entbinden, jedoch ist der Patient in den hier relevanten Fällen bereits verstorben.⁴² Fehlt eine Aussage des Patienten zu Lebzeiten, so hat der Arzt sich am mutmaßlichen Willen des Patienten zu orientieren.⁴³ In der Regel geht das Interesse des Erblassers dahin, aufkommende Zweifel über seine Testierfähigkeit nach Möglichkeit auszuräumen.⁴⁴ Eine Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht kann dann ausgeschlossen werden.

5. Was kann der Erblasser tun?

Zwar kommt dem Testament selbst ein geringer Aussagegehalt hinsichtlich der Testierfähigkeit zu.⁴⁵ Jedoch kann auch der Erblasser selbst in geringem Umfang dazu beitragen, dass seine Verfügung von Todes wegen Bestand hat. So kann er durch Angabe der Zeit (Tag, Monat, Jahr) und des Ortes der Niederschrift helfen den relevanten Zeitpunkt der Testamenterrichtung festzuhalten.⁴⁶ Ist dem an Demenz erkrankten Erblasser seine Diagnose bekannt, so sollte er rechtzeitig mit Hilfe eines Notars und eines ärztlichen Attests seine Verfügung von Todes wegen treffen. In den frühen Stadien ist an der Testierfähigkeit kaum zu zweifeln.

IV. Die Bedeutung des „lichten Moments“

Es sind lichte Augenblicke (sog. *lucidum intervallum*) des Erblassers denkbar, in denen die erforderliche Einsichtsfähigkeit feststeht. Hier kehrt sich die Beweislast um: Die Beweislast für die Testierunfähigkeit trägt derjenige, der sich auf die Unwirksamkeit des Testaments beruft, wohingegen für das luzide Intervall derjenige die Beweislast trägt, der sich auf dieses beruft.⁴⁷

Die Bedeutung des lichten Augenblicks wird jedoch oft überschätzt. Gerade in den Fällen der Demenz ist große Vorsicht geboten. Ein solches luzides Intervall setzt eine Störung voraus, die zumindest zum Teil kurzfristig rückbildungsfähig ist.⁴⁸ Vor allem bei der vaskulären Demenz kann es zu schwankenden Symptomen kommen, sodass in diesen Fällen ein lichter Moment möglich ist.⁴⁹ Ab einer mittelschweren Demenz erscheint eine kurze Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten hingegen kaum begründbar.

V. Fazit

Das Verdikt der Testierunfähigkeit bei Demenz ist mit hohen Unsicherheitsfaktoren belastet. Um diese Unsicherheiten auszuräumen müssen alle Beteiligte, also vom Arzt über den Notar, nahen Angehörigen und Bekannten bis hin zum Erblasser selbst, die Schwierigkeiten eines späteren Streits um die Testierfähigkeit im Auge behalten. Wenn hinreichende Vorkeh-

rungen getroffen werden, dann lassen sich die meisten Nachlassstreitigkeiten vermeiden. Angesichts der drohenden demografischen Entwicklung ist sehr viel Sensibilität für die mit Demenz verbundenen tatsächlichen und rechtlichen Probleme gefordert.

¹ Zur Demenzerkrankung als gesellschaftliche Herausforderung und Aufgabe für Juristen Schmoeckel, in: Schmoeckel, Demenz und Recht, Baden-Baden 2010, S. 13 ff.

² Bundesministerium des Inneren (Hrsg.), Demografiebericht, 2011, S. 161 m.w.N. in Fn. 159.

³ Ebd., S. 22.

⁴ Weyerer, in: Robert-Koch-Institut (Hrsg.), Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 28 – Altersdemenz, 2005, S. 7; Klockgether, in: Schmoeckel, (Fn. 1), S. 25.

⁵ BVerfGE 99, 341 (350).

⁶ BVerfGE 99, 341 (351); Papier, in: Maunz/Dürig, GG, 65. Ergänzungslieferung 2012, Art. 14 GG Rn. 303.

⁷ BVerfGE 99, 341 (351). Ausführlich zur Testierfähigkeit Demenzkranker im Lichte des Verfassungsrechts Waldhoff, in: Schmoeckel, Demenz und Recht, Baden-Baden 2010, 57 ff.

⁸ Hagen, in: MüKo-BGB, 6. Aufl., München 2012, § 2229 BGB Rn. 2; Weber, in: Damrau, Praxiskommentar ErbR, 2. Aufl., Bonn 2011, § 2229 BGB Rn. 2.

⁹ BGH, NJW 1959, 1822; Hagen, (Fn. 8), § 2229 BGB Rn. 3; Weidlich, in: Palandt, 71. Aufl., München 2012, § 2229 BGB Rn. 1.

¹⁰ Nach § 2275 BGB ist davon abweichend für den Erbvertrag unbeschränkte Geschäftsfähigkeit (§§ 2, 104 ff. BGB) erforderlich. In der Regel führt dies aber zu keinem anderen Ergebnis, Weidlich, (Fn. 9), § 2275 BGB Rn. 1.

¹¹ BGH, FamRZ 1958, 127 (128); BayObLG, BayObLGZ 1962, 219 (223 f.); BayObLG, Beschl. v. 27.01.2001, Az. 1Z BR 84/00, Tz. 18 (juris); OLG München, NJW-RR 2008, 164 (166); OLG München, FamRZ 2007, 2009 (2011); Weidlich, (Fn. 9), § 2229 BGB Rn. 8.

¹² OLG München, NJW-RR 2008, 164 (166).

¹³ Weidlich, (Fn. 9), § 2275 BGB Rn. 5.

¹⁴ Dies gilt nach § 2274 BGB auch für den Erbvertrag.

¹⁵ Kruse, NotBZ 2001, 405 (407); Sieghörtner, in: Hausmann/Hohloch, Hdb. d. ErbR, 2. Aufl., Berlin 2010, Kap. 5 Rn. 17.

¹⁶ Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 262. Aufl., Berlin 2011, Stichwort: „Demenz“, S. 444.

¹⁷ ICD-10-GM, Version 2012, Kapitel V, F00-F03. ICD steht für „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ und wird von der WHO herausgegeben. Abrufbar unter www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/index.htm, 28.09.2012.

¹⁸ Zu den verschiedenen Schweregraden im Überblick: Kruse, NotBZ 2001, 448 (450 f.).

¹⁹ Kruse, NotBZ 2001, 448 (451); Cording, ZEV 2010, 115 (116); Wetterling, FF Sonderheft 2003, 94 (96).

²⁰ Cording, ZEV 2010, 115 (116).

²¹ Instrukтив zu Testierfähigkeitsfragen aus richterlicher Sicht Lier, FF Sonderheft 2003, 90.

²² Beispiel nach Lier, FF Sonderheft 2003, 90 (91).

²³ Lier, FF Sonderheft 2003, 90 (92).

²⁴ Zu den Auswahlkriterien näher Cording, ZEV 2010, 23 (27 f.).

²⁵ So Cording, ZEV 2010, 23. Instruktiv zur Testierfähigkeit aus gutachterlicher Sicht Wetterling, FF Sonderheft 2003, 94.

²⁶ Einen Überblick zu den Beweismitteln zur Klärung der Testierunfähigkeit gibt Cording, ZEV 2010, 23 und Wetterling, FF Sonderheft 2003, 94.

²⁷ Weber, (Fn. 8), § 2229 BGB Rn. 7.

²⁸ Schellhammer, ErbR, 3. Aufl., Heidelberg 2010, Rn. 376 m.w.N.

²⁹ Weber, (Fn. 8), § 2229 BGB Rn. 8.

³⁰ Wetterling, FF Sonderheft 2003, 94 (96).

³¹ Lier, FF Sonderheft 2003, 90 (93).

³² Ebd.

³³ Wetterling, FF Sonderheft 2003, 94 (97).

³⁴ Dazu Lier, FF Sonderheft 2003, 90 (93).

³⁵ Kruse, NotBZ 2001, 405; Hagen, (Fn. 8), § 2229 BGB Rn. 47.

³⁶ Kruse, NotBZ 2001, 405.

³⁷ Kruse, NotBZ 2001, 448 (453). Dort findet sich auch ein Formulierungsvorschlag für ein solches ärztliches Attest.

³⁸ Kruse, NotBZ 2001, 448 (453).

³⁹ OLG Frankfurt a.M., NJWE-FER 1998, 15; Müller/Renner, Betreuungsrecht und Vorsorgeverfügung in der PRaxis, 3. Aufl., Münster 2011, Rn. 100.

⁴⁰ Cording, ZEV 2010, 23 (24).

⁴¹ Cording, ZEV 2010, 23 (24).

⁴² Ausführlich zur postmortalen Schweigepflicht des Arztes beim Streit um die Testierfähigkeit des Patienten Bartsch, NJW 2001, 861.

⁴³ BGH, NJW 1984, 2893 (2895); Bartsch, NJW 2001, 861 (862).

⁴⁴ BGH, NJW 1984, 2893 (2895).

⁴⁵ Dazu Cording, ZEV 2010, 23 (25).

⁴⁶ § 2247 II BGB ist nur eine „Soll“-Vorschrift. Wenn sich die Angaben anderweitig treffen lassen, so ist das Testament wirksam, § 2247 V BGB.

⁴⁷ OLG Frankfurt a.M., NJW-RR 1998, 870 (870 f.); Weidlich, (Fn. 9), § 2229 BGB Rn. 11.

⁴⁸ Wetterling, FF Sonderheft 2003, 94 (97); Sieghörtner, (Fn. 15), Kap. 5 Rn. 32.

⁴⁹ So zum Beispiel in der Entscheidung des BayObLG, NJOZ 2005, 1070.

Robert Briske ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Bürgerliches Recht, Recht des geistigen Eigentums und Wettbewerbsrecht (GRUR-Stiftungsprofessur) der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

Demenz – neuere Aspekte der Diagnostik und Therapie

von Dr. med. Andreas Linsa, M.Mel.

Als **Demenz** bezeichnet man einen Zustand reduzierter kognitiver Leistungsfähigkeit mit Auswirkungen auf die Bewältigung des Alltags. Dabei kommt es meist zu Veränderungen der Persönlichkeit, der Emotionskontrolle oder des Sozialverhaltens, jedoch nicht zu einer Bewusstseinsstrübung.

Der sich derzeit vollziehende demographische Wandel wird uns in den kommenden Jahren immer häufiger mit demenziellen Erkrankungen konfrontieren. Die Ursache dafür liegt einerseits in der steigenden Lebenserwartung. Weltweit wird sich die Zahl der über 60-Jährigen gemäß eines Berichts der Vereinten Nationen bis zum Jahre 2050 im Vergleich zum Jahr 2000 etwa verdoppeln. Zum anderen nimmt die Prävalenz demenzieller Erkrankungen mit dem Alter zu. Sind in der Gruppe der 65-Jährigen noch 5-8 % betroffen, so beträgt die Rate bei den 85-Jährigen bereits 25-50 %. Die genannten Faktoren bedingen eine ungefähre Verdopplung der Prävalenz innerhalb von 20 Jahren. Aktuell leben weltweit 35 Millionen demenzkranker Menschen. Gelingt bei Prävention und Therapie kein Durchbruch, werden es bis zur Mitte des Jahrhunderts etwa 100 Millionen sein. In Deutschland gibt es heute etwa 1,1 Millionen Betroffene, für den Fall unveränderter medizinischer Möglichkeiten rechnet man für das Jahr 2040 mit bereits zwei Millionen Demenzkranken.

Unter den Ursachen der Demenz steht die **Alzheimer-Krankheit** mit 60-70 % an erster Stelle, gefolgt von gefäßbedingten Erkrankungen. Bei älteren Patienten ist die Kombination aus Neurodegeneration und Durchblutungsstörung die häufigste Demenzursache. Andere neurodegenerative Erkrankungen, wie die Demenz mit Lewy-Körperchen, die Demenz infolge einer Parkinson-Krankheit oder die Frontotemporale Demenz sind deutlich seltener. Die folgenden Ausführungen werden sich daher im Wesentlichen auf die Alzheimer-Krankheit beziehen.

Hinsichtlich der **Entstehung** der Alzheimer-Demenz geht man heute von einer Kaskade pathophysiologischer Prozesse im Gehirn aus, die schließlich zum Auftreten klinischer Symptome führen (Kontinuumtheorie der Alzheimer-Demenz). Neben dem Hauptrisikofaktor Alter spielen dabei auch genetische Faktoren, wie etwa das Vorliegen eines oder mehrerer Allele des Apolipoproteins E $\epsilon 4$, eine Rolle. Es kommt zur Akkumulation von potenziell neurotoxischem β -Amyloid, einem Produkt pathologischer Prozessierung eines Vorläuferproteins (APP) durch Enzyme wie die β - und γ -Sekretase, und im weiteren Ablauf zu einer synaptischen Dysfunktion, die vermutlich mit einer glialen Überaktivierung verbunden ist und schließlich zum neuronalen Untergang führt. Die

bisherige Annahme, dass intrazelluläre neurofibrilläre Tangles aus hyperphosphoryliertem τ -Protein Auslöser der krankheitsspezifischen Neurodegeneration sein könnten, wird durch jüngere Forschungsergebnisse deutlich in Frage gestellt.

Aufgrund der großen zeitlichen Latenz zwischen dem Beginn der zellulären Veränderungen und der Wahrnehmung klinischer Symptome ist eine Identifikation zuverlässiger Biomarker ein Schlüsselproblem der Alzheimer-Krankheit. Ohne sie scheint auch eine erfolgreiche Anwendung kausaler Therapieformen kaum umsetzbar. Ihre Entwicklung hat in den letzten Jahren erhebliche Fortschritte gemacht. Im klinischen Alltag werden Amyloid- (Liquor-A β 42, PiB-[,„Amyloid“]-PET) und Neurodegenerationsmarker (Liquor- τ , FDG-PET, strukturelle MRT) eingesetzt. Insbesondere die Alzheimer-spezifische Liquoranalytik entwickelt sich im Moment zu einem breit verfügbaren und validen Biomarker, deren charakteristische Konstellation (erniedrigtes A β 42, erniedrigter A β 42/A β 40-Quotient, erhöhtes Gesamt- und Phospho- τ) unabhängig von der klinischen Diagnose eine mindestens 90 %-ige Sensitivität und Spezifität für das Vorliegen einer Alzheimer-Pathologie besitzt. Sehr hohe τ -Konzentrationen im Liquor scheinen zudem eine rasche Progredienz und ein schlechtes Ansprechen auf eine Therapie vorherzusagen. Das Ausmaß der hippokampalen und kortikalen Atrophie in der MRT erlaubt in der präklinischen Phase eine Einschätzung

des zeitlichen Intervalls bis zum Krankheitsbeginn. Neuropsychologische Verfahren, wie MMST, seine Erweiterungen ACE und 3MS-R, DemTect, MoCA u. a., dienen der Aufdeckung leichter kognitiver Störungen bzw. der Quantifizierung subjektiver mnestischer Defizite, besitzen jedoch für sich genommen hinsichtlich Artdiagnose und Prognose keine ausreichende Sensitivität und Spezifität, sodass für die **klinische Diagnostik** paraklinische Verfahren wie die oben genannten unverzichtbar bleiben. Ein differenzierter psychopathologischer Befund sollte subtil auf die Erfassung nichtkognitiver Symptome (affektive Nivellierung und Labilität, Reizbarkeit, Impulskontrollstörung, verstärkte Ermüdbarkeit, Wesensänderung) eingehen, zumal diese sowohl Einfluss auf die Lebensqualität der Erkrankten und ihrer Bezugspersonen als auch Bedeutung für die Therapiestaltung besitzen.

Die **Therapie** der Demenz besteht aus der pharmakologischen antidepressiven Therapie und aus psychosozialen Interventionen. Sie verfolgt das Ziel der Erhaltung von Kompetenzen, der Verhinderung oder Linderung von Verhaltenssymptomen und die Entlastung von Pflegenden. Die pharmakologische Behandlung von psychischen und Verhaltenssymptomen (Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia, BPSD) ist dabei nicht Bestandteil der Regelbehandlung, sondern wird nur bei entsprechender Indikation und zeitlich befristet durchgeführt. Die pharmakologische Wirkung der *Antidementiva* besteht

im partiellen Ausgleich von Neurotransmitterveränderungen im Vorderhirn (Azetylcholinmangel) oder in der Hirnrinde (Glutamatüberschuss). Cholinesterasehemmer (Donepezil, Galantamin, Rivastigmin) sind für die leichte bis mittelschwere Demenz zugelassen, es verdichten sich jedoch die Hinweise für eine Wirksamkeit auch im schweren Stadium. Memantine als das derzeit einzige antiglutamaterge Antidementivum ist zugelassen zur Behandlung der mittelschweren bis fortgeschrittenen Alzheimer-Krankheit. Als klinischen Effekt erzielten Antidementiva eine Stabilisierung des symptomatischen Krankheitsverlaufs über ca. 6-12 Monate. Nach diesem Zeitraum kommt es auch bei Behandlung zu einer Symptomprogredienz, da sie den grundlegenden neurodegenerativen Prozess nicht beeinflussen. Der symptomatische Effekt bleibt jedoch auch bei Symptomprogression bestehen, sodass ein Absetzen der Medikamente häufig zu einer deutlich rascheren Verschlechterung führt. Die Behandlung ist prinzipiell nicht befristet. Die Entscheidung, wie lange eine Therapie im schwersten Stadium der Demenz fortgeführt wird, kann sich nicht auf Daten aus Studien stützen und bleibt immer eine individuelle.

In Entwicklung befinden sich derzeit *krankheitsmodifizierende Therapieansätze*, die sich hauptsächlich auf die Modulation der β -Amyloidkonzentration im Hirngewebe konzentrieren. Leider haben sich in den vergangenen Jahren verschiedene Ansätze zur Entwicklung verlaufsmo-

difizierender Therapien zerschlagen. So scheiterten Studien mit Inhibitoren der γ -Sekretase (Tarenflurbil, Semagacestat), die Entwicklung von Aggregationshemmern wie Tramiprosat oder PBT2 wurde ebenso wie eine Studie zur aktiven Immunisierung gegen β -Amyloid („Alzheimer-Impfung“), letztere wegen erheblicher Nebenwirkungen, abgebrochen. Gegen Immuntherapien der Alzheimer-Demenz gibt es mittlerweile zunehmend grundsätzliche Bedenken, zumal tierexperimentell zwar gezeigt werden konnte, dass extrazelluläre Amyloidablagerungen durch monoklonale Antikörper abgebaut werden können, dies jedoch keinen Einfluss auf die intrazellulären Amyloidbildungen hatte, die aber einen offenbar sehr viel höheren Stellenwert besitzen. Erst jüngst wurden in zwei Phase-III-Studien mit dem monoklonalen Antikörper Bapineuzumab, in denen das Prinzip einer passiven Immunisierung gegen β -Amyloid untersucht wurde, die primären Endpunkte, nämlich Wirkungen auf die kognitive und funktionelle Leistung, verfehlt. Weitere, vor allem neuroprotektive und -regenerative Ansätze befinden sich noch in frühen Entwicklungsstadien und sind von einer Zulassung weit entfernt.

Neben der antidementiven Medikation sind *psychosoziale Verfahren* elementare Bestandteile der Versorgung von Demenzpatienten. Obwohl nur vergleichsweise wenige methodisch gute Untersuchungen zu nichtmedikamentösen Behandlungsverfahren vorliegen, gibt es doch Hinweise da-

rauf, dass einzelne dieser Methoden von erheblichem Nutzen sein können. Die beste Studienlage besteht für die Wirksamkeit von Angehörigenberatungen auf psychische und Verhaltenssymptome bei Patienten und die Belastung und Gesundheitsgefährdung der pflegenden Angehörigen. Die Betreuung eines Demenzkranken sollte daher heute nicht mehr ohne ein entsprechendes Angebot an dessen Angehörige erfolgen. Wichtig ist dabei, dass die reine Wissensvermittlung keine wesentlichen Effekte zeigt. Wirksam ist dagegen das Erarbeiten möglichst individueller Lösungs- und Bewältigungsstrategien, am besten in einer Einzelberatung. Aber auch Angehörigengruppen können empfohlen werden. Für die Beratung der Angehörigen stehen in Deutschland mittlerweile mehr als 120 regionale Anbieter zur Verfügung. Weitere Methoden psychosozialer Intervention nutzen die Möglichkeiten kognitiver, ergotherapeutischer, sensorischer und musiktherapeutischer Verfahren sowie der körperlichen Aktivierung.

Psychische und Verhaltenssymptome der Demenz (BPSD) sind häufig. Im Verlauf der Erkrankung zeigen nahezu alle Patienten einzelne oder mehrere Symptome dieser Art, die in die vier Cluster Psychose – Affekt – Hyperaktivität – Apathie aufgeteilt werden können. Ihr Auftreten ist oft der wesentliche Belastungsfaktor für Pflegenden und Angehörige. Zugleich ist das Auftreten von BPSD durch die Umwelt beeinflussbar, etwa indem gezielte Schulungen von Pflegekräften

zu einer Reduktion solcher Symptome führen können. Vor diesem Hintergrund kommen zunächst der Prävention von BPSD durch Schulung, Beratung und Betreuung von Pflegenden eine zentrale Bedeutung zu. Psychosoziale Maßnahmen sollten aber auch der erste Ansatz in der Behandlung von psychischen und Verhaltenssymptomen Dementer sein. Der Einsatz von Medikamenten erfolgt bei diesen Indikationen dagegen nur innerhalb enger Grenzen. Tranquilizer sollten wegen einer Verschlechterung der Kognition, Erhöhung der Sturzgefahr und angesichts ihres Abhängigkeitspotenzials generell vermieden werden. Eine Depression kann und sollte mit Antidepressiva behandelt werden, wobei anticholinerge Substanzen vermieden werden sollten. Psychotisches Erleben und Aggressivität können zum Einsatz von Neuroleptika zwingen. Dabei ist zu beachten, dass Antipsychotika bei Demenzkranken mit einem erhöhten Schlaganfallrisiko und einer erhöhten Mortalität verbunden sind, ihr Einsatz sollte daher immer nur kurz erfolgen und ihre Indikation regelmäßig reevaluiert werden.

Je weiter die Erkrankung fortschreitet, umso drängender stellen sich die Fragen nach der medizinischen Indikation jeder einzelnen Behandlung und der *Begrenzung von Therapie*. Antworten lassen sich dann nicht ohne Berücksichtigung der Konzepte von Lebensqualität und Autonomie des Demenzkranken sowie eine Reflexion der ethischen Dimensionen demenzieller Erkrankungen finden. Wenn Men-

schen gewöhnlich über ihre optimalen Möglichkeiten, ihre Vernunftbegabung, Stärke und Gesundheit betrachtet werden, so ist der Demenzkranke eher emotional und körperbezogen als rational, oft wenig selbstbewusst und immer eingeschränkter in der Lage, frei zu entscheiden und verweist darin auf die jeglichem menschlichen Sein immanente Verletzlichkeit. Jede Rede von Lebensqualität wie auch jeder Bezug auf die Selbstbestimmung des Kranken müssen sich des zugrunde gelegten Bildes vom Menschen und des vorausgesetzten Modells von Gesundheit und Krankheit bewusst sein. Nur so wird zu entscheiden sein, ob etwa parenterale Ernährung, Flüssigkeitsgabe oder antibiotische Therapie angezeigt und ggf. durch den tatsächlichen oder mutmaßlichen Willen des Patienten gerechtfertigt sind. Im Zweifelsfall kann im klinischen Alltag das Instrument einer Klinischen Ethikberatung in der Entscheidungsfindung hilfreich sein.

1. Gerhard, C.: Autonomie trotz Demenz. Der Neurologe und Psychiater 2011, 12: 59-65.
2. Gräber-Sultan, S.; Berg, D.: Neuropsychologische Screeningverfahren. Welcher Test ist für die Demenzdiagnostik in der Praxis sinnvoll?, Info Neurologie und Psychiatrie 2011, 13: 44-51.
3. Jessen, F.: Therapie der Demenz. Psychiatrie und Psychotherapie up2date 2011, 5: 141-147.
4. Jessen, F.: Alzheimer-Demenz. Nicht medikamentöse Therapien im Fokus, Info Neurologie und Psychiatrie 2012, 14: 50-52.
5. Fiedler, U.; Wiltfang, J.; Peters, N.; Benninghoff, J.: Fortschritte in der Diagnostik der Alzheimer-Demenz, Der Nervenarzt 2012, 83: 661-673.

6. Froböse, T.; Kurz, A.: Alzheimer, Lewy-Körper-Krankheit oder Durchblutungsstörung? So wichtig ist frühe Demenzdiagnose, Der Neurologe und Psychiater 2012, 13:50-54.
7. Klein, C.; Hagenah, J.; Landwehrmeyer, B.; Münte, T.; Klockgether, T.: Das präsymptomatische Stadium neurodegenerativer Erkrankungen; Der Nervenarzt 2011, 82: 994-1001.
8. Linsa, A.: Autonomie und Demenz. Schriftenreihe Medizin-Ethik-Recht, Band 20, Halle 2010.
9. Müller, T.: Erneut Enttäuschung bei Alzheimer-Medikament. Ärzte-Zeitung online vom 17.08.2012. http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/neuro-psychiatrische_krankheiten/article/819650/paradoxe-ergebnisse-erneut-enttaeuschung-alzheimer-medikament.html, 18.08.2012.
10. Reich, A.; Schulz, J. B.: Neues zur Alzheimer Erkrankung. Aktuelle Neurologie 2011, 38:234-241.
11. Supprian, T.: Demenzbehandlung. Neue Entwicklungen, Nervenheilkunde 2011, 30: 691-696.

Dr. Andreas Linsa ist Neurologe und derzeit als Leitender Oberarzt der Klinik für Neurologie am Carl-Thiem-Klinikum Cottbus tätig. Er leitet das Klinische Ethik-Komitee des Klinikums.

End-of-life care bei Menschen mit Alzheimer Demenz?

von Prof. em. Dr. med. Alexander Sturm

Die Prüfung eines Menschen ist, wie er sich gegenüber den Alten verhält. Es ist einfach, Kinder zu lieben. Selbst Tyrannen und Diktatoren schmücken sich mit ihrer Zuneigung zu Kindern. Aber die Aufmerksamkeit und Fürsorge für alte Menschen, für die Unheilbaren und für die Hilflosen ist die wirkliche Goldgrube einer Kultur.

E. Husebo, 2006

Pathogenese

Die Alzheimer Demenz (A. D.) ist eine primäre neurodegenerative Erkrankung des Gehirns, die zu einer chronisch fortschreitenden generalisierten temporo-parietal und frontal betonten Hirnatrophie führt. Sie bedingt Störungen höherer kortikaler Funktionen einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Die kognitiven Veränderungen betreffen insbesondere die emotionale Kontrolle, das Sozialverhalten, Persönlichkeitsveränderungen und Formen der Motivation. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. *Differentialdiagnostisch* ist die A. D. wegen der in manchen Fällen unterschiedlichen Betreuungsformen in der Lebensphase des Sterbens* abzugrenzen:

- gegenüber der Demenz vaskulärer, infektiöser und traumatischer Genese (Boxer-Demenz) sowie
- sekundären Demenzen insbesondere bei Depression, Morbus Parkinson, multiple Sklerose sowie

chronischen Intoxikationen und Stoffwechselerkrankungen.

Heute werden 60-75 % aller Demenzen der A. D. zugeschrieben.¹

Prävalenz

2010 betrug in Deutschland die Zahl der an Demenz-Erkrankten 1,8 Mill mit folgender Altersverteilung: 65-74 Jahre (ca. 7 %), 75-84 Jahre (ca. 23 %), über 80 Jahre (ca. 70 %). Die jährliche Neuerkrankungsquote liegt bei 200.000–250.000 Menschen. Besonders bemerkenswert: 6-7 Mill. Menschen haben in Deutschland ein an Demenz erkranktes Familienmitglied. Für 2030 werden bei einer Bevölkerungszahl von 77,4 Mill. 2 Millionen Menschen an einer Demenz erkrankt sein, im Jahr 2050 bei 69,4 Millionen Einwohnern 2,6 Mill Einwohner, also fast 4 % der Bevölkerung.²

Todesursachen

Das Progressionstempo der A. D. ist sehr unterschiedlich. Patienten mit

Morbus Alzheimer sterben, wenn keine Zweiterkrankung hinzukommt, meist im Stadium 2 – mittlere Demenz – bis Stadium 3, das charakterisiert ist durch einen kontinuierlichen Persönlichkeitsabbau, fehlende verbale Kommunikationsfähigkeit sowie fehlende selbständige Mobilität. Für den Tod unmittelbar verantwortlich ist meist eine Infektion, oft im Anschluss an eine Sturzfraktur. In Industriestaaten steht die Demenz prinzipiell an vierter Stelle der Todesursachenstatistik.³

Spüren Demente ihren nahenden Tod?

Diese Frage ist in den letzten zwei Jahrzehnten kontrovers diskutiert worden und wird sich verbindlich auch nicht für alle an A. D.-Erkrankte in Zukunft beantworten lassen. Der Tod hat für einen Teil der Dementen nicht die beängstigende Endgültigkeit eines Lebensendes wie für geistig nicht Gestörte, denn viele Demente leben in täglich wechselnden Zeiträumen. Es gilt aber heute als gesichert, dass es beim Vorliegen einer Demenz – auch ohne Zweiterkrankung – bei bis zu 75 % der Patienten verlässliche Hinweise gibt, dass Demente ihr baldiges Sterben spüren, wobei dieser Zeitraum „bald“ wenige Wochen, aber auch wenige Monate umfassen kann.⁴ Verbale, aber insbesondere nonverbale Kommunikationsformen sowie bestimmte Verhaltensweisen, Signale und Wünsche zeigen an, dass Demente ihren Tod mit großer Angst andenkten.⁵

Sterben an Demenz Erkrankte anders als nicht Demente?

