

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 15.01.2014.

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

Perspektiven des Gesundheitssystems

Bringt das Patientengesetz neue zivilrechtliche
Pflichten und Haftungsrisiken für Ärzte?

Weibliche Genitalverstümmelung

Stammzelltourismus

Präferenzen zur Priorisierung in der
Gesundheitsversorgung

Interview

„Eine Lunge ist etwas Schönes!“
Roland Kaiser im Gespräch

Tagungsbericht

Seminar „Medizinrecht – aktuelle
Rechtsfragen“ in Halle

Liebe Leserinnen und Leser!

Die Akteure des Gesundheitswesens sehen sich mit richtungsweisenden Entwicklungen konfrontiert. Diese beruhen unter anderem auf dem medizinischen Fortschritt, wie der Stammzellforschung, und den damit einhergehenden rechtlichen und ethischen Fragestellungen, aber auch auf den strukturellen Gegebenheiten innerhalb der Gesellschaft, welche Fragen der finanziellen und ressourcenabhängigen Sicherstellung der medizinischen Versorgung aufwerfen.

Dabei hat sich das Gesundheitswesen immer weiter zu einem expandierenden Markt entwickelt, der mitunter selbst durch Angebot Nachfrage generiert. Da scheint es nur eine logische Konsequenz zu sein, dass der Patientenschutz zunehmend in den Fokus gerät und bestehende Prozesse kritisch hinterfragt werden.

Die Einführung des Patientenrechtegesetzes war nur der erste Schritt zur Stärkung der Patientenrechte. So ist aktuell dem Koalitionsvertrag „Deutschland Zukunft gestalten“ auch zu entnehmen, dass Patienten die Möglichkeit haben sollen, die Notwendigkeit bestimmter planbarer Operationen durch eine Zweitmeinung überprüfen zu lassen. Hierfür soll der behandelnde Arzt den Patienten über die Möglichkeit der Zweitmeinung aufklären. Ferner soll die Korruption im Gesundheitswesen mittels eines eigenen Straftatbestandes sanktioniert werden.

Die Perspektiven der medizinischen Versorgung sind in Anbetracht des Fortschritts vielversprechend, jedoch wird sich die Gesellschaft zunehmend mit der Frage der Finanzierbarkeit auseinandersetzen müssen. Hierbei werden Themen des effizienteren Ressourceneinsatzes bis hin zur Rationierung von medizinischen und pflegerischen Leistungen in den Fokus gesundheitspolitischer Betrachtungen treten. Die ZfMER wird sich daher in Zukunft nicht nur mit den aktuellen Fragen der Bereiche Medizin-Ethik-Recht befassen, sondern die Perspektiven des Gesundheitswesens vermehrt zur Diskussion stellen.

Wir danken den Autoren dieser Ausgabe für Ihre Beiträge und wünschen Ihnen eine anregende Lektüre.

Franziska Kelle
Andreas Walker
Sven Wedlich

Redaktionsleitung

INHALT

	Editorial	3		INTERVIEW	
	IM FOKUS: PERSPEKTIVEN DES GESUNDHEITSWESENS				
<i>Gerfried Fischer</i>	Bringt das Patientengesetz neue zivilrechtliche Pflichten und Haftungsrisiken für Ärzte?	6	<i>Maria Busse</i> <i>Franziska Kelle</i>	„Eine Lunge ist etwas Schönes!“ Ein Gespräch mit Roland Kaiser	59
<i>Gabriele Halder</i>	Weibliche Genitalverstümmelung	16		TAGUNGSBERICHT	
<i>Sebastian T. Vogel</i>	§ 226a – Gekommen, um zu bleiben: Warum man das Verbot der weiblichen Genitalverstümmelung kritisieren, aber nicht kassieren kann.	22	<i>Maria Busse</i> <i>Franziska Kelle</i> <i>Franziska Wagener</i>	Seminar „Medizinrecht – aktuelle Rechtsfragen“ in Halle	62
<i>Thomas Dittmar</i>	Stammzelltourismus – das perfide Geschäft von Stammzellkliniken mit der Verzweiflung unheilbar erkrankter Menschen	28		Impressum	66
<i>Marlies Ahlert</i> <i>Lars Schwettmann</i>	Präferenzen zur Priorisierung in der Gesundheitsversorgung. Ergebnisse normativ geleiteter experimenteller Studien	42			
<i>Andreas Walker</i>	Zwischen-Welten. Überlegungen zur Eigenverantwortung im Gesundheitswesen	47			
<i>Sven Wedlich</i>	Erlaubnispflichtige Ausübung nach dem Heilpraktikergesetz. Rechtsprechungsübersicht und das Paradoxon Zirkumzision	54			

Bringt das Patientenrechtegesetz neue zivilrechtliche Pflichten und Haftungsrisiken für die Ärzte?¹

von Prof. Dr. iur. Gerfried Fischer, LL.M.

1. Einleitung

Am 26.02.2013 ist das Patientenrechtegesetz in Kraft getreten. Sein offizieller, wie bei neueren Gesetzen üblich, plakativer, mit sozialem Öl gesalbter Titel lautet „Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“. Obwohl es auch gewisse Verbesserungen gegenüber den Krankenkassen bringt, liegt sein Schwerpunkt im Zivilrecht, weshalb seine wesentlichen Vorschriften ins BGB aufgenommen worden sind, und zwar in den §§ 630a bis 630h. Diese regeln den Behandlungsvertrag zwischen Patienten auf der einen und Behandelnden, d. h. vor allem Ärzten und Krankenhäusern, auf der anderen Seite. Das Zivilrecht kann jedoch keine Vermögenswerte schaffen, sondern nur vorhandene verteilen. Wenn also die Rechte der Patienten verbessert werden, liegt es nahe, dass die Pflichten und Belastungen der Behandlungsseite entsprechend steigen.² Ärzte und Krankenhäuser fragen deshalb mit Recht, ob auf sie neue Pflichten und Haftungsrisiken zukommen. Eine Antwort lässt sich zum Teil schon aus der Kritik von Verbraucherschützern und Patientenorganisationen entnehmen. Sie bezeichnen die Änderungen als unbedeutend.

Die Apothekenumschau schildert sie unter dem Titel „Kein großer Wurf“³. In der Tat schreibt das Gesetz weitgehend nur das fest, was schon vorher aufgrund ständiger Rechtsprechung der deutschen Gerichte galt. Ein ganz wesentlicher Vorteil dürfte jedoch die größere Transparenz sein. Sie entsteht daraus, dass die Hauptregeln sich jetzt aus dem Gesetz selbst ergeben und rechtssuchende Patienten wie Ärzte sie nicht erst in einer Vielzahl von Entscheidungen suchen müssen. Auch die gerichtlichen Urteile werden verständlicher, wenn sie bei Klagen von Patienten Haftungsvoraussetzungen erörtern, die direkt im Gesetz stehen. Ich werde deshalb im Folgenden die wichtigsten Regelungen der neuen Vorschriften besprechen und darlegen, ob und inwieweit sie den bisherigen entsprechen. Zentrale Haftungsgrundlagen bilden weiterhin Behandlungsfehler auf der einen und die Verletzung von Aufklärungspflichten auf der anderen Seite.