Befinden und Empfinden des sich selbst wahrnehmenden Menschen, zu denen in aller Regel auch Patienten im fortgeschrittenem Demenz-Stadium gehören, ist in der Lebensphase des Sterbens in unterschiedlicher Form und Umfang bei rund 90 % Patienten bestimmt durch sein

- körperliches Befinden,
- psychisches Befinden,
- spirituelles/religiöses Empfinden,
- soziales Empfinden.⁶

Körperliches Empfinden: im Vordergrund körperlicher Beschwerden stehen bei 80-90 % aller Sterbenden Schmerzen unterschiedlicher Art. Retrospektive Studien in Alten- und Pflegeheimen zeigten, dass demente Patienten 70 % weniger Schmerzmittel erhielten als eine entsprechende nicht demente Vergleichsgruppe mit den gleichen Leiden! Ursache war nicht die von vielen Betreuern – fälschlicherweise – angenommene herabgesetzte Schmerzempfindlichkeit Dementer. Ursache war vielmehr zum einen der Verlust der normalen Kommunikationsfähigkeit seitens der Patienten, die ihre Beschwerden nicht artikulieren konnten, und zum anderen die Unfähigkeit der Betreuenden, die non-verbale Schmerzsignale Dementer zu erkennen. Das Nervensystem, mit dem Schmerzen empfunden werden, bleibt bis zuletzt aktiv.⁷ Auch die vielfältigen anderen körperlichen

Beschwerden – u. a. Schlafstörungen, Obstipations- und Miktions-Beschwerden, Übelkeit, Juckreiz – werden ungenügend diagnostiziert und damit auch ungenügend behandelt.

Psychisches Empfinden: Ohne Zweifel ist die Angst bei Dementen in der Lebensphase des Sterbens enorm ausgeprägt; Angst, weil ihnen das unklar gespürte Lebensende und ihre Beschwerden unheimlich sind und sie auch ein Ende der Schmerzen/Beschwerden nicht andenken können. Angst aber auch vor dem Alleinsein und der Erfahrung, dass sie ihre Beschwerden nicht der Umgebung mitteilen können und an der Reaktion ihrer Betreuer erkennen, dass sie nicht verstanden werden. Oft sind auch in der Lebensphase des Sterbens noch reaktive Depressionen die Folge.

Auch das *soziale Leid* ist bei Dementen am Lebensende sehr ausgeprägt, da sie das Ausgeschlossen-Sein und Ausgeschlossen-Werden durch ihre Umgebung, die mangelnde Achtung sowie die oft fehlende individuelle-soziale Zuwendung persönlich verletzend empfinden und diese Gefühl kaum noch verlieren.

Spirituelles/religiöses Empfinden: Spiritualität und Religiosität sind keine Synonyme. Religiosität kann eine Form der Spiritualität sein: „Spiritualität ist das, was dem Leben der Menschen Sinn, Ziel, Hoffnung und Wert gibt“⁸. Infolge kaum vorhandener Daten ist eine Differenzierung Spiritualität und Religiosität bei Dementen nicht möglich. „Prinzipiell stellt die Religiosität einen integralen Bestandteil der Per-

son- und Bedürfnisorientierten Begleitungsqualität am Lebensende dar“⁹. Diese Feststellung gilt wahrscheinlich auch für die end-of-life care bei Patienten mit A. D. Insbesondere infolge der Kommunikationsschwierigkeiten ist eine religiös/spirituelle Betreuung Dementer sehr schwierig, wenn Sinn und Logik der Worte der Betreuenden nicht verstanden oder sofort vergessen werden. Bekannte Zugänge sind religiöse Bilder und Gegenstände, Musik und Lieder, aus der Biographie bekannte Gebete, aber auch vertraute Rituale wie Empfang der Kommunion bzw. des Abendmahles. „Seelsorge muss neu buchstabiert werden; bei Menschen mit Demenz heißt es: ihnen wachsam und empathisch beistehen, sie schließt die Beachtung der Umwelt mit ein“¹⁰. Das Fehlen eines spirituellen Bezugs kann – auch bei Dementen – Einsamkeit, Sinn- und Hoffnungslosigkeit verstärken.¹¹

Können an A. D. Erkrankte eine fürsorgende Betreuung bzw. end-of-life care überhaupt wahr nehmen?

Neuroinformatiker haben mit Hilfe der funktionellen Magnetresonanztomographie (Positronen-Emissionstomographie [PET]) wichtige Teile des Kodes (Schlüssels) für Gedächtnis-, Wahrnehmungs- und Empfindungsinhalte im Hippocampus des Mittelhirns identifiziert. Mit Hilfe dieser Untersuchungstechniken ist es prinzipiell möglich, differenzierte Gefühlsregungen, Wünsche und Empfindungen nachzuweisen. Durch Anwendung von

PET in sog. Ereignis-Simulatoren konnte bei Dementen

- das Empfinden von Schmerz, Beschwerden unterschiedlicher Art, Angst, qualvoller Unruhe,
- Kommunikationsunsicherheit und -angst sowie Sehnsucht nach Kontaktmöglichkeit mit vertrauten Personen,
- das Gefühl des Ausgeschlossen-Seins, aber auch
- die gespürte Nähe ihnen wohlwollender Menschen, Geborgenheit und das Verstandenwerden durch eine fürsorgende Betreuung,
- die Sehnsucht nach Spiritualität/Religiosität und
- empfundene Liebe und auch das Bedürfnis nach Sexualität nachgewiesen werden.

Die Fähigkeit zu differenzierten Empfindungen und Gefühlen bleibt weitgehend erhalten.

Ohne Zweifel nehmen an A. D. Erkrankte die fürsorgende und helfende Betreuung der end-of-life care dankbar wahr! Betreuungsformen prallen nicht gewissermaßen gegenstandslos ab, weil sie angeblich nichts mehr richtig empfinden können. Demenzkranke können bis zuletzt über die Sinnesorgane Augen, Ohren, Nase, Mund und Haut erreicht werden.

Eine *Zusammenfassung* der bisherigen Ausführungen zeigt:

- Eine Abgrenzung der A. D. gegenüber anderen Ursachen einer Demenz kann auch in der Lebensphase des Sterbens zur gezielten Betreuung sinnvoll sein; 60–75 % der Demenzen sind ursächlich durch den

Morbus Alzheimer bedingt.

- Die Prävalenz der Dementen beträgt in Deutschland zur Zeit 1,8 Mill. Erkrankte, die jährliche Neuerkrankungsrate liegt bei 200-250.000 Patienten; Tendenz eindeutig steigend. Über 6 Mill. Deutsche betreuen ein dementes Familienmitglied.
- Demente, die nicht infolge einer Zweiterkrankung sterben, versterben häufig im Stadium 2-3 der Demenz, meist infolge einer interkurrenten Infektion nach Trauma.
- Demente sterben in aller Regel physisch, psychisch, sozial und spirituell erheblich leidvoller als Nicht-Demente.
- Sie spüren in der Mehrzahl den kommenden Tod und denken ihn mit großer Angst an.
- Demente nehmen auch im fortgeschrittenen Stadium eine sinnvolle Betreuung dankbar wahr und an.

Epikritische Würdigung

Die vorgelegten Daten erlauben zunächst eine eindeutige Antwort auf die in der Überschrift gestellte Frage: Patienten mit A. D. sterben – in unterschiedlicher Form – leidvoller als Nicht-Demente und benötigen in einem besonderen Maße eine end-of-life care, d. h. eine palliativ-hospizliche Betreuung in der Lebenszeit des Sterbens.

Die deutsche Bevölkerung altert unabwendbar und damit verbunden ist ein Anstieg der A. D. Eine notwendige Versorgung von Demenzkranken wird in den nächsten Jahren wie eine Lawi-

ne auf uns zukommen; ab 2020 wird jeder 5. Krankenhauspatient unter einer Demenz leiden.¹² Es ist eigentlich unverstänlich, dass trotz der hochsignifikanten Zunahme der Demenzerkrankungen das Thema „Sterben der an Demenz Erkrankten“ zu den am meisten tabuisierten Themen unserer Gesellschaft gehört. Diese Tatsache hat zwei bedrückende Konsequenzen zur Folge, die zum einen den Dementen, zum anderen die ihn meist betreuenden Familienangehörige betreffen: „Viele Demenzkranke sterben den sozialen Tod, den psychischen Tod und den ökologischen Tod noch vor dem biologischen Tod und empfinden dies auch“¹³. „Die Demenz raubt nicht nur dem Kranken sein Ich und seine Persönlichkeit, sie macht auch die Angehörigen zu Geiseln und führt durch Überbelastung und Hilflosigkeit in einen seelischen, körperlichen und psychischen Ruin“¹⁴.

Vier wesentliche Gründe sind für Tabuisierung verantwortlich:

1. Kommunikationsschwierigkeiten von Seiten der Patienten und auch der Betreuer, die insbesondere die non-verbale Kommunikationssignale nicht verstehen bzw. interpretieren können.
2. Die immer noch weit verbreitete – aber heute als falsch bewiesene – Ansicht, Demente litten weniger als Nicht-Demente und können eine helfende Betreuung gar nicht wahrnehmen bzw. empfinden.
3. Fehlen einer Schnittstelle zwischen Gerontopsychiatrie und Hospiz/Palliativ-Betreuung infolge unge-

nügender interdisziplinärer Zusammenarbeit.

4. Mangelnde, oft fehlende Kenntnis des pflegerisch-ärztlichen Personals und der Angehörigen über moderne helfende und spezielle Betreuungsformen der end-of-life care.

Es kann in diesem Artikel nicht auf die modernen Formen und Zugänge in der Betreuung Dementer am Lebensende eingegangen werden. Es soll aber nachdrücklich festgestellt werden, dass eine moderne fachgerechte end-of-life care die Lebensphase des Sterbens bei Patienten mit A. D. erheblich erleichtert.¹⁵ Notwendige Voraussetzungen sind Aus- und Fortbildungen des betreuenden pflegerischen und ärztlichen Personals in palliativ-care und Gerontopsychiatrie, insbesondere in den Alten- und Pflegeheimen, Zusammenarbeit von Palliativ-Diensten mit gerontopsychiatrischen Diensten bzw. Demenzpflegediensten. In einem ganz besonderen Maße ist für die betreuenden Angehörigen, die oft die Hauptlast der Pflege zu tragen haben, ein Fortbildungsangebot in der Pflege notwendig. Es sei in diesem Zusammenhang noch angemerkt, dass Demente in Deutschland in aller Regel aus unterschiedlichen Gründen nicht in ein Hospiz aufgenommen werden können.

Die Demenz stellt eine grosse Herausforderung unserer Gesellschaft da. Wir brauchen eine neue Kultur des Helfens.¹⁶ Auch das Sterben Dementer ist als Teil unseres allgemeinen Lebens zu begreifen und in unser gesellschaftliches Bewusstsein zu bringen. Eine

sinnvolle end-of-life care bedeutet nicht nur Lebens- und Erlebnishilfe für 1,8 Mill. Dementer, sondern insbesondere auch für die 6 Mill. Angehörige in Deutschland, die Demente in den letzten Monaten begleiten. Dies wird unsere Gesellschaft menschlicher machen. Auch Demente behalten bis zuletzt ihre Menschenwürde.

* Unmittelbarer Zeitraum vor dem – nach naturwissenschaftlichen und medizinischen Erkenntnissen sowie menschlichem Ermessen – zu erwartenden Tod, der in etwa 2 Wochen bis 2 Monate beträgt.

¹ Doblhammer, G. et al.: Demographie der Demenz, Bern 2012.

² Klingholz, R.: Institut für Bevölkerung und Entwicklung, Berlin 2011.

³ Doblhammer et al. (Fn. 1).

⁴ Bundesarbeits-Gemeinschaft Hospiz: „Mitgefühl“, curriculum zur Begleitung Demenzkranker in ihrer letzten Lebensphase, Wuppertal 2010.

⁵ Buchman, K.P.: Demenz und Hospiz: Sterben an Demenz Erkrankte anders?, Wuppertal 2007.

⁶ Sturm, A.: Zur Würde des Menschen in der Lebensphase seines Sterbens – Wie wollen wir sterben?, Die Hospiz-Zeitschrift 48, 2011(2), S. 33-35.

⁷ Förstl, H.; Kleinschmidt, C.: Anti-Alzheimerbuch, München 2009

⁸ Swinton, J.: Europäische Konferenz für Religion, Spiritualität und Gesundheit, Bern 2010.

⁹ Höver, G.; Schaeffer, A.: Spiritualität und Menschenwürde in der Begleitung am Lebensende, Die Hospiz-Zeitschrift 42, 2009(4), S. 4-8.

¹⁰ Probst, J.: Augenblicke für die Liebe Gottes: Zur Würde des Menschen in der Lebensphase des Sterbens, Hospiz-Zeitschrift 11, 2009: 13.

¹¹ Kulbe, A.: Sterbebegleitung, 2. Aufl., München 2010.

¹² Förstl, H.; Kleinschmidt, C. (Fn. 7).

¹³ Grond, E.: Pflege verwirrter alter Menschen, 9. Aufl., Freiburg i. Br. 2003.

¹⁴ Taylor, R.: Alzheimer und Ich, 3. Aufl., Bern 2011.

¹⁵ Alzheimer Europe Report 2, 2008: End-of-life care for people with dementia. Heller, A.; Kitzelberger, F.: Hospizkompetenz und Palliative Care im Alter, Freiburg i. Br. 2010. Klingholz, R. (Fn. 2).

¹⁶ Gronemeyer, R.: Sterben in Deutschland, Frankfurt am Main 2008.

Prof. Alexander Sturm war von 1970-1996 Direktor der Medizinischen Universitäts-Klinik Marienhospital der Ruhr-Universität Bochum, von 1976-1996 Lehrstuhlinhaber für das Fach Innere Medizin an der Ruhr-Universität Bochum und von 1996-2000 Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Marienhospital. Seit 2003 ist er Lehrbeauftragter am Lehrstuhl für Moraltheologie der Ruhr-Universität-Bochum. 2002 gründete er den „Förderverein Lukas-Hospiz Herne e. V.“, der 2007 ein Hospiz eröffnete. Zu den Projekten des Vereins gehört auch die Betreuung Dementer in der Lebensphase des Sterbens.

Berücksichtigung ethischer Aspekte bei der Frühdiagnostik demenzieller Erkrankungen

von Nina Bucholtz
und OA Dr. med. Rahel Eckardt

Mit der Erforschung und Weiterentwicklung der Diagnostik und Therapie demenzieller Erkrankungen geht verstärkt auch die Auseinandersetzung mit ethischen Aspekten bei der Demenzdiagnostik einher. Bezüglich der Aufklärung über Diagnose und Verlauf wurde in verschiedenen Studien beispielsweise die Diskrepanz zwischen Aufklärungspraxis der Behandelnden einerseits und Aufklärungsbedürfnis der Patienten andererseits deutlich¹: Während sich die überwiegende Mehrheit der älteren Menschen eine Aufklärung über eine mögliche Demenzdiagnose wünscht, liegt die tatsächliche Aufklärungsrate deutlich darunter. Nur 19 bis 36 % der Behandelnden klären ihre Patienten über eine Demenzdiagnose auf. In kürzlich veröffentlichten Ergebnissen einer Umfrage zur Einstellung und Wahrnehmung der Demenz-Versorgung in Deutschland wird das Bedürfnis nach Aufklärung jedoch bestätigt: 71 % der Personen ohne persönliche oder professionelle Beziehungen zu Menschen mit Demenz, 62 % der pflegenden Angehörigen und 59 % der Ärzte gaben an, eine Demenzdiagnose für sich persönlich so früh wie möglich wissen zu wollen.² So ermöglicht eine frühzeitige Diagnostik und Aufklärung zum einen die Einleitung therapeutischer Maßnahmen, die vor allem in frühen Sta-

dien das Fortschreiten kognitiver Beeinträchtigungen verzögern können. Zum anderen stellt die Diagnose eine wichtige Grundlage für die Wahrnehmung von Gestaltungs- und Entscheidungsmöglichkeiten dar. Allerdings erfordert die Aufklärung eine sorgfältige und individuelle Abstimmung auf die Bedürfnisse des Patienten und sollte „nicht als einmaliges Ereignis, sondern als fortlaufender Prozess“ verstanden werden, wobei ebenso das Recht auf „Nicht-Wissen-Wollen“ berücksichtigt werden muss.³

Ursachen unzureichender Diagnosestellung

Demenzen werden häufig nicht oder zu spät erkannt. Boustani et al. kommen in einer Übersichtsarbeit zu dem Ergebnis, dass etwa 50 bis 66 % der Demenzfälle nicht diagnostiziert sind, wobei dies vor allem leichtgradige Demenzen betrifft.⁴ Stoppe et al. gehen zwar davon aus, dass die Rate nicht-diagnostizierter Demenzen in Deutschland mittlerweile geringer ausfällt.⁵ Dennoch kommen sie in einer Studie, in der Fall-Vignetten bezüglich vorliegender Diagnosen und Therapiemöglichkeiten durch Ärzte beurteilt werden sollten, zu dem Ergebnis, dass vaskuläre Demenzen bzw. vaskuläre Faktoren deutlich überbetont wer-

den. Die Möglichkeit einer vorliegenden Alzheimer-Demenz wird hingegen fälschlicherweise häufig nicht in Betracht gezogen. Eine mögliche Erklärung sehen die Autoren darin, dass geriatrische und gerontopsychiatrische Ausbildungsinhalte im Studium sowie in Weiterbildungsangeboten immer noch unterrepräsentiert sind und der Umgang mit dem Thema Demenz mit großen Unsicherheiten und Unkenntnis verbunden ist.

Möglichkeiten und Grenzen einer frühzeitigen Diagnostik

Um frühzeitige Diagnosen sicherzustellen, werden daher häufig generelle, regelmäßige Demenzscreenings gefordert. Darüber hinaus gewinnt auch die Diagnostik leichter kognitiver Beeinträchtigungen, die eine potenzielle Vorform von Demenzen darstellen können, zunehmend an Bedeutung. Dabei handelt es sich nicht um ein eigenständiges Krankheitsbild, sondern um Beeinträchtigungen, die über ein altersentsprechendes Maß hinausgehen, jedoch nicht die Kriterien einer Demenz erfüllen. Dieser Grenzbereich wird heute zumeist mit dem englischen Begriff *Mild Cognitive Impairment (MCI)* bezeichnet. In der Literatur finden sich dabei jedoch sehr unterschiedliche Angaben zur Prävalenz. Panza et al. gehen in einem Review von Prävalenzraten zwischen 3 % und 38 % aus.⁶ Auch bezüglich der Konversionsraten, d. h. dem Anteil der Personen mit MCI, bei denen sich im weiteren Verlauf eine Demenz ent-

wickelt, finden sich unterschiedliche Angaben. Die Raten liegen zwischen 10 % und 15 % pro Jahr.⁷ Daher wird beispielsweise auch in der S3-Leitlinie „Demenzen“ für Personen mit MCI eine gesonderte Aufmerksamkeit empfohlen, um eine mögliche demenzielle Entwicklung frühzeitig zu detektieren sowie vaskuläre Risikofaktoren und Erkrankungen leitliniengerecht zu behandeln.⁸ Allerdings sind damit noch viele Probleme und Unsicherheiten verbunden. Zum einen hat sich die diagnostische Güte von Screeninginstrumenten zur Erkennung von MCI und leichtgradigen Demenzen in der Primärversorgung vielfach als unzureichend herausgestellt. Dies ist in der Demenzdiagnostik besonders problematisch, da mit der Diagnose viele Ängste und Sorgen verbunden sind und falsch-positive ebenso wie falsch-negative Diagnosen möglichst vermieden werden sollten. Zum anderen ist der Verlauf von MCI bisher nur unzureichend vorhersagbar. Zwar hat sich in verschiedenen Studien herausgestellt, dass sich bei Personen mit MCI das Risiko, an einer Demenz zu erkranken, erhöht. Allerdings finden sich bezüglich der berichteten Progressionsraten in der Literatur sehr unterschiedliche Angaben. Darüber hinaus gibt es bisher noch keine Evidenz für medikamentöse oder nicht-medikamentöse Behandlungsmaßnahmen, die das Auftreten eines MCI oder das Risiko einer Konversion von MCI zu Demenz reduzieren.

Vor diesem Hintergrund muss die Forderung eines generellen De-

menzscreenings und der klinische Umgang mit der Diagnostik von MCI auch unter ethischen Gesichtspunkten kritisch hinterfragt werden. In der DEGAM-Leitlinie *Demenz* wird von einem generellen Demenzscreening beispielsweise ausdrücklich abgeraten.⁹ Vielmehr sollten die Gründe, die für oder gegen die Abklärung eines Demenzverdacht sprechen, abgewogen werden. Demgegenüber steht jedoch der Wunsch der Betroffenen nach regelmäßigen Untersuchungen. Bislang liegen hierzu zwar nur wenige Studien vor, die die Frage nach frühzeitigen und regelmäßigen Screenings aus Betroffenenperspektive erforschen. Die Ergebnisse einer Befragung von Hausarztpatientinnen in den USA weisen aber darauf hin, dass die Mehrheit der älteren Personen ein generelles Demenzscreening befürwortet: 81 % der Befragten gab an, dass sie mit einer regelmäßigen Untersuchung einverstanden sind. Auch in den kürzlich veröffentlichten Ergebnissen zur Einstellung und Wahrnehmung der Demenz-Versorgung in Deutschland zeigte sich ein ähnliches Bild¹⁰: 78 % der befragten pflegenden Angehörigen und 73 % der Personen ohne persönliche oder berufliche Erfahrung mit Demenzerkrankungen befürworteten ein generelles Demenzscreening. Gleichzeitig sprechen sich jedoch nur 34 % der befragten Ärzte für regelmäßige Untersuchungen aus. Die Unterschiede in der Zustimmung machen deutlich, dass auch die Entscheidung für oder gegen eine Diagnostik eine sorgfältige Abstimmung

mit den Patienten erforderlich macht. Auch dabei sollte die Entscheidungsfindung als fortlaufender Prozess angesehen werden.

Fazit

Insgesamt macht die Studienlage deutlich, dass derzeit keine eindeutigen Empfehlungen für eine frühzeitige Diagnostik und eine Diagnostik leichter kognitiver Beeinträchtigungen existieren. Den Vorteilen einer frühzeitigen Beobachtung des Verlaufs von kognitiven Beeinträchtigungen, den damit verbundenen Möglichkeiten, demenzielle Entwicklungen frühzeitig zu erkennen, und dem häufigen Wunsch nach einer frühzeitigen und regelmäßigen Abklärung demenzieller Erkrankungen stehen die mangelnde diagnostische Güte von Screeninginstrumenten, die unzureichende Vorhersagbarkeit des Verlaufs sowie die fehlende Evidenz für Behandlungsmöglichkeiten von MCI gegenüber. Neben weiteren Untersuchungen und Auseinandersetzungen zu Möglichkeiten und Grenzen einer frühzeitigen Diagnostik ist dabei jedoch auch zu berücksichtigen, dass ein sorgfältiger diagnostischer Prozess eine weiterführende (fachliche) Sensibilisierung der Behandelnden und der Bevölkerung erfordert. Darüber hinaus bedarf es der notwendigen Zeit und Atmosphäre im klinischen Alltag, die für eine Abstimmung des diagnostischen Prozesses mit dem Patienten notwendig ist.

¹ Lämmler, G.; Stechl, E.; Steinhagen-Thiessen, E.: Die Patientenaufklärung bei Demenz, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2007, 40(2):81-87.

² Hausner, L.; Damian, M.; Jekel, K.; Richter, M.; Frolich, L.: Attitudes toward dementia management in Germany – Data from the IMPACT survey (Important Perspectives on Alzheimer's Care and Treatment), in: Dtsch Med Wochenschr, Juni 2012, 137(25-26):1351-1355.

³ Lämmler, G., Stechl, E.; Steinhagen-Thiessen, E.: Diagnose „Demenz“: Die Planung des Aufklärungsgesprächs, Neurogeriatrie 2012, 9(3):119-124.

⁴ Boustani, M.; Peterson, B.; Hanson, L.; Harris, R., Lohr, K.N.: Screening for dementia in primary care: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force, in: Annals of Internal Medicine 2003, 138(11):927-937.

⁵ Stoppe G, Haak S, Knoblauch A, Maeck L. Diagnosis of dementia in primary care: a representative survey of family physicians and neuropsychiatrists in Germany, in: Dement Geriatr Cogn Disord 2007;23(4):207-214.

⁶ Panza, F; D'Introno, A; Colacicco, AM et al.: Current epidemiology of mild cognitive impairment and other predementia syndromes, in: The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry 2005;13(8):633-644.

⁷ Petersen RCD, R.; Kurz, A.; Mohs, R.C.; Morris, J.C.; Rabins, P.V.; Ritchie, K.; Rossor, M.; Thal, L.; Winblad, B.: Current Concepts in Mild Cognitive Impairment, in: Archives of Neurology 2001, 58(12):1985-1992.

⁸ Maier, W.; Jessen, F.; Schneider F, Deuschl G, Spottke A, Reichmann H. Diagnose- und Behandlungsleitlinie Demenz, Berlin, Heidelberg 2010.

⁹ Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Demenz: DEGAM Leitlinie Nr. 12, Düsseldorf: omikron publishing, 2008.

¹⁰ Hausner et al. (Fn. 2).

Nina Bucholtz ist Diplom-Psychologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Inneren Medizin mit Gastroenterologie und Nephrologie, Forschungsgruppe Geriatrie, an der Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Dr. Rahel Eckardt ist Lehrkoordinatorin der Forschungsgruppe Geriatrie an der Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Demenz: Eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung – und Chance

von Prof. em. Dr. theol. Dr. phil. Reimer Gronemeyer und Verena Rothe

Die Menschen werden immer älter, der zu erwartende Anstieg der von Demenz Betroffenen ist signifikant. Gleichzeitig nehmen soziale Bindungen ab, die einen auffangen könnten, wenn man mit Demenz konfrontiert ist. Hier will die *Aktion Demenz* zur

zivilgesellschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Thema aufrufen und zum gemeinsamen Engagement für „Demenzfreundliche Kommunen“ anregen.

Demenz entwickelt sich vor unseren Augen zu einer bedeutenden sozialen,

politischen, ökonomischen und humanitären Herausforderung der kommenden Jahrzehnte. Das ist von den Bürgerinnen und Bürgern, ist in den Kommunen, ist in Deutschland und in Europa noch nicht begriffen. Im Gegenteil: Die Entwicklungen in unserer näheren und fernerer Umwelt sind eher durch Vereinzelung und das Zerbröckeln sozialer Milieus gekennzeichnet. Soziale Milieus, in denen Menschen mit Demenz gewissermaßen „natürlich“ aufgehoben wären, schmelzen weg. Es genügt nicht, dass Kommunen ein paar „Maßnahmen“ ergreifen, um die Versorgung von Menschen mit Demenz zu verbessern. Die Demenz fragt uns dringlich nach einem Neuanfang in den sozialen Beziehungen der modernen Bürgerinnen und Bürger untereinander. Sie verwandelt in geradezu beklemmend-mysteriöser Weise die Stärken der modernen Gesellschaft in ihr Gegenteil – ihre Milliarden-Bits-Speicher in Gedächtnisschwäche, ihre exzessive Individualisierung in Persönlichkeitsverlust. In der Demenz kehren die Glaubenssätze der Moderne (Flexibilität! Beschleunigung! Autonomie!) als Karikatur wieder. Sie fordert uns beängstigend und befreiend zugleich zu einem Neubau unserer Gesellschaften auf. Wie wollen wir mit Menschen umgehen, die „nicht nützlich“ sind, die kostspielig sind, die nicht konkurrenzfähig sind, die nicht einmal konsumieren können? Wollen wir sie abschieben, versorgen lassen oder sogar „entsorgen“? Oder wollen wir sie als Aufforderung, als Chance begreifen,

nach neuen Wegen, nach einer neuen Sozialität, nach einer neuen Kultur des Helfens zu suchen?

Aktion Demenz e. V.

Angeregt von diesen Entwicklungen will der von der Robert Bosch Stiftung geförderte Verein *Aktion Demenz – Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz e. V.* die Lebensbedingungen für Menschen mit Demenz in Deutschland vor allem durch zivilgesellschaftlichen Dialog verbessern. Im Mittelpunkt steht dabei die Aufhebung der Stigmatisierung des Themas Demenz.

Es sollen Bürger gewonnen werden, die auf das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen hinwirken wollen und für mehr gesellschaftliche Teilhabe der Betroffenen sorgen möchten. Ein weiterer Schwerpunkt der Aktivitäten dreht sich um den Themenkomplex Kunst, Kultur und Demenz. Gerade künstlerische und kulturelle Zugänge sind in besonderer Weise dazu geeignet, Menschen für das Thema Demenz zu sensibilisieren und einen anderen, nicht nur von Schrecken und Defiziten geprägten Blick auf die Demenz zu fördern. Daneben beschäftigt sich der Verein mit weiteren Fragen und Teilaspekten wie Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus oder Demenz und Technik.

Teilhabe statt Ausgrenzung

Die Medikalisierung des Demenzphänomens muss durch ein Stück „Reso-

zialisierung“ des Phänomens aufgefangen und korrigiert werden. In einer Untersuchung von Ärzten des Rush Medical Center in Chicago wurde festgestellt, dass ein verlässlicher Freundeskreis und regelmäßige Kontakte zu Angehörigen die klinischen Zeichen einer Alzheimer-Demenz verhindern können. Von Angehörigen, Nachbarn, Freunden und Freiwilligen in der Betreuung von Menschen mit Demenz wird eine bedeutende kulturelle Leistung erbracht, die von unschätzbarem humanitärem Wert ist und zugleich die Gemeinschaft von hohen sozialen und finanziellen Kosten entlastet. Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz zu agieren, heißt deshalb zuerst: Exklusionen vermeiden.

Demenzfreundliche Kommune

Dies hat zur Forderung der Aktion Demenz nach *Demenzfreundlichen Kommunen* geführt: Gemeint ist damit ein Gemeinwesen, in dem es sich mit und für Menschen mit Demenz und ihre Familien gut leben lässt und in dem Teilhabe gelebte Wirklichkeit ist. Der Begriff Kommune dient in diesem Zusammenhang als Sammelbegriff für Gemeinden, Landkreise, Städte, Dörfer, Nachbarschaften und Gemeinschaften.

Ohne die Politik aus ihrer diesbezüglichen Verantwortung zu entlasten, ist jedoch festzustellen, dass eine wirkliche Verbesserung der Situation von Menschen mit Demenz nur dann gelingen kann, wenn in den Städten und Gemeinden Formen einer ge-

meinsamen Verantwortungsübernahme entwickelt und gelebt werden.

Die Kommune ist der Ort, an dem Bürgerinnen und Bürger, politische Entscheidungsträger sowie andere vor Ort befindliche gesellschaftliche Akteure ihr Gemeinwesen ein Stück weit neu erfinden müssen. Durch unterstützende Strukturen, Sensibilisierungs- und Aufklärungsarbeit, gezielte Aktionen und Veranstaltungen, Begegnungsmöglichkeiten im Alltag, Austausch zwischen den Generationen und Professionen, nachbarschaftliche Hilfe und bürgerschaftliches Engagement soll es gelingen, in Deutschland „Demenzfreundliche Kommunen“ zu schaffen. „Wie verwandeln wir unsere Dörfer, Städte und Gemeinden in Orte, die ein besseres Leben mit Demenz ermöglichen?“ Mit diesem Aufruf zur Schaffung demenzfreundlicher Kommunen ist es gelungen, an einer Reihe von Orten in Deutschland regionale Initiativen anzuregen oder bereits vorhandenes Engagement zu identifizieren.

Es wurden und werden Personen aus allen Bereichen der Gesellschaft gewonnen, die sich mit eigenen Projekten in ihren Gemeinden auf den Weg machen. Durch das von der *Aktion Demenz* durchgeführte Förderprogramm der Robert Bosch Stiftung *Menschen mit Demenz in der Kommune* konnte dieses Engagement nicht nur ideell, sondern für inzwischen 50 ausgewählte Initiativen auch finanziell unterstützt werden.

Es gibt dabei sowohl Initiativen, die spezifisch ausgerichtete Projekte z. B.

zu Demenz und Migration, Kunst, Kinder/Jugendliche durchführen, als auch eher breit aufgestellte Projekte, z. B. Öffentlichkeits-Kampagnen, Vernetzungsarbeit, Multiplikatoren-Schulungen.

Museumsführungen für Menschen mit und ohne Demenz, eine Beratungsstelle mitten in der Einkaufspassage, die Etablierung von Demenzpaten in Vereinen und Kirchengemeinden, gemeinschaftliche körperliche Bewegung, „Erste-Hilfe-Kurse Demenz“ für Feuerwehr, Einzelhandel und Verwaltung – das alles sind z. B. Ansätze, wie Menschen mit Demenz in unsere Gesellschaft eingebunden und ein Bewusstseinswandel angeregt werden können. Um solche Ideen weiter zu verbreiten, andere zur Nachahmung anzuregen und bestehende Initiativen und Projekte zu vernetzen, gibt es nun auch die Internetplattform „Unterschieds zu Demenzfreundlichen Kommunen“.

Es ist dabei nicht die Absicht der *Aktion Demenz*, eine allgemeingültige Antwort auf die Frage zu geben, wie eine demenzfreundliche Kommune aussieht und wie sie zu erreichen ist. Es geht darum, zu eigenen kreativen und passgenauen Ideen vor Ort anzuregen und zu verdeutlichen, dass Kommunen, die sich der Herausforderung Demenz stellen, an einer lebenswerteren Zukunft für alle Bürgerinnen und Bürger arbeiten.

Weitere Informationen:

www.aktion-demenz.de

www.demenzfreundliche-kommunen.de.

Prof. Reimer Gronemeyer studierte Theologie und Soziologie. 1975 übernahm er eine Professur für Soziologie an der Justus-Liebig Universität in Gießen. Seine Themenschwerpunkte sind die Soziologie der Entwicklungsländer, Alter und Gesellschaft, Menschen mit Demenz und Gesellschaft, die Integration moderner Gesellschaften, sowie Modernisierungsprozesse religiöser und sozialer Institutionen. Er ist erster Vorsitzender der Aktion Demenz.

Verena Rothe ist Soziologin und seit Vereinsgründung Leiterin der Geschäftsstelle der bundesweit ausgerichteten bürgerschaftlichen Initiative Aktion Demenz e.V. in Gießen. Des Weiteren hat sie das lokale Modell-Projekt *Demenzfreundliche Kommune Gießen* initiiert und ist zudem verantwortliche Koordinatorin für das von der *Aktion Demenz* durchgeführte Förderprogramm der Robert Bosch Stiftung *Menschen mit Demenz in der Kommune*.

Der Demenzpatient im Krankenhaus

von Prof. Dr. med. Dirk M. Hermann
und Prof. Dr. med. Dr. phil. Dr. theol. h. c. Eckhard Nagel

Der an Demenz erkrankte Mensch leidet an Beeinträchtigungen höherer Hirnleistungen, die zu Einschränkungen im Alltagsleben führen. Den kognitiven und mnestischen Störungen liegt ein fortschreitender neurodegenerativer Prozess zugrunde, der unumkehrbar ist und für den bislang keine ursächlichen Therapien existieren.¹ Die Krankheitsanfänge reichen weit vor den Zeitpunkt der ersten klinischen Symptome zurück. Nach Überschreitung einer kritischen Schwelle des Nervenzelluntergangs, der weitgehend symptomfrei toleriert wird, treten charakteristische neuropsychologische Symptome auf. Beim M. Alzheimer, der häufigsten Demenzerkrankung, sind dies typischerweise episodische Gedächtnisstörungen, räumliche Orientierungsstörungen und Störungen der Wortfindung. Mit dem Fortschreiten der Erkrankung breiten sich die Beeinträchtigungen zunehmend auf andere neuropsychologische Funktionsbereiche aus. In fortgeschrittenen Krankheitsstadien ist der Mensch als Ganzes in seiner Selbstbestimmung, Eigenständigkeit und Persönlichkeit betroffen.²

Der Demenzpatient im Krankenhaus

Folglich ist der Demenzkranke in besonderer Weise auf die Fürsorge seiner Angehörigen und medizinischen

Fachpersonen angewiesen. In herkömmlichen Krankenhausstrukturen spielten die Erfordernisse an Demenz erkrankter Menschen eine untergeordnete Rolle. Dem Vorhandensein von Demenzen wurde nur begrenzt Aufmerksamkeit geschenkt. Die Patientenversorgung erfolgte auf gewöhnlichen Stationen. Leider führt die Nichtbeachtung der Demenz zur Überforderung und Dekompensierung der Patienten. Die Verschlechterung kognitiver Leistungen, das Auftreten von Unruhezuständen, Verwirrheitszuständen und Aggressivität, verstärkte Orientierungsstörungen, Halluzinationen und Schlafstörungen sind die Folge.^{3,4} Während des Krankenhausaufenthalts kommt es bei Demenzpatienten gehäuft zu nosokomialen Infektionen, Stürzen und therapieresistenten Schmerzen.^{4,6} Die Patienten weisen eine überdurchschnittliche Krankenhausverweildauer auf. In einer deutschen Studie an 511 internistischen Krankenhauspatienten war die Verweildauer von Demenzpatienten verglichen mit Patienten mit ausschließlich somatischer Erkrankung mehr als verdoppelt.⁷

Demographische Entwicklungen

Bedingt durch die Zunahme der Lebenserwartung wird die Gesamtzahl demenzkranker Menschen in

Deutschland im Zeitraum von 2007 bis 2025 von etwa 1,3 auf 2,5 Millionen Menschen steigen.⁸ In der Allgemeinbevölkerung liegt der Anteil Demenzkranker bei über 65-jährigen Menschen heute bei etwa 7%.⁹ Die Prävalenz von Demenzen steigt exponentiell mit zunehmendem Alter an: Während bei den 65-69-Jährigen nur etwa 1,2% aller Menschen an einer Demenz leiden, steigt dieser Anteil bei den über 90-Jährigen auf mehr als 33%.⁹ Demenzkranke sind in Krankenhauspopulationen überproportional repräsentiert: Untersuchungen in deutschen Allgemeinkrankenhäusern Ende des vergangenen Jahrhunderts zeigten, dass 13% der Patienten in internistischen Fachabteilungen und 11,5% der Patienten in chirurgischen Fachabteilungen demenzkrank sind.¹⁰ Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels dürfte der Prozentsatz an Demenz erkrankter Patienten im Krankenhaus in Zukunft erheblich steigen. In 10 bis 15 Jahren dürfte ein Fünftel bis ein Viertel aller Patienten demenzkrank sein.

Modellhafte Versorgungsstrukturen für Demenzkranke (vgl. Tabelle 1)

Aus der demographischen Entwicklung unserer Gesellschaft resultiert die Notwendigkeit, angemessene Strukturen für die stationäre Versorgung Demenzkranker zu schaffen. Verschiedene Modelle der Patientenversorgung werden gegenwärtig erprobt, wobei bislang wenig vergleichende Daten zu den genannten Strukturen

existieren. Folgende Modelle werden derzeit getestet:

Konsiliar- und Liaisondienste

Reine Konsiliardienste werden auf Anforderung tätig, wenn das behandelnde Klinikpersonal Hinweise auf eine Demenzerkrankung beobachtet hat oder sich Fragen hinsichtlich der Behandlung Demenzkranker ergeben.⁴ Der Erfolg des Konsiliarmodells hängt von der Sensibilisierung der betreuenden medizinischen Fachpersonen ab, die mit Demenzerkrankungen oft nicht näher vertraut sind. Vor diesem Hintergrund wurden Kontraktmodelle entwickelt, bei denen Demenzspezialisten grundsätzlich bei Patienten hinzugezogen werden, die zu bestimmten Risikogruppen gehören. Den umfassendsten und aus Sicht der Patienten günstigsten Ansatz im Rahmen konsiliarischer Strukturen bieten Liaisonmodelle, bei denen multidisziplinäre Teams regelmäßig auf Krankenhausstationen erscheinen und bei der Betreuung betroffener Patienten mitwirken.⁴ Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass Liaisonmodelle zu einer längerfristigen, über den Krankenhausaufenthalt hinausreichenden Stabilisierung der Versorgungssituation von Demenzpatienten führen.¹¹

Geriatrische Stationen

Herkömmliche Krankenhausstrukturen sind nur bedingt für die Versorgung demenzkranker Menschen geeignet.

Unruhige, oft hektische Stationsabläufe, rasche, oft kurzfristig terminierte Untersuchungsabläufe und Prozeduren, und nicht demenzgerechte bauliche Strukturen erschweren den Krankenhausaufenthalt. Geriatrische Abteilungen sind speziell auf Bedürfnisse alter Menschen zugeschnitten. Zielsetzung der Geriatrie liegt in der Wiedererlangung oder dem Erhalt von Alltagskompetenzen. Letzteres ist bei demenzkranken Menschen allerdings aufgrund der Spezifika ihrer Erkrankung oft nur begrenzt möglich. Die Versorgung der Patienten erfolgt auf dem Prinzip der Interdisziplinarität, wobei Neurologen, Internisten und Psychiater eng mit Mitarbeitern therapeutischer Berufsgruppen (Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden), Mitarbeitern der Pflege, Psychologen und Sozialarbeitern zusammenarbeiten. Der Informationsaustausch erfolgt über Team- und Fallbesprechungen. Auch wenn geriatrische Kliniken den Bedürfnissen alter Menschen entgegenkommen, sind ihre Ressourcen nicht speziell auf Demenzpatienten abgestimmt.

Spezialisierte Demenzstationen

Im Gegensatz zu herkömmlichen geriatrischen Stationen behandeln spezialisierte Demenzstationen Patienten jedweder Fachrichtungen, die eine Demenzerkrankung als Komorbidität haben. Die Stationen werden im Regelfall durch einen Demenzspezialisten administrativ geleitet. Die ärztliche Betreuung erfolgt durch Kollegen

der jeweiligen Fachgebiete, die für die Versorgung der zur Aufnahme führenden Erkrankung verantwortlich sind. Die Stationen sind baulich und organisatorisch gezielt auf die Bedürfnisse von Demenzpatienten abgestimmt. Spezifische Problemstellungen im Rahmen der Demenzerkrankung können untersucht und behandelt werden. Den konsequentesten Weg bezüglich der Etablierung spezialisierter Demenzstationen gehen gegenwärtig in Deutschland Kliniken des Malteser-Konzerns, der seine Krankenhäuser konsequent nach dem Silviahemmet-Konzept restrukturiert. Übergeordnete Idee dieses von der schwedischen Königin Silvia implementierten Konzepts ist die palliative Versorgung und Begleitung von Demenzkranken, deren Besonderheiten und Würde mit besonderem Verständnis und Respekt begegnet wird.¹² Einen wichtigen Stellenwert besitzt die Einbeziehung und Unterstützung der Angehörigen. Erste Beobachtungen zeigen, dass die Versorgung der Patienten auf Demenzstationen das Auftreten typischer Komplikationen einer stationären Behandlung, namentlich Unruhe, Sturzneigung, Weglauftendenz und Schlafstörungen, vermindert. Die Patienten benötigen weniger Psychopharmaka.¹³

Übergangsvorsorgung am Ende des Klinikaufenthalts

Die Klinikentlassung stellt einen kritischen Schnittpunkt in der Versorgung an Demenz erkrankter Menschen dar. Erfordernisse im Alltagsleben müs-

Modellstruktur	Ziele	Stärken und Schwächen
Konsiliar- und Liaisondienste	Konsiliardienste werden auf Anforderung tätig, wenn Hinweise auf Demenz oder Fragen zur Demenzbehandlung bestehen; Liaisondienste erscheinen selbstständig auf Stationen und betreuen Demenzpatienten mit.	Erfolg von Konsiliarmodellen hängt von Sensibilisierung der primär verantwortlichen Fachpersonen ab; Liaisonmodelle gestatten lückenlose Versorgung Demenzkranker; Liaisonmodelle führen zu einer über den Krankenhausaufenthalt hinausreichenden Stabilisierung der Versorgungssituation Demenzkranker. ¹¹
Geriatrische Stationen	Interdisziplinäres Behandlungsangebot, das die Wiedererlangung oder den Erhalt von Alltagskompetenzen zum Ziel hat.	Bauliche und personelle Voraussetzungen sind auf Erfordernisse alter Menschen zugeschnitten; Infrastrukturen nicht notwendigerweise auf Bedürfnisse von Demenzpatienten abgestimmt.
Spezialisierte Demenzstationen	Behandlung sämtlicher Patienten mit Demenz als Komorbidität; Stationen administrativ durch Demenzspezialisten geleitet; ärztliche Hauptbehandlung durch Kollegen, die für die zur Aufnahme führende Erkrankung zuständig sind.	Stationen baulich und organisatorisch gezielt auf die Bedürfnisse von Demenzpatienten abgestimmt; spezifische Problemstellungen im Rahmen der Demenz können untersucht und behandelt werden; Behandlung auf spezialisierten Demenzstationen ist mit Verringerung typischer Behandlungskomplikationen (Unruhe, Stürze, Weglauftendenz, Schlafstörungen) assoziiert; Patienten benötigen weniger Psychopharmaka. ¹³
Übergangsvorsorgungsstrukturen	Begleitung von Demenzpatienten im häuslichen Umfeld nach Entlassung durch Mitarbeiter des Krankenhauses.	Sicherstellung, dass sich Demenzpatienten zu Hause zurechtfinden; Etablierung von Übergangsstrukturen in Deutschland durch Trennung stationärer und ambulater Gesundheitsversorgung erschwert.
Spezialisierte Tageskliniken	Begleitung von Demenzpatienten auf Weg zurück ins Alltagsleben durch vorübergehende tagesklinische Behandlung.	Stabilisierung von Demenzpatienten auf Weg der Rückkehr ins häusliche Umfeld; Edukation von Angehörigen und Einbindung ehrenamtlicher Mitarbeiter in ambulante Versorgung.

Tabelle 1: Modellstrukturen der Krankenhausversorgung demenzkranker Menschen.

sen sorgfältig definiert werden, um herauszufinden, ob der Patient sich nach seiner Entlassung im häuslichen Umfeld zurechtfinden kann. Klassische Konzepte der Pflegeüberleitung gingen von nicht-ärztlicher Seite aus.¹⁴ Darüber hinaus wurden in den vergangenen Jahren Modelle der Übergangsvorsorgung etabliert, bei denen Mitarbeiter des Krankenhauses dem Patienten im Anschluss an den Klinikaufenthalt weitere Unterstützung anbieten.¹⁵ Die Etablierung derartiger Strukturen in Deutschland wird durch die Trennung der Finanzierung stationärer und ambulanter Gesundheitsleistungen erschwert. Die meisten Erfahrungen stammen aus dem angelsächsischen Raum.

Spezialisierte Tageskliniken

Eine besondere Möglichkeit, an Demenz erkrankte Menschen auch nach ihrer Entlassung auf dem Weg ins Alltagsleben zu begleiten, stellen spezialisierte Tageskliniken dar. Derartige Tageskliniken berücksichtigen die besondere Situation von Menschen mit Orientierungsschwierigkeiten. Ein solches Konzept wurde im Rahmen eines Modellprojekts des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes NRW am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke entwickelt.¹⁶ Einen wichtigen Stellenwert besaß die Edukation der Angehörigen und die Einbindung ehrenamtlicher Mitarbeiter.

Zukünftige Entwicklungen

Vor dem Hintergrund des ärztlichen Versorgungsauftrags, das Wohl und die Selbstbestimmung der Patienten auf körperlicher und geistiger Ebene zu fördern,^{17,18} ist die Weiterentwicklung stationärer Versorgungsstrukturen unter Berücksichtigung der Erfordernisse Demenzkranker ethisch-moralisches Gebot. Die Wahl der zum Einsatz gelangenden Strukturen – die konsequente Weiterentwicklung von Konsiliar-Modellen zu Liaison-Modellen oder die Etablierung spezifischer Stationen für demenzkranke Menschen – hängt sicher entscheidend von personellen und baulichen Ausgangsvoraussetzungen der jeweiligen Kliniken ab. Notwendig ist die Bündelung von Kompetenzen und die Schaffung von Angeboten, die Demenzpatienten gerecht werden. Auffällig ist, dass die bislang vorhandenen Modellstrukturen weit überwiegend an nicht-akademischen Krankenhäusern entwickelt wurden. Die Positionierung akademischer Kliniken im Sinne wissenschaftlicher Initialzündung und Profilbildung wird für die konzeptionelle Weiterentwicklung der Demenzversorgung wichtig sein.

¹ Hermann, D.M.: Vaskuläre Demenz, in: Hermann, D.M.; Steiner, T.; Diener, H.-C. (Hrsg.): Vaskuläre Neurologie, Stuttgart 2010.

² Kruse, A.: Die Lebensqualität demenzkranker Menschen erfassen und positiv beeinflussen – eine fachliche und ethische Herausforderung, in: Demenz – Ende der Selbstbestimmung?, Deutscher Ethikrat, Berlin 2012, S. 27-50.

³ Pedone, C.; Ercolani, S.; Catani, M.; Maggio, D.; Ruggiero, C.; Quartesan, R.; Senin, U.; Mecocci, P.; Cherubini, A., for the GIFA Study Group: Elderly patients with cognitive impairment have a high risk for functional decline during hospitalization: The GIFA-Study, in: J Gerontol Ser A: Biol Sci Med Sci 2005 (60), S. 1576-1580.

⁴ Kleina, T.; Wingenfeld, K.: Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus, in: Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), Bielefeld 2007.

⁵ Dinkel, R.H.; Lebok, U.H.: The effects of dementia in German acute care hospitals, in: Dementia Geriatr Cogn Disord 1997 (8), S. 314-319.

⁶ Wojnar, J.: Demenzpatienten im Krankenhaus, in: Alzheimer Info 1/2003, Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., Berlin 2003, S. 2-4.

⁷ Friederich, H.C.; Hartmann, M.; Bergmann, G.; Herzog, W.: Psychiatric comorbidity in medical inpatients – prevalence and effect on the length of stay, in: Psychother Psychosom Med Psychol 2002 (52), S. 323-328.

⁸ Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, Demenz-Report, Köln 2011.

⁹ Bickel, H.: Stand der Epidemiologie, in: Hallauer, F.; Kurz, A. (Hrsg.): Weißbuch Demenz – Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland, Stuttgart 2002, S. 10-14.

¹⁰ Arolt, V.: Psychische Störungen bei Krankenhauspatienten: Eine epidemiologische Untersuchung zu Diagnostik, Prävalenz und Behandlungsbedarf psychiatrischer Morbidität bei internistischen und chirurgischen Patienten, Berlin 1997.

¹¹ Kirchen-Peters, S.: Aufenthalt im Allgemeinkrankenhaus: Krisenerlebnis oder Chance für psychisch kranke alte Menschen? Ergebnisse des Modellprojektes „Gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst“ des Gerontopsychiatrischen Zentrums Kaufbeuren, Saarbrücken 2005.

¹² Sottong, U.: Das Silviahemmet-Konzept – ein Konzept für Deutschland?, Symposium des Landesverbandes der Alzheimer-Gesellschaften in NRW, Düsseldorf 5.11.2010.

¹³ Hoffmann, G.: Station Silvia – Neue Wege in der Versorgung demenziell erkrankter Patienten

im Akutkrankenhaus, Symposium des Landesverbandes der Alzheimer-Gesellschaften in NRW, Düsseldorf 5.11.2010.

¹⁴ Joosten, M.: Die Pflege-Überleitung. Vom Krankenhaus in die ambulante Betreuung und Altenpflege, Bremen 1997.

¹⁵ Wingenfeld, K.: Die Entlassung aus dem Krankenhaus – Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen, Bern 2005.

¹⁶ Angerhausen, S.: Ergebnisse der Modellprojekte zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus, Symposium des Landesverbandes der Alzheimer-Gesellschaften in NRW, Düsseldorf 5.11.2010.

¹⁷ Hirsch, R.D.: Forschung mit Menschen mit Demenz – eine Notwendigkeit unserer Zeit?!, in: Demenz – Ende der Selbstbestimmung?, Deutscher Ethikrat, Berlin 2012, S. 51-68.

¹⁸ Höffe, O.: Altern in Würde, in: Demenz – Ende der Selbstbestimmung?, Deutscher Ethikrat, Berlin 2012, S. 73-83.

Prof. Hermann hat den Lehrstuhl für vaskuläre Neurologie und Demenz, Neurologische Klinik, an dem Universitätsklinikum Essen inne.

Prof. Eckhard Nagel ist Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Essen. Er ist Mitglied des Deutschen Ethikrats.

Krankheitskosten der Demenz

von Dr. rer. pol. Lars Schwettmann
und Prof. Dr. math. Dr. rer. pol. Marlies Ahlert

1. Einleitung

In der gesundheitspolitischen Diskussion des Themas Demenz stehen häufig auch die Kosten sowohl für die Sozialversicherungssysteme als auch für betroffene Familien im Mittelpunkt. Der ökonomische Begriff der Kosten umschreibt generell den monetär bewerteten Verbrauch von Ressourcen in Form von Gütern und Dienstleistungen. Bei der Ermittlung von Krankheitskosten ist die Einhaltung von Standards, wie sie für die Durchführung gesundheitsökonomischer Evaluationen vorliegen, notwendig, um möglichst präzise und vergleichbare Aussagen zu den ‚tatsächlichen‘ Kosten zu erhalten. Die Kostenermittlung soll dabei in drei Schritten erfolgen:¹

- Identifizierung aller relevanten Kostenkomponenten,
- Mengenmäßige Erfassung des Ressourcenkonsums,
- Monetäre Bewertung der verbrauchten Ressourceneinheiten.

Um also Aussagen über die Kosten der Demenz machen zu können, werden in Abschnitt 2 zunächst allgemein relevante Fakten zum Ausmaß und dem Verlauf der Erkrankung genannt. Anschließend werden in Abschnitt 3 typische Methoden der Kostenmessung unterschieden. Abschnitt 4 stellt exemplarisch die Erkenntnisse einer aktuellen Studie vor, während

Abschnitt 5 noch einmal auf die besondere Rolle der informellen Pflege eingeht.

2. Umfang der Erkrankung und Krankheitsverlauf

Derzeit leben in Deutschland bis zu 1,3 Millionen Menschen mit einer Demenzdiagnose.² Die Prävalenzrate ist altersabhängig und liegt für die Altersklasse der 60- bis 64-Jährigen bei etwa 1 %, während sie für Personen über 95 Jahre auf über 35 bis 55 % steigt. Aufgrund einer steigenden Lebenserwartung wird prognostiziert, dass sich die Zahl der Demenzkranken bis 2050 verdoppelt.³ Bereits im Jahr 2008 entfielen laut Statistischem Bundesamt 4,1 % (das sind 10,487 Mrd. Euro) der gesamten Krankheitskosten auf die Demenz, wobei der Anteil bei den über 65-Jährigen 8,4 % betrug.⁴ Angesichts der wachsenden Zahl Demenzkranker wird mit einem Anstieg sowohl der Kosten der Demenz als auch des Anteils an den Gesamtkosten gerechnet.

Ein wesentlicher Nachteil der Angaben des Statistischen Bundesamts besteht allerdings darin, dass sie lediglich auf Abrechnungsdaten der einzelnen Kostenträger beruhen und daher keine unbezahlten Leistungen durch Angehörige der Demenzkranken einbeziehen.⁵ Zu Beginn ihrer

Erkrankung sind Demenz-Patienten häufig auf Unterstützung im Alltag angewiesen. Diese wird in der Regel von Angehörigen übernommen, sofern die Erkrankten zuhause leben. Tatsächlich werden 2 von 3 Demenzpatienten daheim versorgt.⁶ Aufgrund zunehmender kognitiver Beeinträchtigungen nehmen jedoch der Bedarf an häuslichen Dienstleistungen, der medizinische Versorgungsbedarf und vor allem der Pflegebedarf ständig zu, sodass immer mehr professionelle ambulante oder stationäre Pflege notwendig wird. Dennoch wird geschätzt, dass bei zu Hause lebenden Patienten im Durchschnitt zwei Drittel der Pflege durch Angehörige erfolgt. Bei leichter bis mittelschwerer Demenz beträgt der zeitliche Aufwand für diese informelle Pflege und Beaufsichtigung durchschnittlich zwei bis sechs Stunden täglich, kann jedoch mit zunehmender Schwere der Erkrankung deutlich anwachsen.⁷ Daher werden schließlich etwa 80 % aller Demenzpatienten im Laufe ihrer Erkrankung in einem Pflegeheim untergebracht, wo sie durchschnittlich ca. drei Jahre verweilen.⁸ Somit hat die Wohnsituation des Patienten, der Schweregrad der Erkrankung und die Frage wer pflegt einen wesentlichen Einfluss auf die Krankheitskosten der Demenz.⁹

3. Kategorien von Krankheitskosten

Bei der Ermittlung der Krankheitskosten ist zunächst festzulegen, aus welcher Perspektive eine Kostenberechnung erfolgen soll.¹⁰ Stehen etwa die

Kosten für Leistungserbringer oder Krankenkassen im Mittelpunkt, so sollte die *Kostenträgerperspektive* gewählt werden, die nur vergütete Leistungen berücksichtigt. Im Gegensatz dazu werden bei der Ermittlung aus *gesellschaftlicher Perspektive* sämtliche Kosten unabhängig von ihrem Träger einbezogen. Im Falle der Demenz betrifft dies ausdrücklich auch private monetäre Aufwendungen sowie den Zeitaufwand für die Pflege durch Angehörige. Die gesellschaftliche Perspektive wird als umfassender und als nicht von Einzelinteressen geprägt angesehen und somit bei der Frage nach den Kosten der Demenz vorgezogen.

Eine weitere Unterscheidung betrifft die Trennung von *direkten* und *indirekten Kosten*. Während sich direkte Kosten auf den unmittelbaren Ressourcenverbrauch für die *medizinische* und *nicht-medizinische* Versorgung beziehen, umfassen indirekte Kosten negative externe Effekte, die durch eine Gesundheitsleistung entstehen. In der gesundheitsökonomischen Literatur wird bei den indirekten Kosten in der Regel allein der aus einer Krankheit resultierende Produktivitätsverlust berücksichtigt, wie er sich etwa durch Fehlzeiten am Arbeitsplatz ausdrückt. Hierbei handelt es sich um den so genannten *Humankapitalansatz*, der sich vielfacher Kritik ausgesetzt sieht, auf die an dieser Stelle aber nicht eingegangen wird.¹¹ Die indirekten Kosten beinhalten zudem üblicherweise keine Transferzahlungen, wie zum Beispiel Krankengeld, da diese aus volkswirtschaftlicher Sicht lediglich

eine Umverteilung darstellen. Da eine Demenzerkrankung fast ausschließlich Personen im Rentenalter betrifft, bleiben indirekte Kosten häufig unberücksichtigt. Es ist jedoch zu bemerken, dass durchaus relevante indirekte Kosten entstehen können, etwa wenn Demenzkranke bei ehrenamtlichen oder familiären Engagements, z. B. bei der Betreuung von Enkelkindern, ausfallen.