2. Behandlungspflichten und Behandlungsfehler

1. Inhalt der Behandlungspflicht im Allgemeinen, § 630a Abs. 2 BGB

Nichts geändert hat sich daran, dass Arzt und Krankenhaus nicht für einen Misserfolg der Behandlung, sondern nur für deren fehlerhafte Durchführung haften. Das kommt im Gesetz schon dadurch zum Ausdruck, dass der Behandlungsvertrag als Unterfall des Dienst-, nicht des Werkvertrages geregelt wird. Der Arzt schuldet nicht den Heilerfolg, sondern, wie § 630a Abs. 2 BGB wörtlich sagt, die Behandlung nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist. Die zuletzt genannte Einschränkung war im Referentenentwurf noch nicht enthalten, hätte sich aber auch ohne ihre ausdrückliche Festschreibung aus dem in Schuldrecht geltenden Grundsatz der Vertragsfreiheit ergeben. Es ist also durchaus möglich, dass ein bestimmter Erfolg versprochen wird, etwa bei einer kosmetischen Operation, dass keine sichtbaren Narben verbleiben. Wichtiger ist, dass auch Abweichungen vom allgemein anerkannten Fachstandard zur Zeit der Behandlung vereinbart werden können, etwa die Anwendung von noch zu erprobenden oder von alternativen Behandlungsmethoden. Heilversuche und naturheilkundliche Behandlungen stellen also weiterhin keinen Behandlungsfehler dar, wenn der Patient sich

nach entsprechender Aufklärung damit einverstanden erklärt.

2. Mitwirkungs- und Informationspflichten, § 630c BGB

Neue Arten von Pflichten scheint auf den ersten Blick § 630c BGB unter der Überschrift „Mitwirkung der Vertragsparteien; Informationspflichten“ zu bringen. Doch das täuscht. In Absatz 1 heißt es zwar ganz allgemein, dass Behandelnder und Patient zur Durchführung der Behandlung zusammenwirken sollen. Aber in den beiden folgenden Absätzen werden dann Pflichten des Behandelnden konkretisiert, die die Rechtsprechung auch vorher schon, wenn auch unter anderem Namen statuiert hatte. Das gilt vor allem für die in Absatz 2 Satz 1 genannte Pflicht, „dem Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen.“ Das ist nichts anderes als die bisherige Pflicht zur therapeutischen bzw. Sicherungsaufklärung. Ergeben sich etwa aus dem EKG Anzeichen für eine Herzerkrankung, muss der Arzt den Patienten darüber belehren, dass dieser sportliche Belastungen vermeiden muss.⁴ Ebenso muss ein Patient nach einer Augenoperation darüber aufgeklärt werden, dass die histologische Untersuchung einen

Tumor mit hohem Metastaserisiko ergeben hat,⁵ damit er entsprechende Nachsorgeuntersuchungen vornimmt. Sterilisationseingriffe bieten nicht immer eine Erfolgsgewähr, und deshalb muss z. B. ein Sterilisationspatient auf die Notwendigkeit eines Kontrollspermiogramms hingewiesen werden,⁶ eine Patientin auf das Risiko eines Fehlschlags oder einer Spätreakanalisation.⁷

Die Verletzung dieser Pflicht führte und führt anders als die der sogenannten Selbstbestimmungsaufklärung nicht zur Unwirksamkeit der Einwilligung des Patienten in die Behandlung und damit zu einer Körper- oder Gesundheitsverletzung, sondern sie begründet einen Schadensersatzanspruch nach § 280 I 1 BGB. Die Nichterfüllung dieser Art von Pflichten muss der Patient beweisen, während der Beweis dafür, dass die Selbstbestimmungsaufklärung erfolgt ist, dem Arzt obliegt.

In § 630c Abs. 2 Satz 2 BGB wird allerdings eine besondere Pflicht zur Aufklärung geregelt, deren Existenz und Umfang bisher umstritten war,⁸ nämlich die zur Aufklärung über Behandlungsfehler des Behandlenden selbst oder eines Dritten. Die Vorschrift verlangt diese Aufklärung zunächst einmal dann, aber auch nur dann, wenn dem Arzt Umstände erkennbar sind, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen. Eine selbständige Pflicht, solche Umstände zu ermitteln, besteht also nicht.⁹ Weitere Voraussetzung ist, dass der Patient ausdrücklich danach fragt

oder dass die Information zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren erforderlich ist. Ohne Nachfrage muss also die Offenbarung therapeutisch indiziert sein. Sie soll nicht Ausfluss einer allgemeinen Fürsorgepflicht sein, wie sie etwa rechtsberatende Berufe trifft, sondern der Erfüllung des Behandlungsauftrags dienen. Das Hauptbedenken gegen eine Pflicht zur Offenbarung eigener Fehler liegt natürlich darin, dass es für den Arzt nicht zumutbar ist, selbst die Hand zu seiner strafrechtlichen Verfolgung zu reichen. Deshalb bestimmt Absatz 2 Satz 3, dass diese Information nur mit Zustimmung des Arztes zu Beweis Zwecken in einem gegen ihn oder seine Angehörigen gerichteten Straf- oder Bußgeldverfahren verwendet werden darf.

Ein weiterer Streitpunkt, den § 630c BGB beseitigen will, betrifft die sogenannten wirtschaftliche Aufklärungspflicht, bei der es um die Übernahme bzw. richtiger die Nichtübernahme von Behandlungskosten durch einen Dritten, d. h. die gesetzliche oder private Krankenversicherung geht. Gegen diese Aufklärungspflicht ist oft eingewandt worden, dass die Klärung der versicherungsrechtlichen Ansprüche ureigene Sache des Patienten als Versicherten und nicht des Arztes als Außenstehenden sei. Dem ist jedoch entgegenzuhalten, dass der Arzt über die größere Sachkenntnis hinsichtlich der konkreten Behandlung verfügt und mit der gesetzlichen Krankenkasse auch selbst abrechnet. Bei privat versicherten Patienten weiß er