Bei den direkten Kosten beziehen sich *medizinische Kosten* vor allem auf die stationäre und ambulante Versorgung sowie den Einsatz von Arznei-, Hilfs- und Heilmitteln und den damit jeweils verbundenen, monetär bewerteten Verbrauch an Gütern und Dienstleistungen. *Nicht-medizinische direkte Kosten* umfassen hingegen insbesondere die bei einer Demenzerkrankung bedeutsamen Kosten *professioneller Pflege*, die ambulant, teil- oder vollstationär erfolgen kann. Hinzu kommen weitere Kosten außerhalb des unmittelbaren medizinischen Bereichs, wie Krankentransportkosten oder andere komplementäre Leistungen.

Eine gesonderte Stellung nehmen die *Kosten der informellen Pflege* ein, also vor allem Zeitkosten pflegender und im Haushalt helfender Angehöriger, die zu den direkten Kosten gezählt werden. Die erforderliche monetäre Bewertung der hierbei aufgewendeten Zeit ist bisher in der Literatur umstritten. So wird beim *Opportunitätskostenansatz* angenommen, dass die pflegende Person während der Pflegezeit auf bezahlte Arbeit oder auf Frei-

zeit verzichtet. Für eine Bewertung des Zeitaufwandes sind daher Informationen oder Annahmen hinsichtlich des individuellen ‚Preises‘ für diese alternativen Tätigkeiten notwendig. Der *Substitutionskostenansatz* bezieht sich hingegen auf die eingesparten Kosten, die durch eine äquivalente professionelle Pflege entstanden wären. Hierzu müssen also lediglich der zeitliche Umfang sowie der Preis professioneller Pflege bekannt sein. In der Literatur werden weitere Ansätze zur monetären Bewertung informeller Pflege vorgeschlagen, etwa Methoden zur Messung der Zahlungsbereitschaft für Pflegeleistungen.¹²

Eine letzte methodische Unterscheidung von Kostenstudien bezieht sich darauf, ob lediglich Kosten, die aufgrund einer Erkrankung entstanden sind, oder aber sämtliche Krankheitskosten im Betrachtungszeitraum einbezogen werden. Um die (Netto-) Kosten, die aufgrund der Demenzerkrankung entstehen, bestimmen zu können, ist ein Vergleich mit einer Kontrollgruppe von nicht an Demenz erkrankten Personen erforderlich.

4. Aktuelle Erkenntnisse

Die im Folgenden dargestellte Studie von Leicht et al.¹³ zeigt exemplarisch einige aktuelle Erkenntnisse in Bezug auf die einzelnen Kategorien der Krankheitskosten der Demenz. Um die Netto-Kosten aus gesellschaftlicher Perspektive zu ermitteln, wurden sowohl Demenzkranke bzw. deren Pflegekräfte als auch eine Kontrollgruppe

mit Hilfe strukturierter Interviews zu den in Anspruch genommenen medizinischen und pflegerischen Leistungen befragt. Die Patienten lebten entweder zuhause oder im Pflegeheim. Informationen zu weiteren Erkrankungen wurden von Hausärzten bereitgestellt.

Der Fokus der Studie lag auf den direkten Kosten. Zur monetären Bewertung informeller Pflege wurde zunächst der Substitutions- und in einer Sensitivitätsanalyse der Opportunitätskostenansatz gewählt, ohne dass sich gravierende Unterschiede ergaben.

Anhand der in Tabelle 1 dargestellten Ergebnisse lassen sich einige wesentliche Aussagen machen:

- Die ermittelten durchschnittlichen direkten Netto-Kosten belaufen sich auf ca. 22.500 Euro pro Patient und Jahr.
- Diese Kosten hängen vom Schweregrad der Erkrankung ab und steigen von etwa 16.000 Euro bei leichter Demenz auf 41.500 Euro bei schwerer Demenz.
- Die medizinischen Netto-Kosten steigen zwar mit dem Schweregrad der Erkrankung an, machen insgesamt aber weniger als 10 % der direkten Netto-Kosten aus. Damit entfällt auf den Pflegebereich der wesentliche Teil der Krankheitskosten.
- Bei der Pflege zu Hause macht die informelle Pflege etwa zwei Drittel der Kosten aus.¹⁴ Angehörige tragen also die Hauptlast häuslicher Pflege.

Kostenkategorie	Leichte Demenz (n=121)	Mittelschwere Demenz (n=32)	Schwere Demenz (n=23)	Demenz-Patienten	Kontrollgruppe
Medizinische Kosten	6.171	7.581	10.375	6.977	4.828
Formelle Pflege: Pflegeheim	3.652	8.917	13.855	5.942	669
Formelle Pflege: Zuhause	5.514	6.277	5.262	5.620	1.137
Informelle Pflege ohne reine Beaufsichtigungszeit	8.886	18.228	19.684	11.996	1.625
Sonstige Kosten	214	122	609	249	8
Direkte Kosten	24.237	41.125	49.784	30.783	8.267

Tabelle 1: Durchschnittliche Kosten in Euro pro Jahr (bezogen auf das Jahr 2009)
(Quelle: Leicht et al., 2011)

Ein Vergleich dieser Ergebnisse mit anderen Studien zeigt, dass es vor allem bei der Bewertung der informellen Pflege aufgrund bisher fehlender Konventionen zu starken Abweichungen zwischen einzelnen Untersuchungsergebnissen kommt, zum Beispiel wenn unterschiedliche Stundenlöhne zugrunde gelegt werden.¹⁵ Allerdings bestätigen die hier präsentierten Tendenzen die Ergebnisse vieler anderer Untersuchungen.

5. Schlussbetrachtung

Der Bereich der informellen Pflege ist aus mancherlei Sicht für die Abschätzung der Krankheitskosten der Demenz von Bedeutung. Ein erster wesentlicher Grund besteht darin, dass Angehörige einen wesentlichen Teil der Gesamtkosten tragen. Wir möchten abschließend kurz auf zwei weitere Aspekte eingehen.

Leicht und König¹⁶ weisen darauf hin, dass in Zukunft weniger Personen für die informelle Pflege verfügbar sein dürften. Sie nennen als Gründe hierfür den demografischen Wandel mit sinkenden Geburtenzahlen und steigender Lebenserwartung, aber auch höhere Scheidungszahlen und damit weniger (Ehe-)Partner, die als Pflegenden infrage kommen. Hierdurch ergibt sich ein zunehmender Bedarf an professioneller Pflege, auf den gesundheitspolitisch reagiert werden muss. So könnte entweder das Angebot professioneller Pflege ausgeweitet oder aber die informelle Pflege finanziell attraktiver gemacht werden.

Zweitens ist zu bemerken, dass selbst verschiedene Studien, die der gleichen Methodik bei der monetären Bewertung des Zeitaufwandes für informelle Pflege folgen, Unterschiede bei der Kostenabschätzung ergeben. In der Literatur werden allerdings, wie bereits in Abschnitt 3 gesagt, zahlreiche weitere Ansätze zur Bewertung informeller Pflege vorgeschlagen, um die Einbußen an Lebensqualität für pflegende Angehörige noch umfassender zu berücksichtigen. Dies erscheint dringend notwendig zu sein, denn viele Erhebungen kommen zu dem Ergebnis, dass der durchschnittliche Umfang psychischer und physischer Beschwerden von pflegenden Angehörigen von Demenzpatienten signifikant höher liegt als entsprechende alters- und geschlechtsspezifische Normwerte der Gesamtbevölkerung. So berichten in Befragungen regelmäßig über 70 % der pflegenden Angehörigen über erhebliche körperliche Beschwerden. Etwa 50 % entwickeln während der Pflege von Alzheimer-Patienten psychopathologische Auffälligkeiten.¹⁷ Hier ist auch weiterhin ein enormer Forschungsbedarf gegeben.

¹ Greiner, W.; Damm, O.: Die Berechnung von Kosten und Nutzen, in: Schöffski, O.; von der Schulenburg, J.-M., Gesundheitsökonomische Evaluationen, 4.Aufl., Berlin, Heidelberg, 2012, S. 23-42.

² Ziegler, U.; Doblhammer, G.: Prävalenz und Inzidenz von Demenz in Deutschland – Eine Studie auf Basis von Daten der gesetzlichen Krankenversicherungen von 2002, Gesundheitswesen 2009 (71), S. 281-290.

³ Peters, E.; Pritzkeleit, R.; Beske, F.; Katalinic,

A.: Demografischer Wandel und Krankheitshäufigkeit – Eine Projektion bis 2050, Bundesgesundheitsblatt 2010 (53), S. 417-426.

⁴ Angaben aus verschiedenen Jahrgängen der Krankheitskostenstatistik des Statistischen Bundesamtes, zitiert in Leicht, H.; König, H.-H.: Krankheitskosten bei Demenz aus gesellschaftlicher Perspektive, Bundesgesundheitsblatt 2012 (55), S. 677-684.

⁵ Siehe vor allem Leicht, H.; König, H.-H., a. a. O.

⁶ Siehe etwa von Lützu-Hohlbein, H.: Die Bedürfnisse Demenzkranker erkennen, in: Füsgen, I.; Laschet, U.: Demenzkranke im Leistungsstreit zwischen Kranken und Pflegeversicherung, Frankfurt am Main 2003, S. 21-28.

⁷ Leicht, H.; König, H.-H., (Fn. 4).

⁸ Bickel, H., a.a.O.

⁹ Siehe Leicht, H.; König, H.-H., (Fn. 4).

¹⁰ Die Ausführungen in diesem Abschnitt beruhen, soweit nicht anders angegeben, auf den Darstellungen in Leicht, H.; König, H.-H., (Fn. 4), und Greiner, W.; Damm, O., (Fn. 1).

¹¹ Greiner, W.; Damm O., (Fn. 1), fassen einige der in der Literatur genannten Einwände zusammen.

¹² Einen umfassenden Überblick liefern van den Berg, B.; Brouwer, W.B.F.; Koopmanschap, M.A.: Economic evaluation of informal care, European Journal of Health Economics 2004 (5), S. 36-45, sowie Koopmanschap, M.A.; van Exel, N.J.A.; van den Berg, B.; Brouwer, W.B.F.: An overview of methods and applications to value informal care in economic evaluations in healthcare, Pharmacoeconomics 2008 (26), S. 269-280.

¹³ Leicht, H.; Heinrich, S.; Heider, D.; Bachmann, C.; Bickel, H.; van den Bussche, H.; Fuchs, A.; Lupp, M.; Maier, W.; Mösch, E.; Pentzek, M.; Rieder-Heller, S.G.; Tebarth, F.; Werle, J.; Weyerer, S.; Wiede, B.; Zimmermann, T.; König, H.-H.: Net costs of dementia by disease stage, Acta Psychiatrica Scandinavica 2011 (124), S. 384-395.

¹⁴ Auch bei einer Unterbringung im Pflegeheim erfolgt ein Teil der Pflege durch Angehörige. Der entsprechende Kostenbeitrag ist noch in den angegebenen Werten in der Tabelle enthalten.

¹⁵ Siehe etwa Leicht, H.; König, H.-H., (Fn. 4), für einen Vergleich von vier aktuellen Studien.

¹⁶ Leicht, H.; König, H.-H., (Fn. 4).

¹⁷ Einen Überblick über zahlreiche internationale Studien geben Müller, I.; Mertin, M.; Beier, J.; Them, C.: Die häusliche Betreuung demenzkranker Menschen und ihre Auswirkungen auf pflegende Angehörige – eine Literaturübersicht, Österreichische Pflegezeitschrift, 2008 (3), S. 8-12. Weitere Angaben finden sich auch in: Hallauer, J.F.; Schons, M.; Smala, A.; Berger, K.: Untersuchung von Krankheitskosten bei Patienten mit Alzheimer-Erkrankung in Deutschland, Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2000 (5), S. 73-79.

Danksagung

Wir danken Maria Göhring und Katharina Friederike Sträter für ihre exzellente wissenschaftliche Recherche für den vorliegenden Beitrag. Es gelten die üblichen Einschränkungen.

Dr. Lars Schwettmann ist Volkswirt und arbeitet seit 2008 als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre, insbesondere Mikroökonomie und Finanzwissenschaft, an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

Prof. Marlies Ahlert ist Lehrstuhlinhaberin für Volkswirtschaftslehre an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

Demenz – Ende der Selbstbestimmung?

von Dr. phil. Michael Wunder

Demenz hat in der öffentlichen Debatte, aber auch für viele Betroffene und ihre Angehörigen, wenn sie zum ersten Mal die Diagnose erfahren, einen bestimmten Klang. Demenz wird weithin mit Leid gleichgesetzt, mit Bedrohung und dem Ende des vernunftbegabten und selbstbestimmungsfähigen Menschen. Zunehmend, insbesondere angesichts der wachsenden Anzahl von Selbstäußerungen von Betroffenen in der Öffentlichkeit, stellt sich aber die Frage, ob wir Demenz nicht auch anders verstehen können und unsere Sichtweise ändern könnten. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass der sonst so selbstverständliche Anspruch auf Selbstbestimmung aller Nutzer des Gesundheitswesens im Bereich Demenz weitgehend unthematisiert bleibt. Wie sollen die Pflege, die Demenz meist als Überforderung sieht, die Medizin, die Demenz als Niederlage erlebt, und die betroffenen Familien, insbesondere die pflegenden Angehörigen, die Demenz nachvollziehbar oft nur als Last und Not empfinden, auf Menschen mit Demenz zugehen und mit ihnen umgehen unter dem Gesichtspunkt des Selbstbestimmungsanspruchs der Betroffenen? Und wie soll die Gesellschaft im Ganzen auf die ständig zunehmende Anzahl von Menschen mit Demenz zugehen und mit ihnen umgehen?

Auf der Ebene der erlebten Erfah-

ung ist Demenz in erster Linie ein soziales Schicksal. Die Betroffenen, die sich heute in der Öffentlichkeit äußern, erleben Isolation und Ausgrenzung vom sozialen Leben und Schritt für Schritt ein Herausdrängen aus dem öffentlichen Raum. Wenn also von Leiden im Zusammenhang mit Demenz die Rede ist, dann in erster Linie vom Leiden unter diesem Ausschluss, unter Abschiebung, unter Exklusion. Der englische Psychogerontologe Tom Kitwood hat zu dieser Hinwendung zu einem sozialen Verstehen und der damit verbundenen Abwendung von einer medizinischen Sichtweise der Demenz mit seinem personenzentriertem Ansatz Wesentliches beigetragen. Die Probleme im Umgang mit Demenz lägen hauptsächlich im zwischenmenschlichen Bereich und entsprechende Antworten müssten auch dort gesucht werden.¹ Dies gilt auch für das Ausloten der jeweils noch möglichen Selbstbestimmungs-, Selbststeuerungs- und Mitwirkungspotentiale der Betroffenen.

Der zentrale Begriff: Selbstbestimmung

Schaut man auf die allgemeinen Grundlagen des Selbstbestimmungskonzeptes, so ergeben sich drei Grundanforderungen, die erfüllt sein müssen, wenn wir von einer Handlung als einer selbstbestimmten sprechen.

Es sind dies:

- anders können. Hierzu gehört als Voraussetzung, dass verschiedene Alternativen für die betreffende Person in gleicher Weise zugänglich und überschaubar sind; eingeschlossen ist natürlich auch die Unterlassungen einer Handlung als Alternative zur Handlung.
 - Gründe haben. Hierbei kommt es nicht auf die verbale Benennung der Gründe an, auch non-verbale Mitteilungen kommunizieren Gründe für Handeln. Als Gründe anzuerkennen sind auch handlungsbestimmende Affekte, wie Freude, Wohlbefinden oder Ablehnung, auch weil der Betreffende immer auch das Recht haben muss, weitergehende Gründe bewusst nicht mitzuteilen. Und:
 - die eigene Urheberschaft anerkennen. Hierzu gehört die Einsicht, dass ich es bin, der etwas in Gang setzt und nicht ein anderer.
- Das Selbstbestimmungskonzept macht also durchaus Kompetenzannahmen als Voraussetzung, wie:
- das Verstehen wesentlicher Informationen,
 - das Beurteilen dieser Information im Lichte eigener Werte oder eigener Bedürfnisse,
 - das Entwerfen eines Ergebnisses und damit seine gedankliche Vorwegnahme,
 - die freie Äußerung der eigenen Entscheidung gegenüber Dritten, wobei diese durchaus auch mimisch, ges-

tisch oder durch die Körperhaltung geschehen kann.

Die hohen Kompetenzanforderungen, die das Konzept der Selbstbestimmung an die Ausführenden von selbstbestimmten Handlungen stellt, müssen in der Praxis immer heruntergebrochen werden auf die konkrete Lebenssituation von Menschen, die unter den Bedingungen von Einschränkungen oder Besonderheiten wie Demenz leben.

Selbstbestimmungspotentiale im Prozess der Demenzentwicklung

In der ersten Phase² der Erkrankung herrschen Symptome vor wie u. a. schwaches Erinnerungsvermögen für kurz zurückliegende Ereignisse, Schwierigkeiten, Neues zu erlernen, gestörte Orientierung in fremder Umgebung, Zerstreutheit, erste Sprachstörungen, gestörtes zeitliches und räumliches Vorstellungsvermögen, Antriebsdefizit und erste Apraxien. Bekannte psychische Verarbeitungsformen sind die Verleugnung der Erkrankung, das Überspielen mit Witzen und Floskeln, manchmal auch Ängste, depressive Verstimmung oder sozialer Rückzug

Dennoch sind Einsichtsfähigkeit und damit die Urteilsfähigkeit und auch die Entscheidungsfähigkeit in dieser ersten Phase vorhanden, auch wenn sie verlangsamt sind, möglicherweise stark schwankend und durch Einbrüche von Angst oder Depression beeinträchtigt. Die Entscheidungsbasis ist noch ein eigenes Wertesystem, das die

Abwägung verschiedener Gesichtspunkte ermöglicht. Damit ist nicht nur die Entscheidung zwischen zwei Alternativen oder zwischen einer Handlung und ihrer Unterlassung, sondern auch die Abwägung verschiedener Schritte oder Vorgehensweisen noch möglich.

Die Anforderungen an die Praxis sind im Wesentlichen die Berücksichtigung der Langsamkeit und die Herstellung einer wohlwollenden Atmosphäre, die den Raum gibt und auch die Geduld der Umgebung deutlich macht, eine eigene Entscheidung reifen zu lassen.

In der zweiten Phase nimmt die Symptomlast zu. Tiefgreifende Störung des Kurzzeitgedächtnisses und hochgradige Vergesslichkeit, aber auch der Erinnerungsverlust an frühere Ereignisse umgekehrt zu ihrer Eintrittszeit stehen im Vordergrund. Die Desorientierung auch in vertrauter Umgebung, das Nichterkennen von Familienmitgliedern, der Wohnung, von vertrauten Gegenständen, die zunehmende Störungen des Sprachverständnisses und des sprachlichen Ausdrucks kommen hinzu. Bekannte psychische Verarbeitungsformen sind Ruhe- und Rastlosigkeit, Gereiztheit und Misstrauen, Verhaltensprobleme wie Weglaufen, was aber häufig ein „Hinlaufen“ zu plötzlich in die Erinnerung tretender Anlässen ist, Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus, manchmal auch Aggressivität und Panikzustände. Die Betroffenen machen oft den Eindruck, in einer eigenen Welt zu leben, die von anderen nicht geteilt wird. In vielen Fällen wird die Komple-

xität dieser Veränderung als Persönlichkeitsveränderung eingestuft. Die emotionale Empfindsamkeit ist aber weitgehend noch vorhanden, wenn auch schwankend: Die Affekte Freude, Scham, Trauer, Angst, Schmerz usw. bleiben erhalten. Oft ist ein intensives Erleben des Augenblicks möglich.

Die Willensbildung ist auf anschauungsgebundene Handlung und Entscheidung im Erlebnisraum und auf unmittelbare Bedürfnisbefriedigung eingegrenzt. Sprachgebundene Entscheidungen sind oft floskelhaft, handlungsbezogene Entscheidungen leichter möglich. Die Stabilität der Entscheidung ist kurz. Die Entscheidungsbasis ist nicht mehr eine Wertematrix, eine Werteorientierung, sondern eher eine dichotomisch aufgeteilte Welt von Ja und Nein, Gut und Schlecht oder Schön und Hässlich.

Alle Dinge, über die entschieden wird, müssen sichtbar oder leicht vorstellbar sein. Sie sollten alten Wahrnehmungsmustern entsprechen und die Handlungsabläufe sollten kurz und übersichtlich sein. Neben der verbalen Ebene muss auch stets die Handlungsebene mit einbezogen werden. Weitergehende Entscheidungen bedürfen der Wohlbestimmung unter Mitwirkung des Betroffenen.

Die dritte Phase ist von schwerstem geistigen Abbau und körperlich starken Einschränkungen, wie Inkontinenz, Schluckstörungen, Sehstörungen gekennzeichnet. Satz- und Wortwiederholungen sind häufig, ebenso Situations- und Personenverknüpfungen. Die Betroffenen sind von

Pflege und Zuwendung abhängig. Die psychischen Verarbeitungsformen können entweder in Richtung Agitiertheit, Halluzinationen und Unruhe gehen oder in Richtung Apathie und Rückzug. Teilweise kommt es auch zu wahnhaften Reaktionen.

Affektgeleitete Ja/Nein-Entscheidungen im Bereich des unmittelbar und intuitiv wahrgenommenen aktuellen Erlebnisraumes sind aber möglich. Zum Beispiel Lüften oder nicht Lüften, das Zimmer heller machen oder dunkler, Musik oder keine Musik. Die Entscheidungsbasis ist Wohlsein, Zufriedenheit, das Abwehren negativer Gefühle. Forschungsergebnisse belegen, dass auch in der dritten Phase der Demenzentwicklung differenziertes emotionales Erleben möglich ist.³

Die Anforderungen an die Praxis bestehen darin, Angst auslösende Entscheidungsfragen, Konfrontationen oder Veränderungen zu vermeiden. Die individuelle Wohlbestimmung hat durch Dritte nach Maßgabe der jeweiligen Zufriedenheit, aber auch der geringsten Abwehr des Betreffenden zu erfolgen. Bei ausreichender Kenntnis der jeweiligen Ausdrucksweise der Betroffenen kann das noch vorhandene differenzierte Gefühlserleben in der Praxis für die Lebensweltgestaltung genutzt werden, bei der die Betroffenen dadurch ihre immer noch mögliche Selbstwirksamkeit erleben können.

Sieht man die Entwicklung in diesen drei Phasen insgesamt vor sich, so kann man folgendes feststellen:

Bezüglich der Denkinhalte geht die Entwicklung von einem abstrakt logischen Denkraum zu einem konkret anschaulichen Erlebnisraum. Wichtig ist nur noch das Unmittelbare. In der Beurteilungsbasis gibt es eine Entwicklung von einer vielschichtigen Werteskala, die auch die Auswirkungen auf das Umfeld mit einbezieht, zu einer bedürfnisorientierten ichbezogenen Präferenzorientierung: Was tut mir gut? Bezüglich der Entscheidungskonstanz lässt sich eine Entwicklung von einer gedächtnisgestützten Stabilität der Entscheidungsrichtung zu einem intuitionsbezogenen Ad-hoc-Handeln feststellen.

Was heißt das in der Praxis?

Viele, die sich in diese Sichtweise hineinendenken und dieses Konzept nach und nach für sich erarbeiten, sagen, dass sie aber doch mehr ersetzend für den Betroffenen handeln müssen, je stärker die Demenz von einem Menschen Besitz ergreift. Dieser Feststellung soll und kann in keiner Weise widersprochen werden: Begleiter von Demenzerkrankten müssen mit fortschreitender Erkrankung von der Unterstützung zur Eigenaktivität immer mehr zur Ersetzung dieser Eigenaktivität übergehen. Dennoch ist die Frage, wie weit die vollständige Ersetzung herausgezögert werden kann und in welchen Bereichen immer noch Teile von Selbstbestimmung möglich sind. Immer ist dabei die Frage, wie sich Begleiter in all den Stufen und Varianten selber zurücknehmen und in Frage

stellen. Dabei gibt es keine allgemeine Grenze zwischen noch möglicher Selbstbestimmung und schon notwendiger Ersetzung. Es geht hierbei immer um individuelle Entwicklungen und um jeweils ganz persönliche Kommunikationsprozesse.

Dabei kann nicht geleugnet werden, dass das hierzu erforderliche genaue Hinsehen, die sensible Einfühlung, das Mehr an Unterstützung und Anleitung, dass der Demenzbetroffene von sich aus tätig ist, mehr Zeit und Aufwand bedeutet, als wenn der Pflegende die Dinge schnell selbst regeln würde. Zur Entlastung der professionell Pflegenden wie der pflegenden Angehörigen kann man aber sagen, dass die Beachtung der Autonomie sicherlich zu einer größeren Lebenszufriedenheit der Betroffenen führt und deshalb auch zu Entlastung durch weniger Verhaltensauffälligkeiten. Hinzu kommt auch in den meisten Fällen ein besserer Kontakt zu dem Betroffenen und damit eine höhere eigene Arbeitszufriedenheit.

Schlussfolgerungen

Menschen mit Demenz haben auf jeder Stufe ihrer Entwicklung Kompetenzen des Verstehens, des Bewertens und der Selbstäußerung ihres Willens, wenn auch auf einem zunehmend eingegrenzten und instabilen Niveau. Sie verfügen über eine zwar abnehmende, aber stets beachtenswerte Selbstbestimmungsfähigkeit und können zum Ausdruck bringen, was für ihre jeweilige Lebensqualität wichtig ist.

Wir können bei genügender Sensibilität und Übung unter der Voraussetzung ausreichender sachlicher und finanzieller Ressourcen ihre zunehmend schwer entschlüsselbaren Willensbekundungen wahrnehmen. Eine verantwortliche Pflege, Medizin und psychosoziale Begleitung beachtet diese Äußerung auf jeder Stufe der Entwicklung genau und macht sie zur Grundlage der individuellen Wohlbestimmung. Pflegende Angehörige wie auch professionelle Pflegende brauchen dafür aber spezielle Unterstützung, Entlastung und finanzielle Kompensation.

¹ Kitwood, Tim: Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, Bern 2008.

² Die Demenzentwicklung wird hier in Übereinstimmung mit einem großen Teil der Fachliteratur in drei chronologischen Phasen vorgenommen, vgl. Lang, C.J.G.: Demenzen: Diagnose und Differentialdiagnose, Weinheim 1994.

³ Kruse, Andreas (Hrsg.): Lebensqualität bei Demenz? Zur Bewältigung einer Grenzsituation menschlichen Lebens, Heidelberg 2010.

Dr. Michael Wunder ist Dipl.-Psychologe und psychologischer Psychotherapeut, Leiter des Beratungszentrums der Evangelischen Stiftung Alsterdorf in Hamburg, Leiter eines Entwicklungshilfe-Projektes der Behindertenhilfe und Psychiatrie in Rumänien und Mitglied des Deutschen Ethikrats.

Überblick zur Stellungnahme des Deutschen Ethikrates* „Demenz und Selbstbestimmung“ vom 24. April 2012

von Romy Petzold, M.Mel.

Die Stellungnahme, an deren fünf erste, rein deskriptive Kapitel (Seiten 7 bis 96) sich ein sechstes mit Empfehlungen (Seiten 97 bis 100) sowie ein Sondervotum (Seiten 101 bis 106) anschließt, lässt eine dezidierte Lenkung der Lesersicht auch auf Potenziale von Demenz Betroffener ohne gleichzeitige Verharmlosung von Defiziten erkennen und stellt u. a. damit neben der wissenschaftlichen Informationsquelle auch eine für nicht Betroffene ausgesprochen interessante Lektüre dar, die die hier vorliegende Zusammenfassung mitnichten ersetzen, vielmehr zur Lektüre des 113 Seiten umfassenden Originaldokumentes anregen möchte:

Kapitel 1 systematisiert zunächst demenzielle Syndrome, die definiert werden als „dauerhafte Einbußen von Gedächtnis- und Denkfähigkeiten, verbunden mit Einschränkungen der Orientierung, Beeinträchtigungen der Aktivitäten des täglichen Lebens und der Emotionalität“ (S. 12) nach deren Häufigkeit. Über 60 % nimmt die Alzheimer-Demenz ein. Sie wird gefolgt von den vaskulären Demenzen mit etwa 15 %. Auf der Häufigkeitsskala schließen sich die frontotemporalen Demenzen mit etwa 5 % und sekundäre, also auf organische, infektiöse, metabolische, toxische oder traumatische Ursachen zurückzuführende Demenzformen mit etwa 1,3 % an.