zumeist ebenfalls, dass bestimmte, insbesondere die sogenannten individuellen Gesundheitsleistungen, nicht erstattet werden. § 630c Abs. 3 BGB folgt deshalb zu Recht der bisherigen Rechtsprechung und statuiert eine Informationspflicht, wenn der Behandelnde weiß, dass die vollständige Kostenübernahme nicht gesichert ist oder sich nach den Umständen hierfür hinreichende Anhaltspunkte ergeben. Er muss den Patienten dann in Textform vor Behandlungsbeginn über die voraussichtlichen Behandlungskosten informieren. Im Referenten- und im Regierungsentwurf hieß es noch, dass der Behandelnde, wenn er weiß, dass die Kostenübernahme nicht gesichert ist, den Patienten darüber informieren muss. Dass es nach der endgültigen Fassung genügt, dass sich aus den Umständen dafür hinreichende Anhaltspunkte ergeben, ist ein Fortschritt schon deswegen, weil der Nachweis der positiven Kenntnis des Arztes im Prozess schwierig sein kann. Unzureichend ist dagegen die schlichte Information über die Kosten ohne jeden Hinweis wenigstens auf die Unsicherheit einer Erstattung. Auch wenn das Gesetz ihn jetzt nicht mehr ausdrücklich verlangt, ist er m. E. aufgrund von Treu und Glauben notwendig, um bei jedem Patienten das Bewusstsein für das Problem zu wecken.

3. Einwilligung und Aufklärung

1. Einholung der Einwilligung, § 630d BGB

Die Einwilligung des Patienten ist seit jeher grundsätzliche Voraussetzung für einen rechtmäßigen Eingriff in Körper oder Gesundheit des Patienten. Ohne sie ist der Eingriff rechtswidrig. § 630d BGB geht bewusst weiter und statuiert eine selbständige Pflicht aus dem Behandlungsvertrag, vor Durchführung einer medizinischen Behandlung, also gegebenenfalls auch einer ohne Eingriff in diese Rechtsgüter, die Einwilligung einzuholen. Die Nichteinholung wird damit zur Pflichtverletzung nach § 280 Abs. 1 BGB.¹⁰ Theoretisch könnten sich daraus Schadensersatzansprüche auch ohne Körper- oder Gesundheitsschäden ergeben. Doch muss es sich um Vermögensschäden handeln, die aus einer Verletzung des Selbstbestimmungsrechts resultieren, und der Schutzzweck der Einwilligung in die Behandlung muss darauf gerichtet sein, gerade auch Vermögensverluste dieser Art zu vermeiden. Das ist schwer denkbar. Ein Schmerzensgeld nach § 253 Abs. 2 BGB kommt nur bei Verletzung der dort genannten Rechtsgüter in Betracht, neben Körper und Gesundheit sind dies die Freiheit und die sexuelle Selbstbestimmung.

§ 630d Abs. 1 Satz 2 BGB verlangt bei Einwilligungsunfähigkeit des Patienten die Einholung der Einwilligung des hierzu Berechtigten, d. h. also eines gesetzlichen Vertreters oder Vorsorgebevollmächtigten. Er macht aber

eine Ausnahme, wenn eine Patientenverfügung nach § 1901a Abs. 1 Satz 1 BGB die Maßnahme gestattet oder untersagt. Es wird also davon ausgegangen, dass die Patientenverfügung selbst die Einwilligung oder Ablehnung darstellt. Dafür spricht auch, dass es in dieser Vorschrift weiter heißt, dass der Betreuer prüfen soll, ob die Festlegungen der Patientenverfügungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen, um dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Anders als im Fall des § 1901a Abs. 2 BGB bei fehlender Festlegung durch die Patientenverfügung hat der Vertreter also nicht selbst zu entscheiden. Das ist insofern nicht unproblematisch, als die Patientenverfügung im deutschen Recht im Gegensatz etwa zum österreichischen¹¹ keine ärztliche Aufklärung voraussetzt. Die in der Patientenverfügung erteilte Einwilligung in Eingriffe wird also offenbar ohne Aufklärung für wirksam gehalten. Im Vordergrund derartiger Verfügungen steht freilich die Ablehnung lebensverlängernder Behandlungen, und für die Ablehnung ist die Aufklärung auch sonst keine Wirksamkeitsvoraussetzung. Umso wichtiger ist natürlich die Feststellung, dass die Verfügung auch wirklich auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutrifft, und das sollte im Dialog von Arzt und Betreuer festgestellt werden.

Schon bisher galt, dass bei unaufschiebbaren Maßnahmen die mutmaßliche Einwilligung ausreichen kann. Jetzt sagt § 630d Abs. 1 Satz 4

das ausdrücklich. Die Absätze 2 und 3 des § 630d BGB geben ebenfalls bisherige Grundsätze wieder, dass nämlich die Wirksamkeit der Einwilligung von der erfolgten Aufklärung abhängt und dass die Einwilligung jederzeit formlos und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden kann.

2. Aufklärungspflichten, § 630d BGB

Nachdem die bisherigen Sicherungs- bzw. therapeutischen Aufklärungspflichten in Informationspflichten umbenannt worden sind, betreffen die in § 630d BGB geregelten Aufklärungspflichten nur noch die sogenannten Selbstbestimmungsaufklärung. Das kommt schon in Absatz 1 Satz 1 zum Ausdruck, der zur Aufklärung über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände verpflichtet. Zu diesen gehören nach Absatz 1 Satz 2 wie bisher insbesondere Art, Umfang, Durchführung der ärztlichen Maßnahme, zu erwartende Folgen und Risiken, sowie Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten. Ausdrücklich gefordert wird in Absatz 1 Satz 3 der Hinweis auf Alternativen, wenn mehrere medizinisch gleichwertige, indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen. Bestehen solche wesentlichen Unterschiede nicht, bleibt es bei dem bisherigen Grundsatz, dass die Wahl der Behandlungsmethode primär im Ermessen des Arztes liegt, er also auch die wählen kann, mit der er vertraut ist oder in der er die bessere

Übung hat, etwa wenn es darum geht, ob ein Beinbruch genagelt oder verplattet¹² oder ob ein Kind durch Zangengeburt oder mit Vakuumextraktion geholt wird.¹³

Was die Form der Aufklärung betrifft, hält § 630e Abs. 2 BGB daran fest, dass sie mündlich erfolgen soll, aber ergänzend auf Unterlagen Bezug genommen werden kann, die der Patient in Textform, d. h. schriftlich erhält. Sie muss weiterhin so rechtzeitig erfolgen, dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann und sie muss für ihn verständlich sein. Der Gesetzgeber geht hier vom Idealbild des verständigen und rational abwägenden Patienten aus, dessen Realität nicht zu Unrecht wiederholt in Zweifel gezogen worden ist. Es dürfte jedoch kaum möglich sein, eine davon abweichende Regelung zu finden, die nicht die Gefahr der Bevormundung des Patienten und der Verletzung seines durch Artikel 1 und 2 GG geschützten Selbstbestimmungsrechts heraufbeschwört.

Ärzte hätten sich sicher gewünscht, dass der Umfang der aufklärungsbedürftigen Risiken eingeschränkt worden und etwa ein Seltenheitsgrad genannt worden wäre, unterhalb dessen es keiner Aufklärung mehr bedarf. Das ist nicht geschehen. Es bleibt also mit der bisherigen Rechtsprechung dabei, dass u. U. auch extrem seltene Risiken genannt werden müssen, wie etwa das allgemeine Ansteckungsrisiko von 1:15,5 Mio. bei einer Kinderlähmungsimpfung.¹⁴ Direkt angesprochen wird

diese Frage nicht einmal in der Gesetzesbegründung, sondern allenfalls mittelbar bei der Erläuterung der in § 630e Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 BGB statuierten Pflicht zur patientenverständlichen Aufklärung. Diese soll insbesondere bei medizinisch dringend notwendigen Maßnahmen möglichst schonend und behutsam erfolgen, während bei kosmetischen Behandlungen „etwailge Risiken deutlich und schonungslos vor Augen geführt werden sollen, [...] selbst wenn diese auch nur entfernt als eine Folge der Maßnahme in Betracht kommen“¹⁵. Es bleibt also bei dem Grundsatz, dass der Umfang der erforderlichen Aufklärung in umgekehrtem Verhältnis zur Dringlichkeit der Behandlung steht: je dringlicher der Eingriff, desto eher sind Abstriche bei der Aufklärung zulässig; je weniger dringlich oder gar medizinisch entbehrlich die Maßnahme, desto intensiver muss die Aufklärung sein.¹⁶

4. Dokumentation, Einsicht und Beweislast

1. Dokumentationspflicht und Einsichtsrecht, §§ 630f, 630g BGB

Der Behandelnde ist verpflichtet, eine Patientenakte zu führen und darin sämtliche für die derzeitige und zukünftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen. Das galt schon seit einer Entscheidung¹⁷ des BGH aus dem Jahre 1978 und ist nunmehr in § 630f BGB niedergelegt, wo zugleich eine Aufbewahrungsfrist von zehn Jahren

nach Ende der Behandlung angeordnet wird. Ebenso hat der BGH seit 1982 in einer Reihe von Entscheidungen dem Patienten ein Einsichtsrecht in die ihn betreffenden Krankenunterlagen zugesprochen, dies freilich auf objektive Befunde und Berichte über Behandlungsmaßnahmen beschränkt.¹⁸ § 630g BGB gibt dem Patienten jetzt das Recht auf unverzügliche Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte, soweit dem nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Mit dieser anders formulierten Begrenzung soll Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts zum Schutz des informationellen Selbstbestimmungsrechts des Patienten Rechnung getragen werden. Es verlangt, dass dessen Informationsinteresse und die ihm entgegenstehenden Interessen gegeneinander abgewogen werden.¹⁹ Dazu ist, wie es in der Gesetzesbegründung heißt, „erforderlich, dass die zu berücksichtigenden Belange sorgfältig ermittelt und auf konkrete und substantiierte Anhaltspunkte gestützt werden können“²⁰. Dementsprechend verlangt § 630g Abs. 1 in Satz 2 BGB, dass die Ablehnung zu begründen ist, womit Abwägungsvorgang und -gründe gegenüber dem Patienten offengelegt werden müssen.

Obwohl das Gesetz damit auch im Hinblick auf Aktendokumentation und Akteneinsichtnahme keine neuen Patientenrechte schafft, leistet es doch zu deren Verwirklichung einen nicht unerheblichen Beitrag, weil die

Hemmschwelle, diese in Anspruch zu nehmen und durchzusetzen, mit der gesetzlichen Publikation sinken dürfte. Insofern steigt also das Haftungsrisiko jedenfalls de facto.

2. Beweislast, § 630h BGB

Recht haben und Recht bekommen ist zweierlei. Die einzige in einem Arzthaftungsprozess feststehende Tatsache ist oft, dass der Patient ein körperliches oder gesundheitliches Defizit aufweist. Dass dieses auf ein Verhalten des Arztes zurückzuführen ist und dass dieses Verhalten fehlerhaft ist, lässt sich aber oft nicht mit völliger Sicherheit klären. Beides muss grundsätzlich der Patient beweisen. Das ist schwer, weil es sich um Vorgänge außerhalb seines eigenen Kenntnis- und Einflussbereichs handelt. Auf der anderen Seite darf dieser Beweis auch nicht generell dem Arzt aufgebürdet werden, weil er sonst bei mangelnder Aufklärbarkeit des Geschehens für den Heilerfolg haften würde. Das wäre, da der Patient durch die Erkrankung die Schadensanlage mitbringt²¹ und der menschliche Organismus nicht voll berechen- und beherrschbar ist, nicht gerechtfertigt. Den Interessen des Patienten wird jedoch dadurch Rechnung getragen, dass unter bestimmten Voraussetzungen Beweiserleichterungen bis hin zur Beweislastumkehr gewährt werden. Die dafür in Rechtsprechung und Lehre entwickelten Regeln haben jetzt ihren Niederschlag in § 630h BGB gefunden, der inhaltlich keine Änderung gegen-

über dem bisherigen Recht und damit keine Haftungsverschärfung bringt.

Die Absätze 1 und 3 kehren die Beweislast hinsichtlich des Behandlungsfehlers um. Nach Absatz 1 wird ein Behandlungsfehler vermutet, wenn sich ein allgemeines Behandlungsrisiko verwirklicht hat, das für den Behandelnden voll beherrschbar war und das zur Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit geführt hat. Das hat der BGH u. a. bei einer Infusionslösung angenommen, die bei oder nach der Zubereitung unsteril geworden war und dadurch zu einem septischen Schock geführt hatte.²² Absatz 3 kehrt die Beweislast für die Vornahme medizinisch gebotener Maßnahmen und ihrer Ergebnisse um, die nach § 630f BGB in der Patientenakte zu dokumentieren sind. Ist dies nicht geschehen oder ist die Akte nicht aufbewahrt worden, so wird vermutet, dass diese Maßnahmen nicht erfolgt sind, d. h. der Arzt muss das Gegenteil beweisen. In der bisherigen Rechtsprechung traf dies z. B. zu, wenn beim Auftreten eines Dekubitus die dagegen vorzunehmenden Prophylaxemaßnahmen nicht vermerkt²³ waren oder ein Original-EKG nicht mehr auffindbar war.²⁴