Im Anschluss wird ausführlich auf die häufigste Demenz, die Alzheimer-Krankheit, mit einer Betrachtung der Entwicklung ihrer Symptome und ihrer Wirkung auf die Betroffenen eingegangen. Nach hierauf folgenden Einblicken in den Forschungsstand der Lebensqualitätsforschung und Selbstzeugnissen von Erkrankten reflektiert **Kapitel 2** die gesellschaftliche Realität in Deutschland und betrachtet dabei zunächst unmittelbar Betroffene, die in Deutschland derzeit auf etwa 1,2 Millionen Menschen geschätzt werden und deren Prävalenz sich in einer Altersgruppe zwischen 60 und 90 Jahren im Intervall von je etwa fünf Jahren nahezu verdoppelt. (Vgl. S. 34) Jedoch auch auf das Leben pflegender Angehöriger und Freunde von Demenzkranken kann die Erkrankung starke Auswirkungen haben. Sie sind indirekt betroffen, müssen sich auf die Perspektive der Demenzkranken einstellen, wobei ihnen – speziell im gewohnten häuslichen Umfeld – die Unterstützung der Selbstbestimmung aufgrund ihrer persönlichen Beziehung und langjährigen Kenntnis der Erkrankten besser als jedem anderen gelingen kann. (Vgl. S. 37) Dennoch spielt professionelle Pflege für viele Menschen mit Demenz eine enorm wichtige Rolle, insbesondere wenn sie „nicht mehr allein von den Angehörigen und oft auch nicht mehr zu Hause

betreut werden“ (S. 40) können. „Die Skala der professionellen Hilfe umfasst ambulante Pflege, teilstationäre Pflege, Betreuung und Förderung, Kurzzeitpflege, Wohnprojekte und vollstationäre Heimaufnahme.“ (S. 40) Darauf, wie – gleich in welcher Pflegesituation – die Selbstbestimmung ermöglicht und geachtet werden kann, geht **Kapitel 3** näher ein, rückt nach einer ausführlichen Diskussion des Begriffs der Selbstbestimmung wieder das Erkennen von in voranschreitenden Veränderungen liegenden Potenzialen in den Vordergrund:

Die wachsende Abhängigkeit Demenzkranker von tätiger Hilfe und mitdenkender Unterstützung berge zwar zahlreiche Probleme und Konflikte. Als umso wichtiger, aber auch lohnenswert wird die „Wahrnehmung individueller Eigenheiten sowie ein sorgendes Mitdenken und helfendes Handeln auch dann, wenn die Gegenseitigkeit im Sprechen und Denken nicht mehr gegeben ist“, die sog. „assistierte Selbstbestimmung“ (S. 50), beschrieben, durch die noch vorhandene Selbstständigkeits- und Selbstbestimmungsanteile aktiviert werden können. Bei aller Potenzialerkennung und -nutzung endet man hier mit einem Eingehen auf Grenzen der Wunscherfüllung der Demenzkranken, die nämlich insbesondere dann zu achten seien, wenn beispielsweise das Wohl der Betroffenen gefährdet seien oder aber durch zu wunschhöriges Verhalten in anderer Weise ein Schaden herbeigeführt werden könnte. (Vgl. S. 60)

Kapitel 4 betrachtet nach den

ethisch ausgerichteten Ausführungen nun die rechtliche Sicherung einer eingeschränkten Selbstbestimmung und orientiert sich dabei am Umgang mit anderen Hilfsbedürftigen in unserer Gesellschaft, wie z. B. Kindern, Kranken oder Menschen mit bestimmten Behinderungen. Bei der Wahrung der Selbstbestimmung ist für all diese und auch für Demenzkranke insbesondere Folgendes enorm wichtig: Jeder, der für andere Entscheidungen zu treffen hat, soll

- auf sie hören, um ihre Wünsche für die anstehende Entscheidung aufzunehmen,
- sich nach besten Kräften darum bemühen, sie zu verstehen und das gegebenenfalls zu lernen,
- die Fähigkeit der Betroffenen zur Selbstbestimmung und zur Äußerung ihres Willens fördern, zum Beispiel durch persönliche Zuwendung und durch Schaffung eines sie ermutigenden Klimas der Begegnung,
- so weit wie möglich das Gespräch mit ihnen suchen und die anstehenden Entscheidungsfragen mit ihnen erörtern,
- sie, wenn irgend möglich, an der Entscheidung beteiligen und bei der Mitwirkung unterstützen,
- ihre Wünsche bei Entscheidungen und Maßnahmen berücksichtigen, soweit nicht gewichtige Gründe (drohende erhebliche Gefahr) dagegen sprechen,
- ihrer Selbstbestimmung bei der Abwägung mit eigenen oder sonstigen widerstreitenden Interessen einen hohen Wert beimessen,

- sie in jeder Beziehung in ihrer jeweiligen Individualität wahrnehmen, statt durch pauschale Betrachtung die Verschiedenartigkeit der Lebenssituationen zu ignorieren,
- ihnen bei der Entwicklung, Äußerung und Verwirklichung ihrer Wünsche helfen. (S. 63/64)

Mit der konkreten Umsetzung alles bisher Beschriebenen und Empfohlenen zur Verbesserung der Situation von Menschen mit Demenz befasst sich schließlich **Kapitel 5**. 2011 wurde vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Anlehnung an regionale Aktionspläne eine Vorstudie für einen nationalen Aktionsplan Demenz beim Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft in Auftrag gegeben, dessen Ziel es ist, Handlungsrahmen für das koordinierte Vorgehen aller Beteiligten zu sein. (Vgl. S. 76) Das bereits in § 2 Abs. 1 SGB XI benannte Ziel einer Selbstbestimmung während der Pflege bedürfe laut der Stellungnahme einer Präzisierung im Sinne Demenzkranker. (Vgl. S. 77) Auch in puncto Pflege solle im Rahmen der anstehenden Neudefinierung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit der spezielle Bedarf von Menschen mit Demenz ausreichend berücksichtigt werden. (Vgl. S. 78) Die Arbeit pflegender Angehöriger von an Demenz Erkrankten solle noch mehr unterstützt und finanziell anerkannt werden. (Vgl. S. 81) Ebenso wird eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Demenz gefordert. (Vgl. S. 84) Auch in die Ausbildung zur Altenpflege und

im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflegefachkräfte sollen selbstbestimmungsfördernde Methoden merklicheren Eingang finden. (Vgl. S. 88) Eine noch stärkere Förderung jedweder – medizinischer wie nicht-medizinischer – Forschung zur Verbesserung des Umgangs mit Demenz wird, da bereits zum jetzigen Zeitpunkt sehr viel versprechende Ansätze verzeichnet werden können, besonders vehement gefordert. (Vgl. S. 89)

Eine Sonderstellung nimmt ein in **Empfehlungen** zusammenfassendes Kapitel ein, in dem nochmals

- der Nationale Aktionsplan Demenz,
- die geforderte Präzisierung des Ziels der Pflege, ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen, hin zu einem expliziten Einschließen von Menschen mit Demenz,
- die ausreichende Berücksichtigung der Selbstbestimmungsmöglichkeiten von Menschen mit Demenz bei der Neufassung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit,
- die Forderung nach wirksamer Unterstützung der Arbeit pflegender Angehöriger,
- Möglichkeiten zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Demenz,
- die Förderung ambulant betreuter Haus- und Wohngemeinschaften,
- die Integration von Modulen zu Demenz als Krankheit in die Ausbildungsgänge der Gesundheits- und Krankenpflege, der Altenpflege und der Pflege- oder Altenpflegeassistenz,

- Forschungsförderung im Bereich der Demenz,
- die konsequente Anwendung der Grundsätze der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen,
- eine Förderung der Nutzung privatrechtlicher Vorsorgevollmachten,
- regelmäßige Überprüfung gesetzlicher Betreuungen dahingehend, ob sie Entscheidungen und Wünsche der Betreuten hinreichend berücksichtigen,
- die Förderung der Bereitschaft Angehöriger zur Übernahme ehrenamtlicher Betreuungen,
- ein mindestens alle zwei Jahre zu erstellender gemeinsamer Bericht der Länder der Bundesrepublik Deutschland über die Anzahl der erfolgten Unterbringungen und freiheitsbeschränkenden Maßnahmen nach § 1906 BGB und den Gesetzen der Länder über Schutz und Hilfen für psychisch kranke Menschen (PsychKGs) sowie der Einwilligungsvorbehalte (§ 1903 BGB),
- eine Einbeziehung von Äußerungen des Lebenswillens entscheidungsunfähiger Patienten bei der Prüfung der aktuellen Anwendbarkeit von Patientenverfügungen,
- der Vorrang lebenserhaltender Maßnahmen in Fällen nicht sicher auszuschließender Entscheidungsfähigkeit (ebenfalls Patientenverfügungen),
- die Forderung nach einer Aufwendung von insgesamt mehr finanziellen Ressourcen im Bereich der Begleitung und Versorgung von De-

menzerkrankten (Vgl. S. 97 ff.) aufgegriffen und hervorgehoben werden.

Auf eine zusammenfassende Kürzung des sich daran anschließenden **Sondervotums** (S. 101 bis 106) wird hier verzichtet, weil dadurch wichtige Informationen Gefahr liefen, verloren zu gehen oder verfälscht dargestellt zu werden. Die Lektüre des Votums wird unbedingt empfohlen.

Die Stellungnahme des Deutschen Ethikrates „Demenz und Selbstbestimmung“ repräsentiert insgesamt sowohl einen griffigen Überblick zu allen gesellschaftlich aktuell zum Thema Demenz zu berücksichtigenden Aspekten als auch vertiefte – teils ausgereifte, teils zur Weiterentwicklung konkreten Institutionen anheim gegebene – Gedanken und Strategien.

* Die Stellungnahme des Deutschen Ethikrat kann als kostenlose Broschüre bei seiner Geschäftsstelle (Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften, Jägerstr. 22/23, D-10117 Berlin, Telefon: +49/30/203 70-242, E-Mail: kontakt@ethikrat.org) bestellt oder im PDF-Format unter <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-demenz-und-selbstbestimmung.pdf> eingesehen werden.

Romy Petzold ist freie Dozentin.

Rahmenbedingungen eines wachsenden Marktes – E-Health im deutschen Gesundheitswesen

von Dr. iur. Markus Thier, RA
und RA Philipp Skarupinski, M.mel.

E-Health ist einer der relativ „jüngeren“ Schlüsselbegriffe im Health-Care-Sektor und steht für eine vielfältige, nachhaltige sowie eine das Gesundheitswesen verändernde innovative Entwicklung. Diese mittlerweile gängige Gegenwart und Zukunft des Gesundheitswesens wirft nicht nur Fragen im medizinischen Bereich, sondern auch in den damit zusammenhängenden rechtlichen und ethischen Disziplinen auf. Dass E-Health im Gesundheitswesen zunehmend an Bedeutung gewinnen wird, ist wohl kaum zu bestreiten. Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) im deutschen Gesundheitssektor gehörte weltweit zu einem der größten Telematikprojekten.¹ Die Vor- und Nachteile dieses Gebietes gilt es demnach näher zu betrachten. Von besonderem Interesse ist dabei, welcher Nutzen oder welche Wertschöpfung durch Innovationen und Technologien aus dem E-Health-Bereich generiert werden kann. Zudem ist zu ermitteln, welche Gefahren für Patientenrechte und die Patientenwürde bestehen können bzw. ob ein positiver oder negativer Einfluss auf die Arzt-Patienten-Beziehung zu erwarten ist, welche ethische Bedenken bestehen und wie der Stand der Forschung ist.

Die Bereitschaft der Ärzte sich den damit verbundenen neuen Herausforderungen zu stellen ist jedenfalls grundsätzlich gegeben.²

Begriff und Anwendungsbereiche

Unter dem Begriff E-Health³ versteht man eine Art Zusammenfassung aller elektronischen Gesundheitsdienste, d. h. die vor allem die Anwendung elektronischer Geräte zur medizinischen Versorgung und anderer Aufgaben im Gesundheitswesen beinhalten. E-Health wird überwiegend als ein Teilbereich des eGovernment angesehen. Der Begriff fokussiert jedenfalls den kostengünstigen und sicheren Einsatz von Techniken im Informations- und Kommunikationsprozess, um die allgemeine Gesundheit zu fördern.⁴ E-Health ist also insbesondere bei der Anwendung von IT-Systemen zur Verarbeitung von Gesundheitsdaten eine Beschreibung für alle Leistungen, Qualitätsverbesserungen und Rationalisierungseffekte, die durch eine Digitalisierung von Datenerfassungs- und Kommunikationsprozessen im Gesundheitswesen erreichbar sind.⁵ Derartige Informations- und Kommunikationstechnologien sind bspw. die elektronische Gesundheitskarte, die

elektronische Patientenakte, das elektronische Rezept, Smart Home Care sowie Home Monitoring.

E-Health beinhaltet eine grenzübergreifende technologische Vernetzung aller Marktteilnehmer im Gesundheitswesen. Das Spektrum des Einsatzgebietes ist vielfältig. Vor allem Versorgungskooperationen zwischen medizinischen Einrichtungen, die telemedizinische Dienstleistungen in Anspruch nehmen, schnellere Nutzung von Patientendaten für Ärzte, elektronische Einholung von Zweitmeinungen bei konflikträchtigen Behandlungen sowie eine flexible Versorgung von Patienten in ihrer häuslichen Umgebung mit Gesundheitsleistungen (Home Care) wären hier zu nennen. Das Telemonitoring, also die Fernuntersuchung, -diagnose und -überwachung eines Patienten, wird bei chronischen Erkrankungen immer häufiger angewendet. Eine Verbesserung der medizinischen Versorgung besteht auch hier dank der Überwindung von Ort und Zeit.

Der E-Health-Bereich der Telemedizin umfasst zudem so genannte M-Health Anwendungen, welche IT gestützte Infrastrukturen oder Techniken verwenden. Gesundheitsbezogene Produkte und Dienste werden somit auf mobilen, digitalen Endgeräten angeboten. Mitunter kommen bereits jetzt Tablet-PC-Geräte und Cloud-Technologien im medizinischen Alltag zum Einsatz. So können mobile Visiten mit einer Applikation (App) für Tablet-PC, iPhone und Smartphones praktiziert werden, was dem medizi-

nischen Personal die Dokumentation der Diagnostik und Therapie wesentlich erleichtern soll. Eine bspw. für Patientinnen und Patienten herausgegebene App der Kassenärztlichen Bundesvereinigung lässt Informationen zu mehr als 150.000 ambulant tätigen Ärzten und Psychotherapeuten in ganz Deutschland finden.⁶ Die rasante Entwicklung von Health-Apps ist vor allem auf das große Anwendungspotenzial der mobilen Apps zurückzuführen.⁷

Die Einsatzgebiete von E-Health Technologien lassen deren Fortschritt demnach deutlich verspüren. Sie ermöglichen den Leistungserbringern des Gesundheitswesens den elektronischen Zugriff auf behandlungsrelevante Informationen eines Patienten unabhängig von geografischer Distanz. Dabei geht es primär um die Erhebung von Daten zu bspw. verordneten Arzneimitteln, Befunden, Berichten oder um Basisinformationen wie Allergien, Impfungen, chronische Krankheiten oder Unfallfolgen.

Europäische Strategien

Dass eine grenzübergreifende Vernetzung sich schon seit längerem entwickelt, zeigen deutlich zahlreiche Gemeinschaftsprojekte der EU. Die EU-Kommission hat bereits im Jahre 2004 mit einem Aktionsplan für einen europäischen Raum der elektronischen Gesundheitsdienste begonnen und eine eigentliche E-Health Roadmap geschaffen. Die Weiterentwicklung des europäischen E-

Health-Raums soll entsprechend dem Gesundheitsaktionsprogramm des Europäischen Rates und Europäischen Parlaments⁸ durch gemeinsame europäische Initiativen gefördert werden, welche die Aufstellung von Qualitätskriterien für gesundheitsbezogene Internetseiten und eine Einführung der europäischen Krankenversicherungskarte sowie Telemedizin mit einbeziehen. Förderprogramme, Aktivitäten zu rechtlichen Fragen und u. a. Etablierungsmassnahmen eines praktischen E-Health-Rahmens und einer entsprechenden IT-Infrastruktur finden sich in verschiedenen europäischen Großprojekten wie der E-Health Governance Initiative,⁹ dem Projekt eSOS¹⁰ oder eine der sieben Leitinitiativen „Digitale Agenda für Europa“ aus der „Strategie Europa 2020“.¹¹ Letztere beinhaltet ein Forschungsrahmenprogramm der Europäischen Kommission, welches u. a. Maßnahmen zur Förderung von Forschung, Innovation und Wettbewerbsfähigkeit in Europa umfasst. Schwerpunktmäßig soll auch die Entwicklung von IKT (insbesondere E-Health) gefördert werden. Das Forschungsrahmenprogramm muss nun vom Rat und vom Europäischen Parlament gebilligt werden.

Die Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung sieht ferner insbesondere für elektronische Gesundheitsdienste vor, nationale Behörden zu errichten und so Behandlungen im Ausland zu unterstützen sowie den Zugang zu behandlungsrelevanten Informationen

zu erleichtern.¹² Das bedeutet gleichzeitig, dass existierende medizinische Informationen im Ausland für die Behandlung genutzt werden können. Die Richtlinie muss noch teilweise bis zum 25. Oktober 2013 in deutsches Recht umgesetzt werden.

Nationale Rechtsregularien

Mit der Ausweitung des E-Health-Sektors im Gesundheitswesen werden zunehmend rechtliche Abklärungen relevant. In Deutschland ist bis dato weder auf Bundes- noch auf Landesebene ein spezielles E-Health-Gesetz erlassen worden. Dabei stellt sich die zentrale Frage, ob ein solches Spezialgesetz angesichts der bereits vorhandenen Regelwerke überhaupt notwendig ist. Betreffende Regelungen sind schon in zahlreichen Rechtsvorschriften vorhanden.

Gesetzliche Grundlagen u. a. der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte findet sich in § 291a SGB V oder der elektronischen Signatur und damit auch für den elektronischen Arztausweis und dem elektronischen Rezept in der Verordnung zur elektronischen Signatur. Datenschutzrechtliche Belange des Patienten stehen besonders im Vordergrund der schützenswerten Interessen. Grundsätzlich dürfen alle medizinischen Daten nur mit ausdrücklicher Einwilligung des Patienten gespeichert werden. Das Recht auf informationelle Selbstbestimmung des Patienten ist zwar durch die ärztliche Schweigepflicht nach § 203 Abs. 1 StGB i. V. m.

§ 9 der ärztlichen Berufsordnung (MBO-Ärzte) schon teilweise umfassend abgesichert. Jedoch haben Krankenversicherer im Zusammenhang mit den elektronischen Patientendaten gleichermaßen ein starkes Interesse am Zugriff auf die Gesundheitskarte wie Ärzte. Bei der Ausgestaltung der Regelungen des § 291a SGB V SGB V wurden die wesentlichen datenschutzrechtlichen Anforderungen durch Einführung von Pflicht- und freiwilligen Anwendungen berücksichtigt. Ferner gelten die Regelungen des Bundesdatenschutzgesetzes zu mobilen personenbezogenen Speicher- und Verarbeitungsmedien (§ 6c BDSG). Eine missbräuchliche Nutzung der Gesundheitskarte ist mit einem strafbewehrten Verbot belegt (§ 307a SGB V). Darüber hinaus sieht die Strafprozessordnung ein Beschlagnahmeverbot für die Daten vor, die auf der Gesundheitskarte gespeichert sind. In arzt haftungsrechtlicher Hinsicht gelten die üblichen Haftungsregeln für Behandelnde und Hilfspersonen, d. h. vertragliche und außervertragliche Haftung nach den Regeln des BGB, strafrechtliche Haftung (z. B. §§ 223 ff. StGB) sowie aus spezialgesetzlichen Vorschriften. Sie bedürfen insoweit noch keiner Ergänzung. Die Verpflichtung zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung zur Abdeckung haftungsrelevanter Schädigungen ist bereits in § 21 MBO-Ärzte vorgesehen.

Ein vielfach gefordertes spezielles Patientenrechtegesetz ist gleichfalls nicht nur im Hinblick auf Umsetzung der Richtlinie 2011/24/EU erwägens-

wert, sondern für mehr Transparenz und Stärkung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patienten fast unabdingbar. Der am 23. Mai 2012 beschlossene Gesetzentwurf der Bundesregierung zum Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten wird demnach auch den E-Health-Bereich nicht unerheblich tangieren.

Ethische und ökonomische Betrachtungen

Neben den bereits dargestellten Vorteilen ist E-Health aber auch kritisch zu hinterfragen. Durch die innovativen medizinischen Einsatzmöglichkeiten wird auf der einen Seite zwar der Patient umfassender und damit effektiver durch den technischen Fortschritt überwacht, auf der anderen Seite droht dem Patienten aber eine noch stärkere Entpersonalisierung, da Geräte immer mehr in das Ärzte-Patienten-Verhältnis eindringen. Ein weiteres großes Problem ist, dass einerseits zwar eine sinnvolle Patientenüberwachung bereitgestellt werden kann, die zu einer effektiveren Therapie beitragen kann, aber andererseits die Gefahr der Entstehung einer Vorratsdatenspeicherung sämtlicher Patientendaten größer wird. Die Daten des Patienten sind insofern schutzbedürftig, als sichergestellt werden muss, dass Patientendaten nicht unkontrolliert weitergereicht werden können.¹³ Darüber hinaus geht auch immer mehr die Therapiefreiheit des Arztes zugunsten eines immer dichter vernetzten

Expertensystems verloren. Auf den Punkt gebracht, droht dem Patienten durch die Telemedizin eine Verobjektivierung, da die Patientengesundheit beinahe anonym unter dem Regime neuer medizinischer Technologien nur noch verwaltet wird. Verstärkt wird diese Tendenz durch Sparzwänge im Gesundheitssektor, die den Einsatz von E-Health attraktiv machen. EGGER stellt eine Schreckensvision vor, die er unter dem Stichwort „Entprivatisierung von Gesundheit und der Verwaltung der Gesundheit“ erblickt. Darin wird die Krankheit der Intimsphäre des Individuums und der Familie entrisen und der Verantwortung kommerzieller Bürokratien überantwortet, die ausschließlich kommerzielle Zwecke verfolgen.¹⁴ Insofern muss der Gesetzgeber bei einer wünschenswerten Reglementierung des E-Health Sektors sicherstellen, dass die Interessen des Patienten nicht in diese Richtung verletzt werden. Daher dürfen bei der Etablierung der Telemedizin nicht die Grundsätze der Privatautonomie und des Würdeschutzes zugunsten einer anonymen Gerätemedizin, die allein ökonomischen Sachzwängen unterworfen ist, angetastet werden.

Ferner existieren nicht unerhebliche Finanzierungs- und Vergütungsprobleme, da vor allem Abrechnungsmöglichkeiten von telemedizinischen Leistungen weder im DRG-System, GOÄ noch im EBM vorzufinden sind. Eine optimierte Versorgung durch innovative Gesundheitstechnologien erfordert aber auch ein ausgewogenes und gerechtes Vergütungsmodell.

Ausblick

Dass der E-Health-Sektor zur Verbesserung der Patientensicherheit und -behandlungsoptimierung beitragen und somit den allgemeinen Gesundheitsschutz fördern kann, ist wohl unstrittig. Wie bei den meisten neuartigen Dienstleistungen in verschiedenen Wirtschaftszweigen wird für eine positive Entwicklung und Anerkennung der Innovation jedoch das Vertrauen aller Akteure in den Umsetzungsprozess ausschlaggebend für einen gesellschaftlichen Gewinn sein. Gelingt dies, so steht einer nachhaltigen Weiterentwicklung des Gesundheitsversorgungssystems durch E-Health nichts im Wege.

¹ Writz; Ullrich; Mory: E-Health – Akzeptanz der elektronischen Gesundheitskarte, 2011, S. 1 m.w.N.

² Vgl. eHealth-Report 2010: Der Einsatz von Telematik und Telemedizin im Gesundheitswesen aus Sicht der Ärzteschaft, abrufbar unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.134.3421.8696>, 3.08.2012.

³ Eine gesetzliche Legaldefinition sowie allgemein anerkannte Definition in der deutschsprachigen Literatur gibt es noch nicht. Writz et al. [Fn. 1], S. 20.

⁴ So eine Begriffsbeschreibung der 58. World Health Assembly der Weltgesundheitsorganisation (WHO), abrufbar unter: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_28-en.pdf.

⁵ Pitschas: Regulierung des Gesundheitssektors durch Telematikinfrastruktur – die elektronische Gesundheitskarte; NZS 2009, 177

⁶ <http://www.kbv.de/BundesArztsucheApp.html>, 20.08.2012.

⁷ Momentan sind ca. 15.000 Apps für das Gesundheitswesen erhältlich; vgl. zur rasanten Entwicklung auch: Krüger-Brand, Heike E.:

Gesundheits-Apps: Rasante Entwicklung, Dtsch Arztebl 2012; 109(31-32): A-1543 / B-1328 / C-1308.

⁸ Vgl. Erwägungsgrund Nr. 21; Beschluss Nr. 1350/2007/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. Oktober 2007 über ein zweites Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit (2008-2013).

⁹ http://ec.europa.eu/information_society/activities/health/policy/E-Health_governance_initiative/index_en.htm.

¹⁰ <http://www.epsos.eu/>; Schwerpunkte sind das elektronische Rezept und die Patientenkurzakte; Deutschland wird sich erst 2013 an der Patientenkurzakte beteiligen, da bis dahin noch datenschutzrechtlichen Bedenken bestanden; vgl. auch Krüger-Brand, Heike E., E-Health: Weg von der Karte, hin zu den Anwendungen, PP 11, Ausgabe Juli 2012, S. 305, abrufbar unter: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/127542>, 20.08.2012.

¹¹ Mitteilung der Kommission vom 3. März 2010: „Europa 2020 Eine Strategie für intelligentes, nachhaltiges und integratives Wachstum“, abrufbar unter: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52010>

MEDIZINETHIK IM KULTURELLEN KONTEXT

Zwischen gestern und heute – Die Sterbehilfe-Debatte in der VR China

von Tania Becker

Wie auch in anderen Ländern erscheint heute in China das Problem des ‚guten Sterbens‘, *anlesi*,¹ die Euthanasie, gerade durch seine weithin ungeordnete und willkürliche Durchführung in der realen klinischen Praxis regelungsbedürftig.

Noch bevor sich die eigentliche

DC2020:DE:NOT.

¹² <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:DE:PDF>, 10.08.2012.

¹³ Koch, Christoph; Kray, Ralph: Telemedizin, in: Christoph Koch (Hrsg.): Achtung: Patient online!, Wiesbaden 2010, S. 145-161, hier S. 149.

¹⁴ Egger, Jan: EHealth – der unsichtbare Dritte in der Familie, in: Ohlbrecht, Heike; Schönberger, Christine (Hrsg.): Gesundheit als Familienaufgabe, Weheim/München 2010, S. 158-175, hier S. 172.

Dr. Markus Thier und Phillip Skarupinski arbeiten am Lehrstuhl für Strafrecht, Strafprozessrecht und Medizinrecht der Universität Zürich.