Absatz 2 bürdet dem Arzt den Beweis dafür auf, dass der Patient in die Behandlung eingewilligt hat und entsprechend den Anforderungen des § 630e BGB aufgeklärt worden ist. Das ergab sich bisher für die Haftung aus § 823 Abs. 1 BGB schon daraus, dass die Einwilligung einen Rechtfertigungsgrund darstellt, dessen Vo-

oraussetzungen derjenige beweisen muss, der in Körper oder Gesundheit eingreift. Bei der vertraglichen Haftung ist die Pflicht zur Selbstbestimmungsaufklärung Hauptpflicht, und die Erfüllung einer Hauptpflicht ist eine Einwendung, die nach allgemeinen Grundsätzen der Schuldner, hier also der Arzt zu beweisen hat.²⁵ Die Regel galt schon bisher nicht für die Sicherheitsaufklärung, die nur eine Nebenpflicht darstellt. Folgerichtig gilt § 630h Abs. 2 BGB nicht für Informationspflichten aus § 630c BGB. § 630h Abs. 2 Satz 2 BGB erlaubt bei unzureichender Aufklärung dem Arzt den Einwand, dass der Patient auch bei ordnungsgemäßer Aufklärung in die Maßnahme eingewilligt hätte. Dass dies zulässig ist und den Arzt diese hypothetische Einwilligung zu beweisen hat, entspricht seit der grundlegenden Entscheidung des BGH aus dem Jahre 1984²⁶ dessen ständiger Rechtsprechung. Hier hatte eine Krebspatientin infolge einer Strahlenbehandlung eine inkomplette Querschnittslähmung erlitten. Über dieses sehr seltene, aber für die vorgenommene Behandlung typische Risiko war sie nicht aufgeklärt worden. Der beklagte Arzt verweigerte Schadensersatzzahlungen, weil die Patientin auch bei ordnungsgemäßer Aufklärung eingewilligt hätte; denn ohne die Bestrahlung hätte sie nur eine Lebenserwartung von gut drei Jahren gehabt und das Risiko einer Querschnittslähmung sei genauso hoch gewesen. Der Beweis, wie diese Patientin sich tatsächlich entschieden hätte, ist als rein subjektive Tatsache

natürlich vom Arzt kaum zu erbringen. Deshalb wird ihm diese Last dadurch erleichtert, dass vom Patienten die substantiierte Darlegung verlangt wird, aus welchen persönlichen Gründen er die Behandlung trotz der vitalen Indikation abgelehnt hätte. Der Patient muss zwar nicht beweisen, wie er sich tatsächlich entschieden hätte, wohl aber plausibel machen, dass er bei richtiger Aufklärung vor einem echten Entscheidungskonflikt gestanden hätte.²⁷ Auch diese Rechtsprechung zum inneren Entscheidungskonflikt soll mit § 630h Abs. 2 Satz 2 BGB übernommen werden.²⁸

§ 630h Abs. 4 BGB schreibt die von der Rechtsprechung kreierte Beweislastumkehr bei Anfängerfehlern fort. Bei noch in der Ausbildung befindlichen Ärzten müssen deren mangelnde Erfahrung und Übung durch eine entsprechende Einweisung und Überwachung ausgeglichen werden. Bei Operationen ist grundsätzlich Anwesenheit und eingriffsbereite Assistenz des aufsichtsführenden Arztes erforderlich,²⁹ der seinerseits hinreichend kompetent sein muss.³⁰ Fehlt es daran, liegt ein Behandlungsfehler vor. Da dies das Risiko einer Schädigung steigert, trifft die Beweislast dafür, dass der Schaden nicht auf der mangelnden Qualifikation beruht, das Krankenhaus und die für die OP-Einteilung verantwortlichen Ärzte.

§ 630h Abs. 5 BGB enthält die wohl wichtigste spezielle Beweisregel des Arzthaftungsrechts: Ein grober Behandlungsfehler des Arztes führt dazu, dass er beweisen muss, dass dieser

Fehler nicht Ursache der Gesundheitsschädigung des Patienten gewesen ist. Hier entscheidet sich ein großer Teil aller derartigen Prozesse. Selbst wenn dem Patienten der Fehlerbeweis gelingt, lässt sich die Kausalität aus den schon genannte Gründen häufig nicht mit Sicherheit klären. Umso heftiger entbrennt dann der Streit um die Frage, ob der Fehler grob ist oder nicht, ob es sich also nicht nur um einen eindeutigen Verstoß gegen den ärztlichen Standard handelt, sondern um einen Verstoß gegen bewährte ärztliche Behandlungsregeln oder elementare Erkenntnisse der Medizin bzw. um Fehler, die aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich sind, weil sie einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen dürfen.³¹ Diese juristische Wertung ist mit Hilfe des Sachverständigen zu treffen, darf ihm aber nicht überlassen werden. Sie ist an sich Sache der Tatsacheninstanz, zumeist also der OLG-Richter. Der BGH kann jedoch nachprüfen, ob sie den Begriff des groben Behandlungsfehlers verkannt haben oder ob sie bei dessen Gewichtung wesentlichen Prozessstoff außer Acht gelassen oder verfahrensfehlerhaft gewürdigt haben.³² Er hat also hinreichende Ansatzpunkte, um eine eigene Wertung vorzunehmen, tut das auch laufend und hebt OLG-Entscheidungen auf. Ob ein Behandlungsfehler grob ist, entscheidet sich also oft erst nach jahrelangem Weg durch die Instanzen. An diesem grundlegenden Unsicherheitsfaktor im Arzthaftungsprozess hat der Gesetzgeber nichts geändert und konnte es auch auf der Basis einer

vom Verschulden abhängigen und bei der Kausalität vom Alles-oder-Nichts-Prinzip ausgehenden Haftung nicht. Dazu wären andere Ansätze erforderlich gewesen, denen er nicht gefolgt ist.

Zu diesen Ansätzen gehört die Einrichtung eines Entschädigungsfonds, wie er im Gesetzgebungsverfahren von der SPD-Fraktion vorgeschlagen,³³ aber von der Regierungsmehrheit abgelehnt worden ist. Er sollte insbesondere in Fällen unsicheren Verschuldens oder unsicherer Kausalität Leistungen erbringen. Diese sollten aber auf etwaige Schadensersatzforderungen anzurechnen sein. Die Unsicherheiten des Arzthaftungsprozesses sollten dadurch also nicht beseitigt werden.

¹ Der Beitrag war geplant als Vortrag für das Berliner Symposium „Patientenrechte. Zwischen Autonomie und Gesetz“ im Mai 2013. Er wurde um Fußnoten ergänzt, die Vortragsform wurde beibehalten.

² Vgl. Mäsch, NJW 2013, 1354 f.

³ Ausgabe vom 01.02.2013 A, S. 18.

⁴ OLG Köln VersR 1992, 1231 (Haftung für den Tod des beim Kanufahren verstorbenen Patienten).

⁵ BGHZ 107, 222 = NJW 1989, 2318 = VersR 1989, 702.

⁶ BGH NJW 1992, 2961.

⁷ BGH NJW 1981, 630; 1981, 2002; OLG Oldenburg VersR 1994, 1348.

⁸ Laufs in Laufs/Kern, Handbuch des Arztrechts, 4. Auflage, § 61 Rn. 14 f.