Diskussion zum Thema in der Öffentlichkeit entfaltete, fand das erste nationale Symposium 1981 in Shanghai über Sterbehilfe statt. Schon damals kristallisierten sich zwei Ansichten heraus, die bis zum heutigen Tag die Meinungsdivergenzen im Wesentlichen prägen: 1. Da das Gros der Bevöl-

kerung die Euthanasie befürwortet, sollte man die öffentliche Meinung respektieren und sie mithilfe entsprechender Gesetze in eine rechtliche Form bringen. 2. Weil sich die öffentliche Meinung beim Thema Sterbehilfe eben nicht einheitlich artikuliert und weil sich unter den Bedingungen eines voreilig beschlossenen Gesetzes die Gefahr des Missbrauchs erhöht, sollte man im Vorfeld sorgfältig die Folgen überdenken und darauf hin arbeiten, dass die divergierenden Auffassungen zu einem Konsens gelangen. Man sah schon damals im Ausbau eines gut funktionierenden und flächendeckenden Hospizwesens einen Ausweg aus dem Dilemma *pro* oder *contra* Euthanasie.²

Die eigentliche breitgefächerte öffentliche Debatte um dieses Thema in China fing mit dem ersten bekannten *anlesi*-Fall im Jahr 1986 an. Eine Patientin des Hanzhong Krankenhauses für Infektionskrankheiten, *Hanzhongshi chuanranbing yiyuan*, Frau Xia Suwen, 59 Jahre alt, aus Hanzhong, Shaanxi, befand sich schon längere Zeit im Koma und litt an irreparabler Leberzirrhose. Ihr Sohn Wang Mingcheng zusammen mit der jüngeren Tochter der Patientin baten den zuständigen Arzt Pu Liansheng, alle Wiederbelebungsmaßnahmen einzustellen und eine aktive Euthanasie durchzuführen, ohne ihre ältere Schwester darüber zu konsultieren. Am 28. Juni 1986 verabreichte der Arzt seiner Patientin schließlich Hundert Milliliter Schlafmittel und notierte, dass er dies auf ausdrücklichen Wunsch des Sohnes

tat, was er auch unterschrieb. Da die ältere Schwester zuvor nicht darüber unterrichtet worden war, klagte sie den Arzt wegen Mordes an ihrer Mutter an. Im gleichen Jahr, 1986, im September wurde der Arzt zusammen mit dem Sohn der Verstorbenen vor Hanzhong Gerichtshof gestellt und wegen vorsätzlichen Mordes verurteilt. Erst 1992 wurde nach wiederholten Revisionsprozessen ihre Tat als geringfügig kriminell eingestuft, sie wurden rehabilitiert, und kamen auf freien Fuß.³ Durch eine bittere Ironie des Schicksals wurde dem Sohn Wang Mingcheng siebzehn Jahre später die Sterbehilfe verweigert, als er selbst an Krebs im Endstadium litt.⁴

Nach seiner Freilassung äußerte sich Dr. Pu zu dem Fall Xia Suwen und bezweifelte dabei, daß dies der erste Fall von Sterbehilfe in China überhaupt sei. Er kenne viele Ärzte, die, um die starke Schmerzen der Patienten zu lindern und selbstverständlich mit der Einwilligung aller Familienmitglieder, Euthanasie durchführten, sagte er in einem Interview.⁵ Qiu Renzong⁶ (geb. 1932), einer der führenden chinesischen Bioethiker, spricht im gleichen Zusammenhang von Sterbehilfe als einem offenen Geheimnis in den Mediziner-Kreisen des heutigen China. Er glaubt, dass sich nach diesem Fall die Arzt-Patient-Beziehung wesentlich verschlechtert hat. Die Verantwortung des Arztes in der bisherigen medizinischen Ethik, die darauf abzielt, Krankheiten zu heilen und das Leben der Patienten zu achten, würde jetzt durch die Praktizierung von Sterbehilfe eben

mithilfe eines Mediziners eine völlige Umkehrung erfahren. Unter Berücksichtigung dieser Sichtweise wäre es schwierig, Sterbehilfe zu legalisieren.⁷

Dieser Fall und auch die an der Grenze der Legalität angesiedelte Praxis der Sterbehilfe erregten ein großes Interesse für das Thema, in der Öffentlichkeit und in wissenschaftlichen Kreisen gleichermaßen. Ab diesem Zeitpunkt setzte man sich gezielter mit den Fragen der Sterbehilfe auseinander. Neue Möglichkeiten in der Medizintechnik, die unterschiedliche Lebensverlängerungsmaßnahmen ermöglichten, und die Chancen, die eine umfassende Palliation eröffnete, entfachten die Diskussionen über Inhalt, Ziel und Form aller erdenklichen Behandlungen am Lebensende. Zahlreiche medizinethische und philosophische Zeitschriften fingen an, Artikel über die Problematik und Anwendung der Euthanasie zu veröffentlichen.⁸

Laut vielen Umfragen ist die chinesische Bevölkerung insgesamt eher positiv der Sterbehilfe gegenüber eingestellt. Schon bald nach dem ersten bekannten Euthanasiefall in China im Jahr 1986 führte auch Qiu Renzong eine Untersuchung in Peking und Wuhan durch. Die Ergebnisse zeigten, dass schon damals 61,59 % der Befragten für die Durchführung der Euthanasie waren. Auch die Ergebnisse aus Hebei (61,59 % aus dem Jahr 1987) und Shanghai (54,4 % – 63,6 % aus dem Jahr 1988) bestätigten die ersten Resultate. Eine ebenfalls 1988 durchgeführte Untersuchung an fünfhundert Befragten in Peking zeigte

auch deutliche Steigerung auf 79,8 % der Euthanasiebefürworter.⁹

Die Untersuchungen der 1980er Jahre in einem Shanghaier Krankenhaus zeigten weiterhin, dass bei den 563 Todesfällen in einem Zeitraum von drei Jahren 28 % der betroffenen Patienten vor ihrem Tod ein Verlangen nach Ausbleiben von Lebensverlängerungsmaßnahmen äußerten. Laut einer weiteren im gleichen Zeitraum durchgeführten Umfrage sprachen sich 79,8 % von 122 befragten achtzigjährigen Männern und Frauen dafür aus, dass Familienmitglieder den Wunsch nach Sterbehilfe respektieren sollten, natürlich nur dann, wenn der Patient im Alter von einem Leiden oder einer unheilbaren Krankheit betroffen sei. 67,8 % der Befragten schlugen vor, dass Familienmitglieder selber die Sterbehilfe leisten sollten, wenn die Krankheit soweit fortgeschritten ist, dass das Funktionieren der lebenswichtigen Organe ausbleibt. In der gleichen Umfrage forderten 94,5 % der Alten die Regierung auf, durch einschlägige Gesetze und Vorschriften das Sterbehilfegesetz zu reglementieren.¹⁰

Auch die neuesten Untersuchungen zeigen unveränderte Resultate: Nach einer Umfrage sprachen sich 73 % von 200 befragten älteren Menschen in Shanghai für eine Sterbehilfe aus. In Beijing meinten über 85 % der Befragten, Sterbehilfe entspräche durchaus den Grundsätzen der Humanität. Über 80 % glauben, Sterbehilfe sollte bereits jetzt in China legalisiert werden. Nur 5 % der Befragten vertraten eine

gegenteilige Meinung und waren für ein absolutes Verbot von Sterbehilfe.¹¹ Als die Zeitschrift *Jiankangbao* aus Peking jüngst eine Befragung ebenfalls zum Thema Euthanasie durchführte, waren ganze 91 % der Leserschaft für eine Anwendung von *anlesi*, wobei 85 % von ihnen dafür plädierten, dass die Euthanasie legalisiert werden sollte.¹²

Die vorherrschenden Meinungen außerhalb der Hauptstadt zeigen ebenfalls ähnliche Tendenzen: Als die Medizinische Schule für Arbeiter und Angestellte der Stadt Baoding, Provinz Hebei, eine Befragung von 4001 Arbeitern, Bauern, Kadern und Mitarbeitern durchführte, kam man zum Ergebnis, dass sich 61,59 % der Interviewten für eine Durchführung von *anlesi* aussprachen. Am 14. Mai 2006 übertrug der Fernsehsender der Provinz Shandong eine Diskussion mit dem Titel: „Sollte man bei unheilbar kranken Babies Sterbehilfe leisten?“ In der anschließenden Diskussion stimmten die Zuschauer per Handyschaltung ab: 8000 Zuschauer stimmten dagegen, während sich 20.000 dafür aussprachen.¹³

Es ist auffallend, dass sich die Aussagen der interviewten Personen zur Euthanasie schlagartig ändern, wenn sie selber direkt betroffen werden sollten: Laut einer anderen in der jüngeren Zeit durchgeführten Umfrage an 200 Sterbenden wünschen sich 65 % eine erfolgreiche Behandlung, die zur gänzlichen Genesung führen könnte, 40 % weitere Lebensverlängerungsmaßnahmen und nur 5 % der Befragten will sofort dem eigenen Leben ein

Ende bereitet wissen – die absolute Mehrheit der Sterbenden äußert sich also in der kritischen Zeit für eine Lebensverlängerung.¹⁴

Unerträgliche Schmerzen am Lebensende erdulden zu müssen und keine Aussicht auf eine ausreichende palliative Versorgung zu haben, ist nur einer der Gründe für die wachsende Popularität der Euthanasie in China. Auch die während einer schweren Krankheit fortwährend steigenden Kosten für medizinische Behandlung stellen besonders für die verarmte Landbevölkerung ein ökonomisch schwer kalkulierbares Risiko und einen weiteren Grund für die weitverbreitete Akzeptanz von Sterbehilfe dar. Jedoch bringt dieser Zuspruch nicht nur eine von den Patienten erwünschte verkürzte medizinische Behandlungsphase, sondern auch einen Tabubruch mit sich – die Verletzung der kindlichen Pietät den Eltern gegenüber. Die traditionellen Einstellungen zum vorzeitig selbst zugefügten Tod sprechen sich unzweideutig dagegen aus, dass man ein Verfügungsrecht über den eigenen, von den Eltern zugeteilten und ihnen gleichsam gehörenden Körper besitzt.¹⁵ So wird klar, dass, wenn man hinter die in den Statistiken abgebildeten Kulissen persönlicher Wunschvorstellungen blickt, oft nur in dem Fall für die Durchführung von Euthanasie plädiert wird, wenn sie kein eigenes Familienmitglied betrifft und gewissermaßen im freien Raum der Eventualitäten schwebt.

Dennoch überwiegen bei dem Wunsch um ein unkompliziertes Ab-

leben in vielen Fällen ökonomische Gesichtspunkte. Die Mehrheit der Menschen im heutigen China ist noch immer ohne Krankenversicherung, was im Klartext bedeutet, dass sie im Falle einer unheilbaren Krankheit ein doppeltes Leiden ertragen müssten, nämlich ein körperliches und ein finanzielles gleichermaßen. Das letztere würde im Extremfall ihre ganze Familie an den Rand des wirtschaftlichen Ruins führen. Oft versucht man als Elternteil die eigenen Kinder zu schützen und man wählt, um ihnen nicht zur Last zu fallen, den Freitod – auch in der Hoffnung, dass sie durch solch eine drastische Entscheidung der Eltern von der kindlichen Pietät entbunden werden.

In einem Dokument des Nationalen Ethikrates erörtert Qiu Renzong die gängige klinische Praxis bezüglich der Euthanasie in China.¹⁶ Ein unheilbar kranker Patient kann eventuell Hilfe von einem befreundeten Arzt erwarten, aber nur wenn der Arzt zustimmen sollte, den Kranken von seinem Leid und seinen Schmerzen zu erlösen. Wenn es keinen gibt, der den Arzt verklagt, bleibt dieser Akt unbemerkt; im umgekehrten Fall würde der Arzt zu einer Strafe von drei Jahren Freiheitsentzug verurteilt werden. Es ist durchaus erwähnenswert, dass, obwohl Mord in China normalerweise sehr hart mit Tod oder lebenslangem Gefängnis bestraft wird, das Gesetz im Falle einer Euthanasie deutlich mildere Sanktionen fordert. Man befindet sich hier offensichtlich in einer moralisch-gesetzlichen Grauzone, die

sich zwischen einem gewissen Mitleid und Verständnis für die Betroffenen, der Anerkennung ökonomischer Zwänge und der Notwendigkeit von Strafmaßnahmen öffnet. Sterbehilfe wird grundsätzlich anders bestraft als Mord, und die rechtliche Eingrenzung des Tatbestandes ist wegen des Mangels an einer konzisen Rechtsprechung problematisch.

Gegenwärtig wenden schon viele Mediziner im Raum Shanghai und anderen Großstädten die Euthanasie auf eigene Faust an, was nicht selten im Verborgenen bleibt. Die Voraussetzungen dafür sind allerdings klar definiert: Der Sterbende muss selber um eine aktive Sterbehilfe bitten und dies testamentarisch veranlasst haben, die Angehörigen müssen dem Wunsch zustimmen, und es muss einen geeigneten Zeitpunkt geben, in dem der Arzt die Sterbehilfe diskret leisten kann.¹⁷

Besonders die *anlesi*-Fälle, die sich innerhalb der eigenen vier Wände ereignen, werden des Öfteren bekannt. Wenn den Kranken nur ein oft schmerzhafter Todesweg bleibt, wie zum Beispiel die Einnahme von Pestiziden oder der Erstickungstod mithilfe eines Kopfkissens, weil sich das Krankenhaus weigert, eine Euthanasie zuzulassen, werden solche Fälle schnell aufgedeckt, das verantwortliche Familienmitglied vor Gericht gestellt und gewöhnlich zu einer Haftstrafe von drei Jahren verurteilt.¹⁸ Der erste bekanntgewordene Fall ereignete sich im September des Jahres 1994 in Ningling, Henan, bei der Patientin Wu Xiuyin, die an Leberkrebs im Endstadi-

um litt. Eines Nachts wurde sie so sehr von Schmerzen gepeinigt, dass sie immer wieder das Personal um Erlösung bat. Als die Ärzte und Pfleger dies ablehnten, gab ihr ihr Mann ein Pflanzenschutzmittel zu trinken, wonach sie schließlich verstarb. Das Gericht deutete die Sterbehilfe als Mord unter mildernden Umständen und verurteilte den Ehemann zu drei Jahren Gefängnis.¹⁹ Auch Selbstmorde, die sich nach der Verweigerung einer Sterbehilfe ereignen, wie z. B. der Sprung aus einem Fenster oder eine Selbst-Strangulation, stellen keine Seltenheit dar.²⁰

Um die Politik auf das ungelöste Problem der Sterbehilfe aufmerksam zu machen, wurde im April 1994 von Professor Chen Fan²¹ und anderen Befürworter der Euthanasie aus medizinischen Kreisen die Chinesische Vereinigung für Hospizpflege und freiwillige Euthanasie, *Zhongguo linzhong guanhuai yu ziyuan anlesi xiehui*, gegründet, die sich unter anderem für die Legalisierung der Sterbehilfe einsetzte. Die Mitglieder waren nicht nur bereit, die Euthanasie an eigenen Patienten durchzuführen, sondern sie auch an sich selbst vollziehen zu lassen, wenn die Zeit dafür gekommen sein würde. Sie formten in ihrer Satzung einen Regelungsentwurf und sandten ihn an die Regierung, mit der Aufforderung zu einer offiziellen, rechtlich verbindlichen Formulierung des Sterbehilfegesetzes. Schon im gleichen Jahr wurde auf dem Volkskongress vorgeschlagen, sich dieses Themas anzunehmen und die Legalisierung von *anlesi* voranzubringen.²² Im vierten Plenum des

Achten Volkskongress im März 1996 forderten erneut sechzig Repräsentanten aus Peking und Shanghai, die Euthanasie gesetzlich festzulegen. Von da an wurde die Forderung nach einer gesetzlichen Regelung der Sterbehilfe fast auf jedem Volkskongress zum Thema.²³ Unmittelbar danach wurde in Shanghai das erste nationale *anlesi*-Symposium abgehalten, wo sich Ethiker, Mediziner, Juristen und viele andere Experten mit der Frage der Euthanasie in China auseinandersetzten. Im Dezember des gleichen Jahres organisierten die Chinesische Akademie der Sozialwissenschaften, *Zhongguo Shehui Kexueyuan*, die Pekinger Forschungsvereinigung für Medizinethik, *Beijing Yixue Zhexue Yanjiuhui*, und die Chinesische Gesellschaft für Philosophie von Natur, Wissenschaft und Technik, *Zhongguo Ziran Bianzhengfa Yanjiuhui*, einen Kongress in Peking. Dabei wurden über dreißig Experten zu Vorträgen und Diskussionen über *anlesi*-Fragen eingeladen.²⁴

Auch die Befürworter von *hospice-care*, wie Cui Yitai, Mitbegründer des Hospizentrums in Tianjin, und Hu Yamei, Leiterin einer Kinderklinik in Peking, setzten sich in den 90er Jahren öffentlich für die Legalisierung von aktiver Sterbehilfe in China ein. Beide Ärzte betonten, dass sie, wenn nötig, auch selber Euthanasie an den Sterbenden durchführen würden. Ihre Argumente finden sie, wie schon so oft, in einer unzureichenden Palliation sowie in den hohen Behandlungskosten, die einen unheilbar Kranken belasten. Zusätzlich würde durch die mangeln-

de Lebensqualität eines sterbenden Verwandten die ganze Familie negativ belastet, weil zu Trauer, Sorge und der Auseinandersetzung mit der eigenen Sterblichkeit noch erhebliche finanzielle Ausgaben auf sie zukämen, die nicht selten die angegriffene Stabilität der Familien zerstörten. Cui und Hu meinen zudem, dass sich der finanzielle Aufwand finaler medizinischer Betreuung in vielen Fällen nicht lohne und dass im Falle einer kostenlosen medizinischen Betreuung für Sterbende bis hin zur Sterbehilfe den Armen oder Behinderten in der Gesellschaft effektiver geholfen werde.²⁵

Nachdem 2001 das Sterbehilfegesetz in den Niederlanden und ein Jahr danach auch in Belgien verabschiedet wurde, und somit in den beiden Ländern die sogenannte Tötung auf Verlangen beziehungsweise die aktive Sterbehilfe von da ab erlaubt waren, wurde die chinesische Politik erneut, diesmal direkt aus den Reihen der Bevölkerung, mit der Forderung nach Legalisierung der Euthanasie konfrontiert. Neun an Urämie²⁶ leidende Patienten aus Xian verfassten gemeinsam einen Brief an die Medien, in dem sie öffentlich um Sterbehilfe baten. Kurze Zeit danach wurden sie in eine Fernsehsendung eingeladen, wo sie über ihre Probleme reden konnten, was im großen Stil ein Interesse für dieses Thema weckte.²⁷ Allerdings bezog sich der Antrag der Kranken stärker auf die Unerträglichkeit der Behandlungskosten, die jährliche Summen von fünfzig bis siebzig Tausend Yuan erreichen konnten, als auf die Unerträglichkeit

der Schmerzen. Für diese neun stark verschuldeten Patienten, die auch ihre Familien im Verlauf ihrer Krankheit in finanzielle Schwierigkeiten brachten und die als pars pro toto die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit auf dieses Problem lenken wollten, stellte der eigene Tod den einzigen Ausweg aus ihrer desolaten sozialen Lage dar. Als Reaktion der Verwaltung auf diesen Brief wurden die Arzthonorare und die Kosten für ihre Behandlung wesentlich reduziert, wonach sie schon innerhalb einer kurzen Zeit von ihrem Wunsch nach Euthanasie Abstand nahmen.²⁸

In ihrem Buch *Die Würde des Sterbens* definiert Zhai Xiaomei, eine Expertin im Bereich des Lebensendes in China, die Bedingungen für eine zulässige Durchführung von Sterbehilfe wie folgt: Die Patienten müssen sich im Endstadium einer Krankheit befinden und an unzumutbaren Schmerzen leiden. Darüber hinaus muss vom Kranken wiederholt der Wunsch nach Sterbehilfe geäußert worden sein. Diese muss von einem Arzt auf schmerzfreie oder möglichst schmerzfreie Weise durchgeführt werden.²⁹ Beim Sterben zu helfen bedeutet also zunächst für einen Arzt, die individuelle Entscheidung eines Kranken zu akzeptieren, sein Leben mit einem selbst gewählten Sterben beenden zu wollen, weil dem Kranken ein Weiterleben schwerer Krankheiten und großer Schmerzen wegen nicht mehr zumutbar ist. Die Durchführung einer Euthanasie erschöpft sich aber nicht allein in der Korrelation zwischen einem Patienten und seinem Arzt. Vielmehr handelt es

sich hierbei um die Reaktion auf ein allumfassendes gesellschaftliches Problem, das viele Bereiche des sozialen Lebens, wie Medizin- und Bioethik, Philosophie, Religiosität und Gesetzgebung, in sich vereint und nicht zuletzt eine schmerzhaft Kluft zwischen der Theorie und Praxis gesellschaftlichen Lebens aufzeigt. Denn das, was zuerst in der Theorie als klar durchführbar erscheint, erweist sich sehr oft in der praktischen Durchführung als überaus schwierig.

Einen Ausweg aus dem Dilemma, das durch das Ausbleiben einer gesetzlich verbindlichen Euthanasie-Definition entsteht, könnte eine breite, ganzheitliche und gezielt angewandte *hospice-care* bieten. Eine gelingende Betreuung der Sterbenden, die die Qualität des Umgangs mit den Patienten, die Wahrheit am Sterbebett, eine palliative Versorgung nach bestem Standard, eine transparente Organisationsstruktur des Hospizhauses, eine ehrliche und überzeugende Öffentlichkeitsarbeit und eine dadurch erreichte Akzeptanz in der Gesellschaft einschließt, wäre durchaus eine konstruktive Alternative zur jetzigen Euthanasie-Praxis, die in einem Grenzbereich zwischen Moralität und Legalität umherirrt.

Nicht nur der objektive Zustand des Patienten, sondern auch seine Wünsche und Vorstellungen sind im Laufe der Krankheit oder des Sterbeprozesses einer steten Veränderung unterworfen. Ermöglicht man eine finanziell erschwingliche, gute Palliativversorgung, ändert sich womög-

lich das Befinden des Kranken, und er nimmt Abstand von der Euthanasie. Dies kann auch natürlich dem Wunsch der Verwandten entsprechen, denn sie fühlen sich nicht mehr persönlich für den baldigen Tod des Familienmitglieds verantwortlich. Wie dem auch sei, die Praxis der Euthanasie unterscheidet sich immer von Fall zu Fall und ist deshalb kaum auf einen gemeinsamen Nenner zu bringen. Bei der aktiven Sterbehilfe müssen alle Faktoren überdacht und alle erdenklichen Möglichkeiten abgefragt werden, um schwerwiegende, unumkehrbare Fehler rechtzeitig zu vermeiden.

Dies sind natürlich kulturübergreifende Sachverhalte, die nicht speziell für den chinesischen Raum relevant sind. Jedoch sind im chinesischen Kontext ein besonders rücksichtvoller Umgang mit den Alten sowie mit den Angehörigen von Bedeutung. Das schnelle „Abfertigen“ eines sterbenden Familienmitglieds, gleich wie stark dies seinem Wunsch entspräche, würde bleibende Schäden im Bewusstsein der Hinterbliebenen zurücklassen. Deshalb ist es vielleicht nicht verwunderlich, dass sich die chinesische Politik schwer tut mit der Ausfertigung eines Sterbehilfegesetzes, und dass de facto noch immer der Schwerpunkt auf einer den Umständen angemessenen Sterbebegleitung liegt.³⁰

Aber solange es in China keine ausreichende Palliativversorgung gibt, sterben nach Berechnungen jährlich bis zu einer Million Menschen unter erbärmlichen Schmerzen.³¹ Auch wenn es für die Wiederherstellung ih-

rer Gesundheit keine Hoffnung mehr gibt, und auch wenn die körperlichen und seelischen Leiden kaum mehr zu ertragen sind und das Leben ihnen nicht mehr lebenswert erscheint, hoffen viele auf einen würdevollen Tod, was nichts anderes bedeutet als keine Schmerzen mehr empfinden zu müssen und sich in Ruhe vom Leben und den Lebenden verabschieden zu können. Dies kann keine Sterbehilfe, sondern nur eine gute Palliation leisten.

Das komplizierte Geflecht pro et contra Euthanasie wird noch deutlicher, wenn man die ethisch weniger validen Gründe für die Sterbehilfe miteinbezieht, wie zum Beispiel die Ansicht, dass Sterbehilfe die finanziellen, psychischen und körperlichen Belastungen der Familienmitglieder und der Gesellschaft verringern könnte. Das Argument, Sterbehilfe als eine gesellschaftliche Pflicht zu verstehen, gehört auch dazu. Der allgemeine Konsens zurzeit ist, dass es nur einen ethisch vertretbaren Grund für Sterbehilfe gibt, nämlich, den Wunsch des Kranken zu respektieren und ihn von seinen Leiden zu erlösen. Der Bioethiker Qiu Renzong fasst die juristische Sachlage um das *anlesi*-Problem in China heute mit folgenden Worten zusammen: „Die rechtliche Auslegung des chinesischen Strafgesetzes verhindert die Durchführung von Sterbehilfe, da diese in zwei Punkten einem Mord gleichkommt. Zum einen hat das Verhalten des Ausführenden den Tod des Patienten zum Ziel, zum anderen ist die Durchführung der Sterbehilfe der Grund für den Tod eines Pati-

enten. Eine detaillierte Analyse würde ergeben, dass es in diesen zwei Punkten durchaus Unterschiede zwischen Sterbehilfe und Mord gibt, aber diese Ansicht wird bis dato noch von keinem führenden Rechtswissenschaftler anerkannt und vertreten. Viele Wissenschaftler und Gesetzgeber verlangen die Legalisierung von Sterbehilfe, aber andere, darunter auch ich, sind der Auffassung, die sich die Bedingungen in der chinesischen Gesellschaft zu sehr von denen der Niederlande unterscheiden, so dass der Zeitpunkt für eine Legalisierung von Euthanasie in China noch nicht gekommen ist.“³²

Obwohl die öffentliche Debatte und Forschungen zur Sterbehilfe in China schon seit 25 Jahren andauern und viele Menschen ein Sterbehilfegesetz befürworten würden, ist es der chinesischen Regierung bisher noch nicht gelungen, zu abschließenden Würdigungen oder Gesetzesänderungen zu gelangen, so dass die Sterbehilfe nach wie vor in China nicht gesetzlich definiert ist. Die Regierung sieht sich bis heute mit unzähligen Schwierigkeiten bei einer Legalisierung der Euthanasie konfrontiert, so dass in China die allgemeine Gesetzeslage noch immer durch ein generelles Euthanasieverbot gekennzeichnet ist. Eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe würde also im Vorfeld zu vielen komplizierten medizinischen und rechtlichen Problemen führen und sehr empfindliche soziale und ethische Bereiche berühren. Andererseits wurden gezielt wissenschaftliche Studien zum Thema gefördert sowie öffentliche Diskussi-

onen angestoßen, die einen besseren Informationsfluss begünstigen und somit vielen Betroffenen helfen, sich mit der Sachlage bekannt zu machen und rechtzeitig mit den möglichen Szenarien auseinanderzusetzen. Von den in China vorherrschenden ethischen Vorstellungen und der gegenwärtigen Gesetzeslage ausgehend, gibt es zurzeit keine Voraussetzungen für eine legale aktive Sterbehilfe. Dennoch wird sich die chinesische Regierung früher oder später mit der Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung von *anlesi* konfrontiert sehen und alle Aspekte – medizinische, juristische, pflegerische, ökonomische und ethische – in ihre Entscheidung miteinbeziehen müssen. Die Komplexität des Gegenstandes erfordert aber einen längeren Prozess, der Zeit für eine weitere, klärende Euthanasiedebatte zulässt, die, wie auch in Deutschland, unvermeidlich und wünschenswert sein wird.

¹ Übersetzt bedeutet *anlesi* das friedliche, glückliche Sterben im Sinne der Sterbehilfe.

² Jin Yuhong: *Anlesi lifa shiren bi xing*, in: Chen Fan; Li Wei (Hrsg.): *Linzhong guanhuai yu anlesi shuguang*. Beijing: Zhongguo Gongren Chubanshe 2004, S. 85-88; S. 85 f.

³ Li Jiangbo: *Zai Zhongguo shixing anlesi de poqixing*, in: *Nanbei renkou* 2009, Bd. 30, Nr. 2, S. 88-99; S. 89.

⁴ Nationaler Ethikrat, Wortprotokoll, Niederschrift über den öffentlichen Teil der Sitzung vom 18. Mai 2006 in Berlin, Gespräch mit Prof. Qiu und Prof. Zhai, Universität Peking, http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/Wortprotokoll_2006-05-18.pdf, S. 2.

⁵ Liu Yunyun: *The Right to Die. Controversial euthanasia: Who lives and who dies*, in: *Beijing Review*, 14. April 2005, S. 30-32, S. 30.

⁶ Qiu Renzong ist Professor am Institut für Philosophie der Chinesischen Akademie für Sozialwissenschaften (CASS) in Peking *Zhongguo shehui Kexueyuan zhexue yanjiusuo* und Mitglied des Ethikkomitees des chinesischen Gesundheitsministeriums, *Weishengbu yixue lunli zhuanjia weiyuanhui*.

⁷ Liu Yunyun, (Fn. 5), S. 31.

⁸ Chen Fan, Li Wei (Hrsg.): *Linzhong guanhuai yu anlesi shuguang*. Beijing: Zhongguo Gongren Chubanshe 2004, S. 2 f.

⁹ Wang Ping, Li Haiyan: *Siwang yu yixue lunli*. Wuhan: Wuhan daxue chubanshe 2005, S. 158.

¹⁰ Euthanasia Starts Quietly in China, in: *Beijing Review*, 12-18. September 1988, S. 8.

¹¹ http://german.china.org.cn/politics/archive/chinaQ_A2007/2008-01/28/content_9602155.htm.

¹² Li Jiangbo, (Fn. 3), S. 90.

¹³ Nationaler Ethikrat, Wortprotokoll, (Fn. 4), S. 7.

¹⁴ Li Fang, Zhao Lili, Li Yiting: *Zhongguo linzhong guanhuai siwang xuanze de lunli zhenglun*, in: *Zhongguo yixue lunlixue* 2009, Bd. 22, Nr. 2, S. 48-49/53; S. 49.

¹⁵ Döring, Ole: *Euthanasia, and the Meaning of Death and Dying: A Confucian Inspiration for Today's Medical Ethics*, in: *Formosa Medical Ethics Journal* 2001, Nr. 2, S. 48-66, S. 53.

¹⁶ Nationaler Ethikrat, (Fn. 4), S. 13.

¹⁷ Li Fang et al., (Fn. 14), S. 53.

¹⁸ Nationaler Ethikrat, (Fn. 4), S. 12

¹⁹ Li Fang et al., (Fn. 14), S. 49 f.

²⁰ Li Jiangbo, (Fn. 3), S. 93.

²¹ Emeritierter Professor des Forschungszentrums für Angewandte Ethik an der Chinesischen Akademie.

²² Li Jiangbo, (Fn. 3), S. 89.

²³ Chen Fan, Li Wei, (Fn. 8), S. 3.

²⁴ Li Jiangbo, (Fn. 3), S. 90.

²⁵ Ebd., S. 89 f.

²⁶ Urämie ist das Auftreten harnpflichtiger, d. h. normalerweise über den Urin auszuscheidender, Substanzen im Blut oberhalb der Normwerte sowie das sich daraus entwickelnde klinische Bild einer Harnvergiftung, also Vergiftungsercheinungen durch so genannte Urämetoxine, die bei fortgeschrittener Nierenschwäche auftreten. Das klinische Vollbild einer Urämie kann akut (fünf bis zehn Tage nach akutem Nieren-

versagen) oder chronisch (über Jahre hinweg sich entwickelnd) auftreten. Die Dialyse stellt eine Therapieoption bei fortgeschrittener Niereninsuffizienz dar.

²⁷ Chen Fan, Li Wei (Hrsg.), (Fn. 8), S. 2.

²⁸ Liu Yunyun, (Fn. 5), S. 31. Vgl. auch: Li Jiangbo, (Fn. 3), S. 90.

²⁹ Zhai Xiaomei: Siwang de zunyan, Beijing: Shoudu shifan daxue chubanshe 2002, S. 45 ff.

³⁰ Vgl. dazu: Li Fang et al., (Fn. 14), S. 49, und Wang Ping, Li Haiyan, (Fn. 9), S. 169 f.

³¹ Li Jiangbo, (Fn. 3), S. 93.

³² Nationaler Ethikrat, (Fn. 4), S. 7.

Tania Becker studierte u. a. an der Ruhr-Universität Bochum Sinologie. Zu ihren Forschungsinteressen zählen der philosophische Daoismus, besonders das Buch *Zhuangzi*, sowie das Hospizwesen und die Thanatosoziologie im heutigen China.

BESCHNEIDUNG

Zur Unterstrafestellung der rituellen Beschneidung bei Jungen – eine Anmerkung zum Urteil des LG Köln vom 7. Mai 2012

von Franziska Kelle, M.mel.

Das LG Köln hat am 7. Mai 2012 ein Urteil gefällt, das zwar in keiner Weise Präjudizwirkung entfaltet, das aber aufgrund seines Tenors in wohl einmaliger Weise eine breite fachwissenschaftliche und gesellschaftspolitische Debatte angestoßen hat, in deren Folge die Bundesregierung innerhalb kurzer Zeit einen Gesetzentwurf vorlegte. Nach Auffassung des Gerichts können Eltern nicht wirksam in die Durchführung einer rituellen, also religiös motivierten Beschneidung einwilligen, weil dies dem Kindeswohl widerspreche. Die 1. Kleine Strafkammer des LG Köln ist damit wohl das erste Gericht in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland, das die rituelle Beschneidung für strafbar erklärt.