⁹ BT-Drucks. 17/10488, S. 22.

¹⁰ BT-Drucks. 17/10488, S. 23.

¹¹ § 5 PatVG.

¹² BGH NJW 1982, 2121.

¹³ OLG München VersR 1997, 452.

¹⁴ BGHZ 126, 386 = NJW 1994, 3012, 3013; ähnlich wieder BGH NJW 2000, 1784, 1785 (für

ein Impfrisiko von 1:1,4 Mio.) = JZ 2000, 898 m. Anm. Deutsch

¹⁵ BT-Drucks. 17/10488, S. 25.

¹⁶ BGH NJW 2006, 2108 m. Bespr. Spickhoff, S. 2075; NJW 1991, 2349; 1980, 1905, 1907; Laufs, in: Laufs/Kern, Handbuch des Arztrechts, 4. Auflage, § 59 Rn. 6, § 64 Rn. 12, 15; Katzenmeier, in: Laufs/Katzenmeier/Lipp, Arztrecht, 6. Auflage, S. 108 (V. Rn. 20).

¹⁷ BGHZ 72, 132 = NJW 1978, 2337.

¹⁸ BGHZ 85, 327 = NJW 1983, 328; BGHZ 106, 146 = NJW 1989, 764.

¹⁹ BVerfG NJW 2006, 1116, 1118 (No. 29).

²⁰ BT-Drucks. 17/10488, S. 26.

²¹ BGH LM § 286 (C) ZPO Nr. 25; NJW 1980, 1333; Katzenmeier in Laufs/Katzenmeier/Lipp, Arztrecht, 6. Auflage, Rn. 50, S. 384; Schramm, Der Schutzbereich der Norm im Arzthaftungsrecht, 1992, S. 255.

²² BGH NJW 1982, 699 = VersR 1982, 161.

²³ BGH NJW 1986, 2365 = VersR 1986, 788.

²⁴ BGHZ 132, 47 = NJW 1996, 1589.

²⁵ Steffen/Pauge, Arzthaftungsrecht, 11. Auflage, Rn. 694, 366.

²⁶ BGHZ 90, 103 = NJW 1984, 1397.

²⁷ Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht, 6. Auflage, Rn. 334.

²⁸ BT-Drucks. 17/10488, S. 29.

²⁹ Steffen/Pauge, Arzthaftungsrecht, 11. Auflage, Rn. 284 ff.

³⁰ Nach BGH NJW 1992, 1560 Facharzt – chronische Appendizitis; nach Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht, 6. Auflage, Rn. 209 zu streng.

³¹ BGH NJW 2012, 227, 228 m. w. Nachw.; BGH NJW 1999, 862; Steffen/Pauge, Arzthaftungsrecht, 11. Auflage, Rn. 640. ff. m. Nachw.; vgl. Katzenmeier, in Laufs/Katzenmeier/Lipp, Arztrecht, 6. Auflage, XI Rn. 60, S. 389.

³² BGH NJW 2009, 2820, 2821; NJW 2012, 227, 228.

³³ BT-Drucks. 17/11008, S. 2.

Prof. Fischer ist inzwischen emeritiert. Er hatte ehemals den Lehrstuhl für Bürgerliches Recht, Internationales Privatrecht, Rechtsvergleichung und Arztrecht der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg inne.

Weibliche Genitalverstümmelung

von Dr. med. Gabriele Halder

Am 22.06.2013 wurde der § 226a ins deutsche Strafgesetzbuch aufgenommen, der jegliche Form der Verstümmelung am weiblichen Genitale unter Strafe stellt. Es ist ein historischer Tag. Erstmals haben wir einen Straftatbestand der die Unsäglichkeit dieser Menschenrechtverletzung der Frauen adäquat ahndet.

Die weibliche Genitalverstümmelung (female genital mutilation – FGM) oder auch weibliche Genitalbeschneidung (female genital cutting – FGC) ist eine tief verwurzelte Ungleichheit zwischen den Geschlechtern. Sie verstößt gegen elementare Menschenrechte, wobei Zielrichtung und Angriffspunkt die sexuelle Selbstbestimmung der Frauen sind. Da sie meistens an Kindern vollzogen wird, ist sie zusätzlich ein Verbrechen an Kinderrechten. Sie verstößt gegen das Recht auf Gesundheit, auf Schutz und auf körperliche Unversehrtheit sowie gegen die Rechte frei von Folter und grausamen inhumanen Erniedrigungen zu sein.

Der neue Straftatbestand

Der neue § 226a StGB verbietet FGM in allen Formen: „Wer die äußeren Genitalien einer weiblichen Person verstümmelt, wird mit einer Freiheitsstrafe von nicht unter einem Jahr bestraft.“ Er nimmt Bezug auf die Klassifizierung der WHO. Danach umfasst die weibliche Genitalverstümmelung das

Entfernen der Klitorisvorhaut (Klassifizierung Ia: Sunna), das Entfernen unterschiedlich langer Teile der Klitoris mitsamt der Vorhaut (Klassifizierung Ib: Klitoridektomie), das Entfernen (Excision) der kleinen Labien (Klassifizierung IIa), das Entfernen der kleinen Labien mit (Teil-)Entfernung der Klitoris (Klassifizierung IIb) und das Entfernen der kleinen und großen Labien bei gleichzeitiger Entfernung der Klitoris (Klassifizierung IIc). Der Verschluss der dadurch entstandenen Wundfläche bis auf eine kleine Öffnung wird als Kategorie III klassifiziert (Infibulation = pharaonische Beschneidung). Unter die Kategorie IV fallen alle andere Praktiken wie Einstechen und Durchstechen, Einschneiden, Abschürfen oder Verätzen von Vorhaut, Klitoris und oder Scheideneingang.

Bislang wurden diese grausamen und für die Frauen entwürdigenden Praktiken vor deutschen Strafgerichten, anders als in anderen europäischen Staaten, noch nie verhandelt, obwohl der Straftatbestand des § 223 StGB (vorsätzliche Körperverletzung), des § 224 StGB (gefährliche Körperverletzung mittels Waffe oder gefährlichem Werkzeug) wie meist auch des § 225 StGB (Misshandlung von Schutzbefehlenden) allesamt erfüllt sein dürften.

Mit § 226a StGB wird die weibliche Genitalverstümmelung wie die gefährliche Körperverletzung als ein Offizial-

delikt qualifiziert. Das bedeutet, dass das Anklagemonopol beim Staat liegt und die Staatsanwaltschaft, sobald sie Kenntnis von derartigen Praktiken erhält, ermitteln muss. Zudem spiegelt nunmehr das vorgesehene Strafmaß von 1 bis 15 Jahren, also die Einordnung als Verbrechen, die Schwere der Tat erstmals angemessen wider. Der Straftatbestand der schweren Körperverletzung gemäß § 226 Abs. 1 StGB, der eine vergleichbare Strafe vorsieht, war trotz der schwerwiegenden Misshandlung regelmäßig nicht erfüllt, da diese nur den Verlust von Organen, sichtbare Entstellungen und den Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit umfasst.