1. Sachverhalt und Gang des Verfahrens

Die 1. Kleine Strafkammer des LG Köln hatte über folgenden Sachverhalt¹ in zweiter Instanz zu entscheiden: Der angeklagte Arzt führte in seiner Praxis eine fachgerechte Beschneidung mit Hilfe eines Skalpells und unter lokaler Betäubung bei einem zu diesem Zeitpunkt vierjährigen muslimischen Jungen durch. Der Eingriff erfolgte auf Wunsch der Eltern aus religiösen Gründen, war jedoch medizinisch nicht indiziert. Die Nachsorge am gleichen Abend nahm ebenfalls der Arzt, der selbst muslimischen Glaubens ist, vor. Wegen Nachblutungen brachte die Mutter den Jungen zwei Tage da-

rauf in die Kindernotaufnahme. Die Blutungen wurden dort gestillt und der Junge mehrere Tage stationär versorgt. Aufgrund der schlechten Deutschkenntnisse der Mutter verstand das Klinikpersonal falsch, dass die Beschneidung mittels einer Schere vorgenommen worden sei, woraufhin die Staatsanwaltschaft in Kenntnis gesetzt wurde. In erster Instanz ging das AG Köln von einer wirksamen Einwilligung der Eltern aus und sprach den angeklagten Arzt frei.² Die Staatsanwaltschaft legte Berufung ein.

2. Die Entscheidung des LG Köln

Das LG Köln³ hat den Angeklagten im Ergebnis ebenfalls freigesprochen, allerdings mit einer völlig anderen Begründung. Zunächst bejaht das Gericht die Verwirklichung des Straftatbestandes der Körperverletzung nach § 223 Abs. 1 StGB, lehnt jedoch den Qualifikationstatbestand des § 224 Abs. 1 Nr. 2 Alt. 2 StGB (mittels eines anderen gefährlichen Werkzeugs) ab, da es „durch einen Arzt bestimmungsgemäß verwendet“ worden sei. Die Tatbestandsverwirklichung ist nach Ansicht des Gerichts nicht unter dem Gesichtspunkt der Sozialadäquanz ausgeschlossen. Die Auffassung, dass die Beschneidung „sozial unauffällig, allgemein gebilligt und geschichtlich üblich“ und deshalb der Strafbarkeit entzogen sei, ist abzulehnen.

Das LG Köln verneint das Vorliegen einer wirksamen Einwilligung in die rituelle Beschneidung. Eine solche komme auf Seiten des Kindes ohnehin

„mangels hinreichender Verstandesreife nicht in Betracht“. Eine Einwilligung der Eltern habe zwar vorgelegen, sei jedoch wegen eines Verstoßes gegen das Kindeswohl nicht wirksam. Das Sorgerecht gemäß § 1627 S. 1 BGB umfasse nur dem Wohl des Kindes dienende Erziehungsmaßnahmen. Nach Ansicht des LG Köln dient die Beschneidung nicht dem Kindeswohl, „weder unter dem Blickwinkel der Vermeidung einer Ausgrenzung innerhalb des jeweiligen religiös gesellschaftlichen Umfeldes noch unter dem des elterlichen Erziehungsrechts“. Die Grundrechte des Kindes (Selbstbestimmungsrecht und körperliche Unversehrtheit) zögen den Grundrechten der Eltern (Religionsfreiheit, Erziehungsrecht) eine „verfassungsimmanente Grenze“; bei der Abstimmung der betroffenen Grundrechte sei der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz „zu beachten.“ Aus § 1631 Abs. 2 S. 1 BGB folge, dass die „Verletzung der körperlichen Unversehrtheit [...], wenn sie denn erforderlich sein sollte, jedenfalls unangemessen“ sei. Die Körperveränderung sei „dauerhaft und irreparabel“ und mache dem Kind eine spätere eigene Entscheidung über die Religionszugehörigkeit unmöglich. Das Erziehungsrecht der Eltern sei „nicht unzumutbar beeinträchtigt, wenn sie gehalten sind, abzuwarten, ob sich der Knabe später, wenn er mündig ist, selbst für die Beschneidung als sichtbares Zeichen der Zugehörigkeit zum Islam entscheidet“.

Im Ergebnis wird der Arzt jedoch wegen eines unvermeidbaren Ver-

botsirrtums gemäß § 17 S. 1 StGB freigesprochen. Dies wird damit begründet, dass der Angeklagte davon ausgegangen sei, „als frommem Muslim und fachkundigem Arzt sei ihm die Beschneidung des Knaben auf Wunsch der Eltern aus religiösen Gründen gestattet“. Der Verbotsirrtum sei unvermeidbar gewesen, da „die Frage der Rechtmäßigkeit von Knabenbeschneidungen aufgrund Einwilligung der Eltern [...] in Rechtsprechung und Literatur unterschiedlich beantwortet“ werde und damit eine unklare Rechtslage vorliege.

3. Anmerkungen zum Urteil

Geradezu bilderbuchmäßig zeigt der Fall, wie Strafrecht, Zivilrecht und Öffentliches Recht ineinander verflochten sind und gemeinsam herangezogen werden müssen, um eine nachvollziehbare Lösung zu entwickeln. Anknüpfungspunkt ist der strafrechtliche Tatbestand der Körperverletzung, die Voraussetzungen für eine wirksame Einwilligung folgen aus den familienrechtlichen Bestimmungen, die auch im Grundgesetz verankert sind. Dieses bildet gewissermaßen den rechtlichen Rahmen, den auch das LG Köln in seiner Entscheidung nicht verlassen durfte. Dies ist dem LG Köln jedoch nicht gelungen. Maßgebliche Aspekte und Argumente werden zwar teilweise angesprochen, aber unzureichend und insbesondere aus verfassungsrechtlicher Sicht methodisch fehlerhaft in die Entscheidung einbezogen.

Richtig stellt das Gericht zu Anfang fest, dass der Tatbestand des § 223 Abs. 1 StGB verwirklicht ist.⁴ Zudem verwirft es zu Recht den Ansatz,⁵ mit Hilfe des unscharfen Kriteriums der „Sozialadäquanz“ das als tatbestandlich eingestufte Verhalten im Nachgang zu korrigieren. Positiv ist, dass das LG Köln das Kindeswohl als maßgebliches Kriterium feststellt und damit eine wissenschaftliche und öffentliche Debatte über dieses hohe Gut ausgelöst hat, wenngleich es sich allein mit den physischen Aspekten (und das verkürzt) auseinandersetzt, mögliche seelische, religiöse und soziale Dimensionen übersieht und verkennt, dass es in erster Linie das Recht und die Pflicht der Eltern und nicht des Staates ist, das Kindeswohl zu bestimmen.⁶

Die grundrechtliche Verhältnismäßigkeitsprüfung wird zutreffend bei der Frage nach einer wirksamen elterlichen Einwilligung im Rahmen des § 228 StGB verortet, aber mangelhaft durchgeführt. Aus grundrechtsdogmatischer Sicht unterlaufen dem LG Köln zahlreiche methodische Fehler. Die maßgeblichen Grundrechte werden nur (und außerdem unvollständig) genannt. So wird von Art. 4 GG lediglich Absatz 1 zitiert, obwohl Absatz 1 und 2 gemeinsam den einheitlichen Schutzbereich der Religionsfreiheit beschreiben. Vollständig fehlt das eigene Recht des Kindes auf Religionsfreiheit, dass im Rahmen der Personensorge von den Eltern und entsprechend der Altersgrenzen gemäß § 5 des Gesetzes über die religiöse Kindererziehung

vom Kind selbst ausgeübt wird. Dies ist insbesondere für die Abwägung relevant, weil dieses Grundrecht des Kindes den Staat sowohl in seiner Dimension als Schutzpflicht als auch als Abwehrrecht verpflichtet und damit den Begründungsaufwand für die vom Gericht vertretene Auffassung erhöht. Die Bestimmung der grundrechtlich geschützten Interessen der Eltern und des Kindes, das Primat der Kindeswohlbestimmung durch die Eltern und die Schutzpflichten des Staates für das Kindeswohl als Schranken des elterlichen Erziehungsrechts im Rahmen des in Art. 6 Abs. 2 S. 1 GG normierten staatlichen Wächteramtes kommen viel zu kurz. Zudem hätte das Gericht bei der Entscheidungsfindung die völkerrechtliche Verankerung des Kindeswohls etwa in der UN-Kinderrechtskonvention berücksichtigen müssen.⁷

Die Abwägung im Sinne einer praktischen Konkordanz⁸ erfolgt weder in der erforderlichen Breite und noch in angemessener Tiefe. Hier hätte das Gericht etwa differenzierend auf die Bedeutung der Beschneidung im Islam, auf das Recht und die Pflicht der Eltern zur Erziehung ihres Kindes im Sinne seines Wohls, auf die medizinischen Risiken und gesundheitlichen (positiven und negativen) Folgen der Beschneidung bei einem Vierjährigen, auf die Grenzen des elterlichen Erziehungsrechts durch das staatliche Wächteramt für das Kindeswohl nach Art. 6 Abs. 2 S. 1 GG usw. eingehen müssen. Die vom Gericht angeführten Argumente überzeugen nicht, da etwa die Bezugnahme auf § 1631 Abs. 2

BGB schon deshalb nicht passt, weil die Beschneidung keine der Erziehung dienende Züchtigungsmethode ist. Auch wird falsch angenommen, dass die Beschneidung (die keinesfalls zu einer automatischen Zuschreibung zum Judentum oder Islam führt) das Kind später daran hindere, seine Religion zu wechseln.

Auch die strafrechtliche Lösung über den unvermeidbaren Verbotsirrtum gemäß § 17 S. 1 StGB überzeugt nicht. Über die Gründe des Gerichts, diesen Weg zu wählen, soll hier nicht spekuliert werden. Zum einen sind die durch die Rechtsprechung entwickelten Anforderungen an die Unvermeidbarkeit sehr hoch.⁹ Zum anderen ist eine Rechtslage (für die Rechtsprechung) nicht schon deshalb unklar, weil es vereinzelte Meinungen in der Literatur gibt, die eine andere rechtliche Lösung vertreten. Durch die sehr einseitige Heranziehung der Literatur entsteht ein verzerrtes Meinungsbild, das den Eindruck erweckt, als entspreche die Lösung des Gerichts der „wohl herrschende[n] Auffassung“ bzw. als sei die Rechtslage tatsächlich unklar.¹⁰ Wie sich an den Reaktionen auf das Urteil ablesen lässt, hat das LG Köln gerade erst eine solche Unklarheit herbeigeführt und zu einer Akzentverschiebung in der Argumentation in der Weise geführt, als ginge es um das Erlauben einer bis dahin nicht üblichen Praxis. Das wesentliche (grundrechtsdogmatische) Manko des Urteils ist es, dass das Gericht verkennt, dass der Grundrechtseingriff nicht die Beschneidung, sondern

sein Unterstrafstellen ist. Die Annahme der Strafbarkeit bzw. der Hinweis auf die Vornahme zu einem späteren Zeitpunkt entspricht nicht den Anforderungen an einen religiös neutralen Staat, der (in den Grenzen seines Wächteramtes) anerkennt, dass die Definition des Kindeswohls und die Entscheidung über die religiöse Erziehung des Kindes in allererster Linie bei den Eltern liegt.

Zur Bekräftigung der Straflosigkeit ritueller Beschneidungen ist der inzwischen vom Bundeskabinett beschlossene, wenngleich verbesserungsbedürftige Entwurf einer gesetzlichen Regelung zu begrüßen, wonach die Eltern unter bestimmten Voraussetzungen an die Aufklärung und die Durchführung der Beschneidung wirksam einwilligen können.¹¹ Durch die Verpflichtung auf den medizinischen Standard genügt der Staat seiner Schutzpflicht gegenüber der körperlichen Unversehrtheit des Kindes. Die neue Norm soll als § 1631d BGB im Familienrecht verankert werden.

¹ Wiedergegeben nach dem Sachverhalt im Urteil des LG Köln (Fundstelle siehe Anm. 3) und nach Stefan Muckel, Strafbarkeit eines Arztes wegen religiös motivierter Knabenbeschneidung, JA 2012, S. 636–639, 637.

² AG Köln, Urteil vom 21. September 2011, Az. 528 Ds 30/11.

³ LG Köln, Urteil vom 7. Mai 2012, Az. 151 Ns 169/11.

⁴ Überlegungen zur Tatbestandslosigkeit medizinisch indizierter und nach dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft durchgeführter Eingriffe können nicht auf den zugrunde liegenden Fall übertragen werden, da die Beschneidung allein religiös motiviert war.

Mögliche positive gesundheitliche Auswirkungen ersetzen die medizinische Indikation nicht.

⁵ Jüngst Exner, Thomas: Sozialadäquanz im Strafrecht. Zur Knabenbeschneidung, Berlin 2011, insbesondere S. 168–191.

⁶ Vgl. die familienrechtlichen Bestimmungen gemäß §§ 1626 ff. BGB und die Verankerung des elterlichen Erziehungsrechts in Art. 6 Abs. 2 GG. Zum religiösen Erziehungsrecht Matthias Jestaedt, Das elterliche Erziehungsrecht im Hinblick auf Religion (§ 52), in: Joseph Listl, Joseph Pierson, Dietrich (Hrsg.): Handbuch des Staatskirchenrechts der Bundesrepublik Deutschland, 2. Aufl., Bd. 2, Berlin 1995, S. 371–414, 385 m. w. N.

⁷ Vgl. dazu Kelle, Franziska: Zur Vereinbarkeit der rituellen Beschneidung mit der UN-Kinderrechtskonvention, in: Heil, Johannes; Kramer Stephan J. (Hrsg.): Beschneidung: Das Zeichen des Bundes in der Kritik. Zur Debatte um das Kölner Urteil, Berlin 2012.

⁸ Siehe Hesse, Konrad: Grundzüge des Verfassungsrechts der Bundesrepublik Deutschland, 20. Aufl., Heidelberg 1995, Neudruck 1999, Rn. 71 f., 317–319.

⁹ BGHSt 2, 194.

¹⁰ Zur Übersicht über den Meinungsstand Michael Germann, in: Epping, Volkert; Hillgruber, Christian (Hrsg.): Grundgesetz. Kommentar, München 2009, auch als Beck'scher Online-Kommentar Grundgesetz, Edition 15 (Stand 1. Juli 2012), Art. 4, Rn.50.1.

¹¹ Pressemitteilung vom 10. Oktober 2012 (abrufbar unter http://www.bmj.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2012/20121010_Beschneidung_bleibt_kuenftig_moeglich.html?nn=135688, 23.10.2012).

Franziska Kelle ist Doktorandin und wissenschaftliche Hilfskraft am Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Staatskirchenrecht und Kirchenrecht der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

„Rituelle Beschneidung in Judentum und Islam“ Bericht über die interdisziplinäre Tagung in der Leopoldina in Halle (Saale) vom 14. bis 16. Oktober 2012

von Franziska Kelle, M.mel.

Um die juristische, medizinische und religionswissenschaftliche Sicht auf die durch das Urteil des LG Köln ausgelösten Fragen zur rituellen Beschneidung bei Jungen zusammenzuführen, luden das Interdisziplinäre Wissenschaftliche Zentrum Medizin-Ethik-Recht, die Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und das Max-Planck-Institut für Ethnologie in Kooperation mit der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina – Nationale Akademie der Naturwissenschaften vom 14. bis 16. Oktober 2012 in das neue Hauptgebäude der Leopoldina nahe der Moritzburg ein.¹ Trotz ihrer kurzfristigen Ankündigung war die Tagung mit ca. 250 Teilnehmern gut besucht.

Aus religionswissenschaftlicher Sicht bildete der Vortrag von *Dr. Erik Dremel M. A.* (Institut für Systematische Theologie, Praktische Theologie und Religionswissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg [MLU]) einen ungewöhnlichen Anfang, der den liturgischen Ort der Beschneidung erläuterte und damit in eine Aufführung von Ausschnitten aus der Kantate Johann Sebastian Bachs zum Fest der Beschneidung Christi (BWV 248, Teil 4) einführte.

Prof. Dr. Ernst-Joachim Waschke (Lehrstuhl für Altes Testament, MLU) referierte über die theologische Begründung der Beschneidung in der Hebräischen Bibel und zeigte, wie sich die Beschneidung im Laufe der israelitischen Geschichte zu dem zentralen identitätsstiftenden Zeichen der Zugehörigkeit zum Judentum entwickelte. Zu diesem Ergebnis kam auch *Prof. Dr. Stefan Schorch* (Institut für Bibelwissenschaften, MLU), der in seinem Vortrag anhand hermeneutischer, historischer und religionsgesetzlicher Aspekte deutlich machte, dass die Beschneidung eine in allen Strömungen des Judentums unumstößliche Vorschrift ist, die den Grundpfeiler jüdischer Identität bildet und (außer in besonderen Ausnahmefällen) notwendig am achten Tag nach der Geburt des Jungen stattfinden muss.

Untermuert wurde dies durch das Referat von *Dr. Tovia Ben-Chorin* (Rabbiner der Jüdischen Gemeinde zu Berlin, Dozent am Abraham Geiger Kolleg an der Universität Potsdam). Er betonte, dass ein mögliches Beschneidungsverbot jüdisches Leben in Deutschland unmöglich mache. Zugleich warnte er davor, dass in der gegenwärtigen Diskussion antisemitische Tendenzen un-

ter dem Deckmantel der Humanität wieder salonfähig werden (könnten).

Prof. Dr. Ralf Elger (Seminar für Arabistik und Islamwissenschaft, Orientalisches Institut, MLU) sprach aus islamwissenschaftlicher Perspektive über den Koran und die Beschneidung. Er folgte in seiner Argumentation der innerhalb der Muslime nicht mehrheitlich vertretenen Auslegung der so genannten Koranisten, die ein Gebot zur Beschneidung ablehnen. Die Mehrheit sehe eine Beschneidung als zwingendes religiöses Gebot an, auch wenn kein genauer Zeitpunkt vorgeschrieben sei.

Prof. Dr. Hans Lilie (Lehrstuhl für Strafrecht, Rechtsvergleichung und Medizinrecht, MLU; Geschäftsführender Direktor des Interdisziplinären Wissenschaftlichen Zentrums Medizin-Ethik-Recht) analysierte zunächst das Urteil des LG Köln aus strafrechtlicher, strafprozessualer und medizinrechtlicher Sicht und befasste sich dann mit dem Gesetzesentwurf, der unmittelbar vor Beginn der Tagung vom Bundeskabinett beschlossen worden war. Dieser sei nach Ansicht Lilies an vielen Stellen verbesserungsbedürftig, insbesondere was die Definition und die Einhaltung der medizinischen Standards angehe.

Auch *Prof. Dr. mult. Dr. h. c. Günter Jerouschek M. A.* (Lehrstuhl für Strafrecht, Strafprozessrecht und Geschichte des Strafrechts, Friedrich-Schiller-Universität Jena) kritisierte ebenfalls den raschen Gesetzesentwurf, dieser verdecke die eigentlichen Probleme und sei für ihn „religiös motivierter

Kulturrelativismus“. Insbesondere halte er mögliche psychosomatische Spätfolgen für zu wenig berücksichtigt.

Demgegenüber machte *Prof. Dr. Michael Germann* (Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Staatskirchenrecht und Kirchenrecht, MLU) anhand der freiheitsrechtlichen Konzeption des Grundgesetzes deutlich, dass es in erster Linie das Recht und die Pflicht der Eltern sei, über das Wohl ihres Kindes in körperlicher und religiöser Hinsicht zu bestimmen und der Staat in Ausübung eines Wächteramtes seiner Schutzpflicht für die körperliche Unversehrtheit des Kindes genügt, wenn – wie im Gesetzesentwurf – durch die Festschreibung medizinischer Standards unververtretbare Handlungen unterbunden werden.

Prof. Dr. Winfried Kluth (Lehrstuhl für Öffentliches Recht, MLU) stellte in seinem Vortrag über die Vorgaben der UN-Kinderrechtskonvention für die Beschneidungsdebatte heraus, dass deren Vorschriften unmittelbar anwendbar sind. Aus der völkerrechtlichen Verankerung des Kindeswohlgedankens folge, dass Gesetzgeber und Religionsgemeinschaften den Dialog über Zeitpunkt und Umstände des Ritus und über die Achtung der Kinderrechte suchen müssen.

In seinem öffentlichen Abendvortrag stellte *Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Winfried Hassemer* (Vizepräsident des Bundesverfassungsgerichts a. D.) vor allem Fragen, die zum einen auf einen seiner Meinung nach bestehenden Vertrauensbruch in die Rechtsord-

nung beim Erlass eines Gesetzes hingen, zum anderen auf den Rechtsgüterschutz durch die rechtsstaatliche und insbesondere säkulare (Straf-) Rechtsordnung abstellten, der einem religiös begründeten Brauch gegenüberstehe.

In den Bereich der „Rechtsverglei- chung“ führte der Vortrag von *Prof. Dr. Marie-Claire Foblets* (Direktorin der Abteilung „Recht und Ethnologie“ im Max-Planck-Institut für ethnologische Forschung, Halle), die sich mit der Beschneidungsdebatte aus Sicht der „Legal Anthropology“ befasste und unter anderem hervorhob, dass der (veränderte) Körper in vielen Kulturen ein Ausdruck kultureller, sozialer und religiöser Identität sei.

Prof. Dr. Florian Steger (Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, MLU) referierte über das Thema aus medizinethischer Sicht, wobei er insbesondere die aus seiner Perspektive vorliegende Unvereinbarkeit des Gesetzesentwurfs mit dem ärztlichen Ethos in Bezug auf medizinische Standards und die Selbstbestimmung des Kindes herausarbeitete. Zudem verneinte er eine Kostenübernahme durch die Solidargemeinschaft.

Über Indikationen und Technik der Circumcision sprach *Dr. med. Monika Milzsch* (Oberärztin an der Universitätsklinik und Poliklinik für Kinderchirurgie am Universitätsklinikum Halle). Sie erläuterte das „Dilemma“ der Ärzte, wenn Eltern eine rituelle Beschneidung wünschten. Aus fachlicher Sicht lehne sie nicht medizinisch indizierte Eingriffe ab, auch wenn es durchaus

unterschiedliche Empfehlungen der medizinischen Fachgesellschaften gebe.

Einen weiteren Bericht aus der Praxis gab *Dr. Richard Stern* (Jüdisches Krankenhaus Berlin, Vorsitzender des Klinischen Ethik Komitees). Er informierte über die Durchführung von Beschneidungen am Jüdischen Krankenhaus Berlin und verwies auf Studien, die eine erhöhte Komplikationsraten mit zunehmendem Alter des Kindes belegen. Zudem sei durch Untersuchungen nachgewiesen, dass von rituellen Beschneidern vorgenommene Beschneidungen wegen ihrer großen Erfahrung seltener zu Komplikationen führen.

Im Rahmen einer Podiumsdiskussion unter der Moderation von *Stefan Schorch* tauschten *Winfried Kluth* und *Richard Stern* sowie *Rabbiner Szolt Balla* aus Leipzig und die spontan aus dem Publikum dazugebetene Muslimin *Nicole Abdelhadi* verschiedene Argumente aus. Dabei zeigte sich noch einmal deutlich, welche Bedeutung die Beschneidung für jüdisches und muslimisches Leben in Deutschland hat, sodass der Gesetzesentwurf trotz aller Verbesserungsbedürftigkeit den richtigen Weg weist.

¹ Die Vorträge sind als preprint-Version oder als Audiomitschnitt zugänglich unter http://www.jura.uni-halle.de/lehrstuehle_dozenten/lehrstuhl_germann/aktuelles/tagung_beschneidung/, 6. Dezember 2012.

„Medizinrecht – Aktuelle Rechtsfragen“

von *Andreas Raschke, LL.M. oec., M.mel.*

„Neben die Interdisziplinarität von Medizin-Ethik-Recht tritt nun auch die Internationalität dieses Rechtsgebietes.“ Mit diesen Worten eröffnete Prof. Dr. Hans Lillie das Doktoranden-seminar, das vom 20. bis zum 22. September 2012 in Zürich stattfand und sich aktuellen Fragen zum deutschen und schweizerischen Medizinrecht widmete.

Das von *Prof. Dr. Brigitte Tag* geleitete Kompetenzzentrum für Medizin-Ethik-Recht Helvetiae (MERH) der Universität Zürich und das Interdisziplinäre Zentrum für Medizin-Ethik-Recht (MER) der Universität Halle-Wittenberg eröffneten Habilitanden, Doktoranden und Masterstudenten die Möglichkeit, ihre Forschungsthemen vorzustellen und diese vor dem Hintergrund der deutschen und schweizerischen Rechtslage zu diskutieren.

Einen gelungenen Einstieg für das Seminar bot der rechtsvergleichende Vortrag von *Dr. Julian Mausbach* zum „Adhäsionsverfahren und Arztstrafrecht“. Im Rahmen seines Vortrages erörterte Dr. Mausbach nicht nur die sich aus dem Adhäsionsverfahren resultierenden Kausalitätsprobleme, sondern verwies auch auf das in der Praxis bedeutsame Spannungsfeld aus Ermittlungsverfahren und vorgerichtlicher Vergleichstaktik.

Einen für die Medizin noch relativ jungen Bereich hat im Anschluss *Si-*

mone Bamberger angesprochen. In ihrem Vortrag zu „Nanomedizin und Strafrecht“ zeigte sie auf, dass die bestehende Regelungslage im schweizerischen Medizinrecht den Unsicherheiten der Nanomedizin bisher nicht ausreichend begegnen könne. Allein die Aspekte fehlender Langzeitstudien, der Verteilungsgerechtigkeit und des Datenschutzes zeigen die in diesem Bereich allfälligen Lücken des schweizerischen Medizinrechts auf und machten den notwendigen Regelungsbereich deutlich.

Einen Blick in die praktischen Probleme des Medizinrechts warf *Andreas Raschke* mit seinem Vortrag „Der intensivpflichtige Patient und die ärztliche Schweigepflicht“, in dessen Rahmen zunächst die Voraussetzungen herausgearbeitet wurden, unter denen der Schweigepflichtige Informationen des Patienten offenbaren darf. In einem zweiten Schritt wurden diese Voraussetzungen dann auf ihre Anwendbarkeit im Klinikalltag überprüft. Abgerundet wurde der erste Seminartag durch den detaillierten Vortrag von *Helena Bebert* zum Entwurf des deutschen Patientenrechtegesetzes.

Eröffnet wurde der zweite Seminartag durch das Referat von *Michaela Tschour-Naydowski* zum „Spätabbruch in der Schweiz und seinen Nebenwirkungen“ und der interessanten Feststellung, dass die gesetzliche Vorgabe zum Spätabbruch und der medizini-

sche Alltag voneinander abweichen. Die bestehende Gesetzeslage sei zu ungenau und führe auf Seiten der Ärzte zu Rechtsunsicherheit und der Angst vor Haftung.

In engem thematischen Zusammenhang standen sodann auch die Vorträge von *Naemi Weinmann* und *Jeannine Dehmelt*, die sich der Präimplantations- und der Pränataldiagnostik widmeten und es dabei nicht versäumten, die rechtlichen und ethischen Fragen dieser Problematik aufzuzeigen. Im Anschluss daran stellte *Dr. Lysann Hennig* ihr Forschungsvorhaben um den „Medizinisch nicht indizierten Eingriff beim Minderjährigen“ vor und ebnete damit den Weg für eine sehr lebhaft diskutierte Schönheitsoperationen, Piercings und Tätowierungen, vor dem Hintergrund des staatlichen Schutzauftrages und etwaiger staatlicher Bevormundung.

Die stete Aktualität des Medizinrechts unterstrich *Franziska Kelle*. Das Referat „Die verfassungsrechtlichen Zulässigkeit der rituellen Beschneidung bei Jungen“ sollte dabei an die überaus bereichernde Diskussion um das vorherige Referat anknüpfen.

Den thematischen Block um die Organ- und Gewebespende hat *Martina Resch* eröffnet. Ihr Referat zum Thema „Die bedingte Einwilligung in die Organspende“ zeigte dabei eindrucksvoll auf, dass, will man den dringend notwendigen Bedarf an zusätzlichen Organen durch eine bedingt erklärte Bereitschaft zulassen, dies einer gesetzlichen Regelung im TPG bedürfe. Andernfalls bestünde weiterhin die

Situation, dass dem postmortalen Selbstbestimmungsrecht des Patienten und der Gleichheitssatz nicht ausreichend Beachtung geschenkt wird.

Dr. Sebastian T. Vogel stellte die Ergebnisse seiner Doktorarbeit „Organentnahme bei hirntoten Schwangeren“ vor. Das Ergebnis konnte nach Abwägung von Schwangerschaft einer hirntoten Frau und Organbedarf nur lauten: Es kommt darauf an. Auch im Vortrag von *Dr. Vogel* wurde deutlich, dass trotz des Bedarfs an Organen der Lösung dieses Problems Grenzen gesetzt sind.

Diesen Befund hat *Prof. Dr. Lillie* zum Anlass genommen, den Geschehensablauf des aktuellen Organspendeskandal in Deutschland zu skizzieren. Dabei kam es ihm sehr darauf an, nicht die Spende als solche zu skandalisieren, sondern vielmehr die Allokation in den Vordergrund zu stellen, sodass richtigerweise von einem Allokationskandal gesprochen werden müsse. Obwohl die Problematik unlängst in den Medien diskutiert wurde, hat erst der Vortrag den Teilnehmern die wesentlichen transplantationsrechtlichen Aspekte offen gelegt und somit die interdisziplinären Bezüge des TPG deutlich gemacht.

Die rechtliche Lage zu der „Postmortalen Gewebespende in der Schweiz“ hat *Philipp Skarupinski* vorgestellt, dessen Referat wichtiger Impuls für die Diskussion um Composite-Tissue war. Deutlich wurde, dass die terminologische Unterscheidung von Geweben und Organen in der Konsequenz bei komplexen Gewebestrukturen für

die Transplantationsmedizin ungeklärte Fragen aufwirft.

Einen gelungenen Abschluss des zweiten Seminartages bot das Referat von *Sebastian Müller*. „Die Aufklärungspflicht des Organempfängers über Herkunft und Qualität des transplantierenden Gewebes“ ist dabei ein Aspekt, den Müller in seinem Promotionsvorhaben beleuchtet. Die begrenzte Ressource Organ dürfe danach im Spannungsfeld aus Aufklärungspflicht und Behandlungsfehler nicht unberücksichtigt bleiben.

Auch am dritten Seminartag sollte zunächst das Transplantationsrecht im Vordergrund stehen. Das Referat von *Sven Wedlich* widmete sich der „Zuteilung von Lebenschancen in der Medizin“ und eröffnete die abermals lebhaft geführte Diskussion um ein Verteilungsverfahren, das sowohl Ressourcenknappheit als auch Gerechtigkeitserwägungen zu vereinbaren im Stande ist.

In ihrem sich anschließenden Referat wendete *Sarah Leuzinger* den Blick ab vom Transplantationsrecht und stellte die rechtlichen Probleme um den „Forschungsvertrag“ vor. Dabei ging sie der Frage nach, ob überhaupt und mit welchen Pflichten von Seiten der Forschungseinrichtung oder des Sponsors mit dem Proband ein Vertrag zu Stande kommt. Der auf das Schweizerische Recht ausgerichtete Vortrag bot damit zugleich die notwendige rechtsvergleichende Perspektive, um die in Deutschland bestehende Situation vor dem Hintergrund der bestehenden Rechtslage zu überdenken.

Einen gelungenen Einblick in die terminologischen Hürden des Sozialversicherungsrechts bot sich durch den Vortrag von *Maria Busse*. Indem sie die „Krankheit als Rechtsbegriff“ untersuchte, ging sie der Frage nach, ob sich dieser vielfältig interpretierte Begriff vor dem Hintergrund der Transparenz und Rechtssicherheit vereinheitlichen lässt.

Die „Zulässigkeit von Placebos in der Medizin nach Schweizerischem Recht“ wurde anschließend von *Noëmi Schöni* erörtert, die für die Diskussion damit nicht nur den medizinrechtlichen Rahmen bereithielt, sondern zudem durch die soziologischen und medizinischen Perspektiven vielfältigen Anlass zur Diskussion bot. Im Anschluss daran wurde durch *Andreas Braun* die „Arzneimittelkriminalität im Internet“ beleuchtet. Indem er sowohl die schweizerische als auch die deutsche Rechtslage aufzeigte, war es für die sich anschließenden Wortmeldungen möglich, zu überlegen, durch welche Instrumentarien der Warenmarkt erweitert werden kann, ohne dadurch den hohen Verbraucherschutzstandard zu gefährden.

Daniel Widrig hat das „Health Technology Assessment in der Schweiz“ vorgestellt. Die Frage nach der besten Therapieform sei nicht neu. Neu hingegen sei das professionalisierte Verfahren zu Ermittlung derselben (HTA). Der Vortrag bot somit einen spannenden Einblick in ein Verfahren, das medizinische, ethische, ökonomische und rechtliche Aspekte vereint. In einem weiteren Referat wurde durch

Jasmin Wiget die „Personalisierte Medizin“ aufgegriffen und hinsichtlich der rechtlichen Rahmenbedingungen vorgestellt. Dabei wurden nicht nur genomgestützte Diagnoseformen vorgestellt, sondern zudem auch der rechtliche Rahmen skizziert, innerhalb dessen sich die personalisierte Medizin in der Schweiz bewegen kann.

Abschluss fand das Seminar durch den Vortrag von *Christian Albrecht*, der auf die Ohnmacht aufmerksam machte, die Ärzte, Angehörige, aber auch die betroffenen Patienten selbst verspüren, wenn es sich mit Patientenverfügungen auseinander zu set-

zen gilt. Das Referat war ein Spiegelbild des gesamten Seminars, bei dem es das Spannungsfeld Medizin-Ethik-Recht ging.

Das Seminar jedoch allein auf die wissenschaftlichen Beiträge zu reduzieren, würde die Anstrengungen verschweigen, die die Mitarbeiter des Züricher Kompetenzzentrums zum Gelingen dieses Seminars aufgewendet haben. Es lässt sich kaum eine passendere Umschreibung für das finden, was durch die schweizerische Organisation ermöglicht wurde: Es war eine gelungene Interdisziplinarität aus Wissenschaft, Kultur, Sport und Natur.

Beweislastumkehr und Macht im Arzthaftungsprozess Ein medizinrechtlicher Tagungsbericht zur 23. Jahrestagung der Gesellschaft Junger Zivilrechtswissenschaftler e. V.

von *Robert Briske, M.mel.*

Vom 5. bis 8. September 2012 fand in den Hallen der Humboldt-Universität sowie der Freien Universität Berlin die 23. Jahrestagung der Gesellschaft Junger Zivilrechtswissenschaftler mit mehr als 200 Teilnehmern statt. Übergreifendes Thema war „Macht im Zivilrecht“, welches u. a. durch Referate zur privaten Macht als Rechtssphänomen, Macht im Deliktsrecht und Machtbegrenzung im geistigen Eigentum konkretisiert wurde.¹ Trotz der Masse an komplexen wie interessanten Themen sowie dem reichhaltigen

Kultur- und Abendprogramm wird sich dieser Tagungsbericht nur auf die beiden Referate mit medizinrechtlichem Schwerpunkt konzentrieren. Zum einen „Macht und Ohnmacht des Patienten – Beweisrecht in der Arzthaftung“ von *Karolin Krockner* und zum anderen „Beweislastumkehr als Instrument der Machtverteilung im Zivilprozess“ von *Angie Schneider*.² Gerade die Schnittstelle von Arzthaftungsrecht und Prozessrecht illustrierte dabei die Machtverteilung von Arzt und Patienten.

I. „Macht und Ohnmacht des Patienten – Beweisrecht in der Arzthaftung“

Die höchstrichterliche Rechtsprechung geht davon aus, dass die besonderen Beweislastregeln des Arzthaftungsrechts dazu dienen, die „Waffengleichheit“ im Arzthaftungsprozess wiederherzustellen.³ Dies ist notwendig, um das Informationsgefälle zwischen Arzt und Patient auszugleichen.⁴ Krocker wählte in ihrem Referat jedoch einen anderen Ansatz: Die Beweisnot folge aus den Besonderheiten der Heilbehandlung als Gegenstand des Behandlungsvertrags. Da als Ursache für den Gesundheitsschaden sowohl die Krankheit des Patienten als auch der Behandlungsfehler des Arztes in Betracht komme (Doppelkausalität), komme es zu den typischen Aufklärungsschwierigkeiten im Arzthaftungsprozess.⁵ Diese Unklarheiten könne selbst der Arzt mit seinem überlegenen Fachwissen und Einblick in den Behandlungsablauf nicht beseitigen.

Daran knüpft zugleich ihre Kritik an der Rechtsprechung zum groben Behandlungsfehler an. Ein grober Behandlungsfehler hat in Arzthaftungsprozessen in der Regel eine Beweislastumkehr zur Folge.⁶ Dies sei nicht interessengerecht, da so der Arzt das Risiko der Beweisnot tragen müsse. Auch werde das Erfordernis des konkreten Ursachenzusammenhangs zwischen Behandlungsfehler und Schaden als Haftungsvoraussetzung vernachlässigt, da der Geschädigte bei schwerwiegenden Pflichtverlet-

zungen vollen Ersatz erhalte, obwohl die Kausalität nicht nachgewiesen sei.⁷ Schließlich führe diese Rechtsprechung zur Benachteiligung des Patienten bei der Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen bei einfachen Behandlungsfehlern.

Die Beweisnot beruhe auf einem fehlerhaften Verständnis der ärztlichen Leistungspflichten sowie der unzutreffenden „Strukturhoheit“ von Vertrags- und Deliktsrecht. Anders als § 823 BGB setze der vertragliche Schadensersatzanspruch aus § 280 I BGB gerade keine Rechtsgutsverletzung voraus. Vielmehr sei die sorgfältige Ausführung der geschuldeten Tätigkeit, zu der sich der Arzt verpflichtet hat, der korrekte Bezugspunkt der Risikoordnung. Verhalte sich der Arzt sorgfaltswidrig, so erhöhe er das Risiko eines Gesundheitsschadens. Der von der Rechtsprechung geforderte Beweismaßstab des § 286 ZPO sei für dieses Verständnis jedoch ungeeignet, da kaum „mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit“ festgestellt werden könne, ob sich dieses Risiko verwirklicht hat. Da die sorgfaltswidrige Behandlung eine vertragliche Hauptleistungspflicht verletze, müsse die Ursächlichkeit eines Behandlungsfehlers für den dadurch entstandenen Schaden nur den geringeren Beweismaßstab des § 287 ZPO erfüllen. Denn bei vertraglichen Schadensersatzansprüchen gehöre der Ursachenzusammenhang zwischen der Pflichtverletzung und dem Eintritt eines daraus erwachsenen allgemeinen Vermögensschadens nach ständiger

Rechtsprechung nicht mehr zur haftungsbegründenden, sondern zur haftungsausfüllenden Kausalität.⁸ Nach § 287 ZPO genügt für die richterliche Überzeugung eine überwiegende, auf gesicherter Grundlage beruhende Wahrscheinlichkeit. Schließlich präsentierte Krocker zusammenfassend folgenden Vorschlag: „Der Behandelnde haftet für eine schuldhaft pflichtverletzung bei der Behandlung. Ist der Arzt haftbar, so hat er den Schaden zu ersetzen, der mit hinreichender Wahrscheinlichkeit durch die Pflichtverletzung verursacht worden ist.“

Da die Rechtsprechung zum groben Behandlungsfehler im neuen § 630h V BGB perpetuiert wird, sind insoweit keine Änderungen zu erwarten.⁹ Entgegen dem ersten Anschein ist die Anwendung des § 287 ZPO im Arzthaftungsprozess (zumindest theoretisch) bereits de lege lata möglich und wird auch schon vereinzelt vertreten.¹⁰ Angesichts der ständigen Rechtsprechung zur Anwendung von § 287 ZPO bei Schadensersatzansprüchen im Vertragsrecht wäre dies sogar konsequent. Im Ergebnis läuft diese Überlegung auf eine Proportionalhaftung für verlorene Heilungschancen hinaus, wie sie in Frankreich seit langem anerkannt ist.¹¹

Die Anwendung der unterschiedlichen Beweismaßstäbe und ihre Differenzierung im Arzthaftungsprozess ist jedoch sehr stark in Rechtsprechung und Literatur gefestigt.¹² Zudem hat es die Bundesregierung im aktuellen Entwurf des Patientenrechtegesetzes ausdrücklich abgelehnt, eine Proporti-

onalhaftung und Beweiserleichterungen für einfache Behandlungsfehler einzuführen.¹³ Der interessante Ansatz von Krocker wird daher vermutlich nicht zu einem Rechtssprechungswandel im Beweisrecht führen.

II. „Beweislastumkehr als Instrument der Machtverteilung im Zivilprozess“

Schneider wählte für ihr Referat einen generelleren Ausgangspunkt und untersuchte die Zulässigkeit von anerkannten Fallgruppen der Beweislastumkehr. Dabei wurde ausführlich auf die Produzentenhaftung, die (grobe) Verletzung von Berufspflichten sowie die Verletzung von Aufklärungs-, Hinweis- und Beratungspflichten eingegangen.

Zunächst wurde „Beweislastumkehr“ definiert als Umkehr der objektiven Beweislast und nicht als Umkehr der Beweisführungslast (subjektive Beweislast).¹⁴ Um die Voraussetzungen für die Zulässigkeit einer Beweislastumkehr zu erfüllen, müsse nach Schneider zum einen eine abstrakt-generelle Regelung geschaffen werden und zum anderen müsse diese Regelung verfassungsrechtlichen Wertungen, wie z. B. den Geboten der Waffengleichheit, des fairen Verfahrens und der Verhältnismäßigkeit, entsprechen.

Da die Beweislast streng von der Beweiswürdigung zu trennen sei, könne die in der Rechtsprechung verwendete Figur der „Beweiserleichterung bis hin zur Beweislastumkehr“ keinen Bestand haben. Hauptkritikpunkt sei die

fehlende abstrakt-generelle Regelung vor dem Prozess, da unklar sei, wie die Rechtsprechung diese Figur anwenden werde.¹⁵ Im Gegensatz dazu genüge die auf die Hühnerpestentscheidung des BGH¹⁶ zurückgehende Rechtsprechung zur Produzentenhaftung den aufgestellten Kriterien.

Kritischer wurde die Ausdehnung der Beweislastumkehr bei grober Verletzung spezifischer Berufspflichten diskutiert. Selbst wenn man die nicht unumstrittene Figur des groben Behandlungsfehlers anerkenne, so sei eine Ausdehnung auf weitere Berufsgruppen abzulehnen. Die Figur rechtfertige sich aus der besonderen Verantwortungsbeziehung bzw. der existenziellen Auslieferung an den Schädiger und soll die Waffengleichheit im Prozess wiederherstellen. Allerdings sei unklar, welche Berufsgruppen erfasst sind und wann eine grobe Pflichtverletzung bestehe.¹⁷ Dagegen sei es der Rechtsprechung hinsichtlich der Beweislastumkehr bei Verletzung von Aufklärungs-, Hinweis- und Beratungspflichten gelungen, eine vorhersehbare, abstrakt-generelle Regelung zu treffen. Jedoch äußerte Schneider Zweifel, ob damit auch eine verfassungsrechtliche Notwendigkeit einer derartigen Machtverteilung verbunden sei.

Auch die in diesem Referat kritisierten Beweislastumkehr-Fallgruppen werden für den Bereich der Behandlungsverträge im neuen § 630h BGB in Gesetzesform gegossen. Die Ausdehnung auf andere Berufsgruppen wird davon allerdings nicht berührt. Inso-

weit hat Schneider einen sinnvollen Lösungsansatz gefunden.

¹ Das Tagungsprogramm kann unter www.junge.zivilrechtswissenschaftler.de abgerufen werden.

² Die Veranstalter planen einen Tagungsband, in dem alle Referate schriftlich ausgearbeitet erscheinen werden.

³ BVerfGE 52, 131 (146 f.); BGH, NJW 1984, 1823; NJW 1992, 754 (755).

⁴ BGH, NJW 1984, 1823.

⁵ Ähnlich auch Wagner: Gutachten zum 66. DJT, München 2006, A 59: „Da im Bereich der Arzthaftung mit einer nicht unerheblichen Grundwahrscheinlichkeit von Gesundheitsschäden zu rechnen ist, verursachen ärztliche Kunstfehler bei Licht besehen *in aller Regel* bloß eine Risikoerhöhung.“ (Hervorhebung im Original).

⁶ BGH, NJW 2004, 2011 (2012 f.) m.w.N.; G. Müller, G.: VersR 2005, 1461 (1468); Nebendahl, in: Igl; Welti: GesundheitsR, München 2012, Rn. 1058 ff.

⁷ Dies kritisierte bereits Wagner, (Fn. 5), A 60.

⁸ BGH, NJW 1989, 2687 (2688); NJW 1993, 3073 (3076); NJW 2000, 509 (509 f.); NJW-RR 1996, 781.

⁹ § 630h BGB ist Bestandteil des Gesetzesentwurfs der Bundesregierung zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 15.08.2012, BT-Drs. 17/10488, S. 6 f.

¹⁰ Wagner, (Fn. 5), A 61; ders., in: MüKo-BGB, 5. Aufl., München 2009, § 823 BGB Rn. 814 m.w.N.

¹¹ Dazu ausführlich Wagner, (Fn. 5), A 57-61 m.w.N.

¹² Statt vieler nur Müller: VersR 2005, 1461 (1468) m.w.N.

¹³ BT-Drs. 17/10488, S. 11 f.

¹⁴ Zu den Begriffen Schilken: ZPO, 6. Aufl., München 2010, Rn. 501 f.

¹⁵ Vgl. aber BGH NJW 2004, 2011(2012): „Das hat der erkennende Senat in zahlreichen neueren Entscheidungen verdeutlicht und dabei klargestellt, dass es der Sache nach um die Umkehr der Beweislast geht und dass deren Verlagerung auf die Behandlungsseite im Hinblick auf die geringe Schadensneigung des Fehlers

nur ausnahmsweise dann ausgeschlossen ist, wenn der Ursachenzusammenhang zwischen grobem Behandlungsfehler und Schaden gänzlich bzw. äußerst unwahrscheinlich ist.“

¹⁶ BGHZ 51, 91 = NJW 1969, 269.

¹⁷ Skurriles Beispiel für die Überstrapazierung dieser Rechtsfigur ist die Anwendung der Be-

weislastumkehr bei der Haftung eines Würstchenverkäufers für die durch ein „Currygerät“ verursachten Stromschläge, OLG Köln, OLGZ 1970, 311. Das OLG Köln nahm ausdrücklich Bezug auf die Rechtsprechung zum groben Behandlungsfehler, OLGZ 1970, 311 (315).

REZENSION

Amir Muzur, Hans-Martin Sass (Eds.)

Fritz Jahr and the Foundations of Global Bioethics

The Future of Integrative Bioethics

Reihe: Ethik in der Praxis / Practical Ethics – Studien / Studies

Bd. 37, 400 S., 49.90 EUR, gb., Lit Verlag, Berlin 2012, ISBN 978-3-643-90112-5

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

„Achte jedes Lebewesen grundsätzlich als einen Selbstzweck, und behandle es nach Möglichkeit als solchen!“, so lautet die bio-ethische Forderung Fritz Jahrs, die er 1927 in „Kosmos. Handweiser für Naturfreunde“¹ publizierte. Jahr gilt mit seinem Imperativ als „Vater der Bioethik“. Die Forderung Jahrs könnte kaum aktueller sein, wo im Juli dieses Jahres im „National Geographic“ erneut über Grundrechte für Menschenaffen nachgedacht wurde.²

Fritz Jahr wurde am 18. Januar 1895 in Halle (Saale) geboren. Nach der Schule studierte er Philosophie und Musik. Den Sommer 1915 verbrachte er als Kriegsfreiwilliger. 1921 wurde er Pastor. Danach war er als Lehrer an verschiedenen Schulen tätig. Von 1930-1933 war er Pastor in Kanena.

Danach zog er sich von seinem Dienst zurück. 1945 bewarb er sich wieder um den Schuldienst und war fortan als Musiklehrer beschäftigt.

Quasi im Vorgriff des sechzigsten Todestages Jahrs – er starb am 1. Oktober 1953 – ist im Lit Verlag ein englischsprachiger Sammelband erschienen. Er beinhaltet nicht nur die kurzen Texte Jahrs, die sich mit Glaubensfragen, Tierschutz und Sexualethik beschäftigen, sondern darüber hinaus versammelt er Tagungsbeiträge des ersten internationalen Fritz Jahr-Symposiums, das im März 2011 in Rijeka/Opatja in Kroatien stattfand, und Beiträge anderer internationaler Wissenschaftler, was die englische Sprache des Buches erklärt.³

Üblicherweise wird der Begriff Bio-

ethik dem Amerikaner Van Rensselaer Potter zugeschrieben, der den Terminus in seinem Artikel „Bioethics, the science of survival“⁴ verwendet. In der Folge kristallisierte sich in den 1970er Jahren in den USA eine prinzipienorientierte Bioethik heraus, dessen berühmteste Blüte das Werk von Tom L. Beauchamp und James F. Childress „Principles of Biomedical Ethics“ sein dürfte. Allerdings fokussierte sich der US-amerikanische Bioethikbegriff vornehmlich auf die Gebiete der medizinischen Wissenschaften und ihrer Technologien – und weniger auf ein ontologisches Konzept, bleibt mithin ganz der anthropozentrischen Tradition verhaftet.

Schon mit der Einleitung von Amir Muzur und Hans-Martin Sass klingt „Fritz Jahr and the Foundations of Global Bioethics“ nach einer Befreiung vom Kant’schen – ‚anthropozentrischen‘ – Kategorischen Imperativ, obgleich sich Jahr mit Kant in einer gewissen Tradition sieht. Jahr weist daraufhin, dass Kant von einer grausamen Behandlung der Tiere absah, da dadurch der Mensch abgestumpft werde. Er vergisst aber zu erwähnen, dass Kant „ihre behende (ohne Qual) verrichtete Tötung [...] unter die Befugnisse des Menschen“⁵ zählte. Es stellt sich somit die Frage, was Jahr in seinem Imperativ mit „nach Möglichkeit“ meinte. Wo fängt die Behandlung des Lebewesens als Selbstzweck an? Beim Zerstören der Blumen am Wegesrand durch „Flegel“, über die Jahr sich aufregen konnte? Wo hört die Behandlung als Selbstzweck auf?

Jahr konstatiert denn auch, dass das „Schlachten und Töten der Tiere [...] schlechterdings unvermeidlich“⁶ sei, da der Mensch seinen Lebensraum ausweite.

Der ethische Anspruch, alle Lebewesen beim Handeln zu berücksichtigen, findet sich bereits in der Antike. Schon Pythagoras sah vom Verzehr der Tiere aus Gründen der Seelenverwandtschaft ab. Auch bestimmte Gemüsesorten wollte er verschont wissen. Der Buddhismus, der ohnehin von der Geistigkeit der animalischen Welt ausgeht, ist sicher noch konsequenter. Fritz Jahr nennt zudem Franz von Assisi als Vorbild. Die Annahmen Charles Darwins wie auch Forschungen zur Physiologie und Psychologie von Tieren und Menschen waren ihm vertraut und ließen ihn nicht folgern, wie andere vor ihm, es ginge bloß um die Durchsetzung von Macht. Jahr war sich des „Kampfs ums Dasein“ sehr wohl bewusst. Gerade deshalb kann Macht dazu benutzt werden, andere Lebewesen als Selbstzweck zu deuten. Dass er den Begriff „Bio-Ethik“ nicht nur auf Tiere, sondern auch auf Pflanzen ausdehnte, macht ihn im ethischen Diskurs Europas für die jüngere Zeit originell.

Der umgreifende bioethische Ansatz wird im Sammelband in unterschiedlichen Facetten durchdekliniert. Ob jedoch die Hinwendung des Menschen zur vegetativen und zoologischen Welt durch Mitleid, Liebe oder Solidarität, gar die eigene empfindsame „Seele“ wird bemüht, begründbar ist, mag indes zweifelhaft sein. Diese

Herleitungen können ohne Einbettung in ein weltanschauliches Konzept nicht überzeugen, wenn es darum geht, die Schwelle vom Selbstzweck zum Nutzen zu auszuloten. Kants Antwort dagegen, so eingeschränkt sie sein mag, konzentriert sich aufs Wesentliche: Ich soll Tiere gut behandeln, damit ich moralisch in meinem Gefühl für andere Menschen nicht korrumpiert werde. Eine solche einleuchtende Selbstbezüglichkeit fehlt den meisten Beiträgen des Buchs, die zum Teil dem anfangs angedeuteten euphorischen Tonfall allzu leichtfertig applaudieren. Wie bereits erwähnt: Der Buddhismus hatte den Zusammenhang zwischen den Lebewesen bereits konsequenter gedacht.

Jahrs Imperativ wird denn auch als Chance gesehen, aus dem antik-christlichen Anspruch des „westlichen“ Menschen, sich die Erde Untertan zu machen, auszurechnen, nicht zuletzt deshalb, da der Umgang mit Tieren und Pflanzen großindustriell im Argen liegt. Demgemäß schließt das Buch auch mit der „Rijeka Declaration on the Future of Bioethics“, von welcher sich die Unterzeichner eine „bridge to the future“ (Potter) erhoffen. Denn zurecht wird auch darauf hingewiesen, dass zeitgenössische Bioethik mehr ein Feld spezifischer Kontroversen geworden ist, denn ein Feld generellen Umdenkens.

Ungeachtet der Kritikpunkte ist die Veröffentlichung wichtig, da sie historisch einen Beitrag zur Genese des Begriffs Bioethik leistet. Wenn die Herausgeber und Autoren ihren An-

spruch, entanthropologisch die Ethik zu denken, ernst meinen, Bedarf es allerdings noch weiterer Anstrengungen. Fraglich bleibt ab wann, wo und wie die Schwelle zum Selbstzweck zu denken ist und auf welche Weise eine Ethik die Anthropologie entbehren kann.

1997 erfolgte die Wiederentdeckung Fritz Jahrs auf einer Konferenz in Tübingen.⁷ Weitere Wiederentdeckungen sind ihm zu wünschen. Doch mehr noch ist ein Transzendieren des Jahr’schen Ansatzes wünschenswert.

¹ Jahr, Fritz: Bio-Ethik. Eine Umschau über die ethischen Beziehungen des Menschen zu Tier und Pflanze, in: Kosmos. Handweiser für Naturfreunde 1927, 24(1): 2-4.

² <http://www.nationalgeographic.de/reportagen/grundrechte-fuer-menschenaffen>, 4.12.12. Das von Paola Cavalieri und Peter Singer initiierte Great Ape Project forderte diese Rechte bereits seit 1993 ein. <http://greatapeproject.de/>, 3.12.12.

³ Die Schriften Jahrs in deutscher Sprache sind zugänglich in: Aufsätze zur Bioethik 1927-1947, Werkausgabe. Herausgegeben von Arnd T. May und Hans-Martin Sass, Berlin 2012 .

⁴ Potter, Van Rensselaer: Bioethics: The science of survival, Perspectives on Biology and Medicine 14 (1970): 127–153.

⁵ Kant, Immanuel: Metaphysik der Sitten, Werkausgabe VIII, Wilhelm Weischedel (Hrsg.), Frankfurt am Main 1993, S. 579.

⁶ Jahr, Fritz: Der Tod und die Tiere. Eine Betrachtung zum 5. Gebot, in: Mut und Kraft, Halle 1928, 5(1): 5-6, hier S. 5.

⁷ Löther, Rolf: Evolution der Biosphäre und Ethik, in: Ethik der Biowissenschaften: Geschichte und Theorie – Beiträge zur 6. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Geschichte und Theorie der Biologie (DGGTB) in Tübingen 1997, Engels, Eve-Marie; Junker, Thomas; Weingarten, Michael (Hrsg.), Berlin 1998, S. 61–68.

Im Porträt

von Romy Petzold, M.Mel.

Prof. Dr. med. Friedrich-Wilhelm Rath

Was zeichnet einen einzelnen Menschen aus? Ist es ein gerader Weg, beginnend mit dem einmal gefassten Entschluss, Medizin zu studieren, der fortan alle Lebensphasen bis weit nach seiner Emeritierung prägt? Oder ist es das soziale Gefüge, das Gründen und Gedeihenlassen einer Familie, die den Charakter bestimmen und formen? Sind es Wertevorstellungen wie beispielsweise Zuverlässigkeit, auf die Prof. Dr. Rath nicht nur in den meisten seiner Antworten für dieses Portrait zu sprechen kommt, sondern die er vor allem auch selbst lebt? Oder ist es der Umstand, seine Ansprüche an sich selbst der Aktualität des vermittelten und angewandten Fachwissens zu verpflichten? Ist es vielleicht neben allen Verpflichtungen die wirkliche Identifikation mit und offensichtliche Freude am eigenen Wirken in seinem Fachgebiet und für die Fakultät? Oder ist es die Wertschätzung des Interesses Anderer?



Foto: privat

Herr Prof. Dr. Rath, der seit 1945 17. Dekan der Halleschen Medizinischen Fakultät (1992 bis 1996), entschloss sich frühzeitig, statt des ursprünglich geplanten Musikstudiums Medizin zu studieren. Der Pathologie ist er bis heute u. a. durch seine regelmäßige Vorlesung „Allgemeine Krankheitslehre für Juristen“ im MER treu geblieben. Die Aktualität des von ihm vermittelten Fachwissens pflegt er immer wieder aufs Neue, mindestens seit den 1950er Jahren. Dass sich Prof. Rath nicht allein auf Pflichterfüllung beruft, sondern sich mit dem, was er tut, absolut identifiziert, weiß, wer sein Wirken erlebt (hat). Das große Interesse und die Disziplin der Studenten des MER schätzt er ebenso, wie er – zu Recht – auf deren sympathische Wahrnehmung seiner Person vertraut.

Woran auch immer jeder Einzelne nun einen Mensch mit Charakter ausmachen mag: Prof. Rath strahlt ihn nicht nur aus, sondern er verfügt in allen wichtigen Lebensbereichen über ein Gutmaß daran.

Redaktionsanschrift:

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

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

Gestaltung:

Andreas Walker
Sven Wedlich

Druck:

RT Reprotechnik.de GmbH
Prager Str. 13
04103 Leipzig

Druck mit freundlicher Unterstützung
der Stiftung Rechtsstaat Sachsen-Anhalt e. V.

Redaktionsleitung:

Stephanie Schmidt
Dr. Andreas Walker
Sven Wedlich

Redaktion:

Heidi Ankeremann
Helena Bebert
Dr. Adam Gasiorek-Wiens
Anna Genske
Lysann Hennig
Dr. Kerstin Junghans
Franziska Kelle
Romy Petzold
Martina Resch
Philipp Skarupinski

Gastautoren dieser Ausgabe:

Prof. Marlies Ahlert
Tania Becker
Robert Briske
Nina Bucholtz
Dr. Rahel Eckardt
Prof. Reimer Gronemeyer
Prof. Dirk M. Hermann
Dr. Andreas Linsa
Prof. Eckhard Nagel
Andreas Raschke
Verena Rothe
Dr. Lars Schwettmann
Prof. Alexander Sturm
Dr. Markus Thier
Dr. Michael Wunder

Die ZfMER erscheint zweimal im Jahr.

Thema des nächsten Heftes

Beschneidung
(Frühjahr 2013)

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.