FGM als kulturelle Gewohnheit

Anders als bei der Beschneidung der Knaben, wo speziell den rituellen moslemischen und jüdischen Glaubensgemeinschaften Sonderrechte eingeräumt werden, gibt es solche Ausnahmeregelung für FGM glücklicherweise nicht. Dies ist auch in der Sache gerechtfertigt, da sich FGM, anders als die männliche Beschneidung, nicht an religiöse Zugehörigkeit, sondern an traditionellen und kulturellen Gewohnheiten festmachen lässt. Hier wird FGM oftmals als Initiationsritus vom Mädchen zur Frau praktiziert oder auch zur Bedingung für eine Verheiratung gemacht. FGM ist ein Symbol für Zugehörigkeit und damit Garant für Schutz durch die Gemeinschaft. Hauptverbreitungsgebiete sind das westliche und das nordöstliche

Afrika sowie der Jemen, der Irak, Indonesien und Malaysia.

Die Begründung für die Notwendigkeit von FGM, die von den betroffenen Gemeinschaften vorgebracht werden, ist divers. So soll FGM den Sexualtrieb reduzieren und somit Keuschheit der Frauen vor und während der Ehe garantieren. Ferner soll FGM schädliche Einflüsse der Klitoris von Neugeborenen fernhalten und die Vulva glatt und sauber halten. Teilweise herrscht auch der Irrglaube, FGM mache die Frauen fruchtbarer und brächte Vorteile für die Geburt. Die gravierenden gesundheitlichen Folgen für die Frauen werden ausgeblendet, nicht auf FGM zurückgeführt oder schlicht billigend in Kauf genommen.

Akute und chronische Folgen einer FGM

FGM wird im ländlichen Bereich regelmäßig von traditionellen Beschneiderinnen und ohne Betäubung durch unsaubere, teilweise stumpfe Gegenstände (z. B. Glasscherben) durchgeführt. In der unmittelbaren Folge erleiden die Mädchen und Frauen oftmals ein Schmerztrauma. Es kommt zu erheblichen Blutungen und Infektionen, häufig mit Todesfolge. Die Schmerzen beim Wasserlassen mit Harnverhaltung führen oftmals zur Schädigung der Harnwege. Zu Verletzungen von Nachbarorganen und Knochenbrüchen kann es kommen, wenn sich die Kinder und Mädchen wehren.

Sofern die Frauen die Prozedur überleben, hängen die chronischen Folgen

von FGM vom Ausmaß der Zerstörung der Organe ab. Sie umfassen Narben und Narbenschmerzen, die die Libido und den Vollzug eines Sexualaktes massiv beeinträchtigen (z. B. wenn die Vulva mit Dornen nach der Beschneidung verschlossen wurde und diese in Narbengewebe eingewachsen sind oder die Vagina schlicht nicht zugänglich ist). Daneben kann es zu Menstruationsbeschwerden sowie Problemen durch Rückstau des Menstrualblutes kommen. Chronische Entzündungen mit Abszessen und die Bildung von Sekretzysten sind häufig. Oftmals haben die Frauen chronische Probleme der Harnwege, da ein behinderter Ablauf des Harns vorhanden ist, mit wiederkehrenden Entzündungen. Darüber hinaus kommt es bei Frauen nach FGM zu einer hohen Rate an Totgeburten, Aborten und zu einem niedrigeren Geburtsgewicht der Kinder.

Obwohl FGM nicht unmittelbar Fisteln produziert, sprechen das vermehrte Auftreten von Totgeburten nach FGM für diese Spätfolge. Wenn über Tage hinweg ein Kind unter der Geburt im verengten Geburtskanal stecken bleibt, stirbt es. Dabei kommt es durch den dauerhaften Druck des kindlichen Kopfes auf knöcherne Strukturen der Mutter zur Verminderung der Blutzirkulation und das Gewebe stirbt ab. Das Abheilen derartiger Verletzungen geschieht unter Hinterlassung von Fisteln, also Verbindungen von einem Organ zum anderen. Fisteln führen dazu, dass Urin bei einer vesikovaginalen Fistel oder Stuhl bei einer rektovaginalen Fistel unkon-

trolliert über die Verbindung Blase oder Darm zur Scheide abläuft. Infolge des damit verbundenen Geruchs werden die Frauen aus der sozialen Gemeinschaft ausgeschlossen und in die Isolation getrieben.

Wie ist der Stand von FGM in Deutschland und das Wissen darum bei Medizinern?

Eine im Jahr 2006 von Terre des Femmes, einer deutschen NGO für Frauenrechte, in Zusammenarbeit mit UNICEF und dem Berufsverband der Frauenärzte durchgeführte Umfrage unter Ärzten zur Situation verstümmelter Frauen und Mädchen in Deutschland und ihrem Wissensstand darüber zeigte, dass FGM in Deutsch-

§ 226a StGB im Wortlaut:

Verstümmelung weiblicher Genitalien
(1) Wer die äußeren Genitalien einer weiblichen Person verstümmelt, wird mit Freiheitsstrafe nicht unter einem Jahr bestraft.
(2) In minder schweren Fällen ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu erkennen.

land angekommen ist, die medizinische Welt darauf aber nicht vorbereitet ist. 43 % der Gynäkologinnen hatten Kontakt zu Frauen nach FGM. Schwangerschaft und Geburt waren die Hauptgründe für Konsultationen (27 %), aber auch chronische Schmerzen (15,2 %). Dabei sehen sich Gynäkologinnen und Gynäkologen zuneh-

mend mit den Folgeproblemen von Frauen nach FGM konfrontiert. Frauen brauchen Öffnungsoperationen nach Infibulation zum einen bei Kinderwunsch, um vaginalen Sexualkontakt erst zu ermöglichen, zum anderen zur Behebung von Beschwerden beim Sexualverkehr oder vor Geburten. Auch werden Gynäkologinnen und Gynäkologen als Gutachter in Asylverfahren herangezogen.

FGM hinterlässt kein einheitliches Körperbild

Für FGM gibt es keinen fertigen Endzustand, vielmehr kann vor der Verheiratung eine Nachbeschneidung von der Seite des Bräutigams gefordert werden und nach einer Entbindung kann eine Refibulationen (also erneuter Verschluss der Vagina) mit erneutem Gewebeverlust und erneuter Traumatisierung eine Bedrohung für Leib und Leben darstellen. Hier befindet sich die Begutachtung in einem erheblichen Dilemma. Weder in der körperlichen Untersuchung, noch aus dem sozialen Kontext heraus lässt sich das Maß an zukünftiger Gefährdung nachweisen. Ein eigenes Beispiel mag ich hierfür anführen: Eine junge Erythreerin, Mutter von zwei Kindern, wurde mir von einer Kollegin zur Begutachtung geschickt, ob eine FGM vorliegt. Sie war als Kind nur sehr wenig beschnitten worden. Ihr Mann hatte sich vor der Hochzeit schützend vor sie gestellt, als eine Nachbescheidung vorgenommen werden sollte. Die Beziehung zu den Schwiegereltern war

seitdem schlecht. Dann verunglückte der Mann tödlich, die Kinder wurden ihr weggenommen und leben seither in der Familie des verstorbenen Mannes. Sie sollte wiederverheiratet werden. Zuvor sollte aber eine Nachbeschneidung vorgenommen werden. Das trieb sie zur Flucht. Das Gutachten sollte bei der Beurteilung ihres Asylantrages relevant werden. Es gibt Beispiele in der Rechtsprechung, wo ein Verbot von FGM im Heimatland zur Ablehnung eines Antrages führten, andererseits aber dem Asylbegehren dann nachgegeben wurde, wenn die Gefährdungssituation offensichtlich war (Schwester wurde von Verwandten verstümmelt).

Forderungen an die Medizin

Die Umfrage von 2006 hat ergeben, dass ein großes Bedürfnis nach Fortbildung für Mediziner von Seiten der Befragten geäußert wurde. Seit 1996 regelt das Berufsrecht für Ärzte, dass jegliche Beteiligung von Ärzten an FGM geahndet wird. Mehrfach hat sich die Bundesärztekammer zu FGM positioniert. Unter Mitwirkung von FIDE (Frauengesundheit im Entwicklungszusammenhang), einer NGO von in Entwicklungshilfe erfahrenen Gesundheitsanbietern, wurden Richtlinien für den Umgang mit Frauen nach FGM herausgegeben. Dort wird vor allem auf die besondere psychosoziale Betreuung und den respektvollen Umgang mit dem kulturellen Hintergrund der Frauen hingewiesen. Die Bundesärztekammer fordert sowohl

staatliche, als auch Einrichtungen freier Träger auszubauen, die sich speziell dieser Thematik annehmen sollten. Die DGGG, die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, hat Leitlinien zur Behandlung von Frauen nach FGM im März 2013 veröffentlicht, die sich weitestgehend den Richtlinien der Bundesärztekammer anschließen.

Allerdings sind erst dieses Jahr auf Initiative von Terre des Femmes die notwendigen Abrechnungsschlüssel für gesetzliche Krankenkassen betreffend FGM-Behandlungen festgesetzt worden, die ab 2014 Anwendung finden werden. Die künftige Version des ICD-Schlüssels GM 2014 ist bereits amtlich. Damit wurde der Zustand nach FGM als eine Krankheit anerkannt und Frauen können sich somit auf Kosten der Krankenkasse einer Behandlung unterziehen.

Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Trotz der in Deutschland klaren Gesetzeslage muss befürchtet werden, dass kleine Mädchen auch hier von FGM bedroht sind. Das neue Gesetz verfolgt die Idee des Gesundheitsschutzes durch Abschreckung. Die Eltern, meist die Anstifter zur Tat, sollen durch die klare Definition von FGM als Straftat von ihrem Vorhaben Abstand nehmen.

Genitale Verstümmelungen an Töchtern von in Deutschland lebenden Betroffenen muss verhindert werden: Besonders Gynäkologinnen und Gy-

näkologen sowie Kinderärztinnen und Kinderärzte müssen nach Geburten von Töchtern durch Überzeugungsarbeit Paare von einem möglichen Vorhaben, auch die Töchter beschneiden zu lassen, abbringen. Das geltende Strafrecht löst nicht das Problem der hier lebenden Mädchen, wie sie davor geschützt werden können, im Heimatland ihrer Eltern diesem Eingriff unterzogen zu werden (sogenannte Ferienbeschneidung). Das deutsche Strafrecht gilt grundsätzlich nur für im Inland verübte Taten (§ 3 StGB). Mit einem Grundsatzurteil jedoch hat im Januar 2005 der Bundesgerichtshof Eltern teilweise ihr Sorgerecht entzogen, als sie ihre Tochter zur Beschneidung ins Heimatland schicken wollten. Durch Sorgerechtsentzug sind die Kindesrechte gestärkt worden. Das bedeutet aber, dass zum Beispiel Ärzte, die von solch einem Plan erfahren, das Jugendamt, gemäß Kinderschutzgesetz, einschalten müssen – durchaus auch ohne Einwilligung der Sorgeberechtigten; immerhin hatten mehr als 7 % der Ärztinnen und Ärzte der schon zitierten Umfrage Kenntnis von einer geplanten Ferienbeschneidung.

Vor allem in Metropolen mit hohem afrikanischem Zuzug muss unbedingt Aufklärung zu FGM in den Sexualkundeunterricht mit einfließen. Hilfreich dabei sind Organisationen, die vor Ort in den entsprechenden Ländern aktiv sind, die in den Communities hierzulande verankert sind und Schulklassen besuchen. Diesbezüglich muss die Kooperation der Schulen dringend eingefordert werden. Das Thema FGM

muss im verpflichtenden Integrationskurs für einreisende Nicht-EU-Bürger, der Inhalte zum wirtschaftlichen, sozialen und gesellschaftlichen Leben in Deutschland vermitteln soll, aufgenommen werden. Zum Schutz der von FGM bedrohten Frauen müssen juristische Instanzen wie auch Ausländerbehörden den Blick für Praktiken von FGM geschärft bekommen. Hierzu müssen Handlungsrichtlinien erstellt werden.

Ausblick und Konfliktfelder

Die Beseitigung von FGM wird in erster Linie in den Herkunftsländern durch soziale und politische Veränderungen erfolgreich sein. Der neue § 226a trägt zur Rechtssicherheit bei, allerdings wurde verpasst, FGM in den Katalog der Vergehen gegen inländische Rechtsgüter aufzunehmen. Das hätte bei einer Ferienbeschneidung die verantwortlichen Eltern bei der Rückkehr nach Deutschland zu Tätern gemacht. Hier könnte nachgebessert werden.

Offen sind die Konflikte, die sich ergeben werden, wenn durch die Einschaltung des Jugendamtes zum Schutz des Kindes den Eltern teilweise das Sorgerecht entzogen wird und damit Kindern der Familienverbund abhandenkommt oder wenn sich Mediziner Menschen ohne Aufenthaltsberechtigungen gegenüber sehen und die Meldung über eine mögliche Straftat die sichere Aufgreifung und Ausweisung bedeuten. Hier wird den Medizinern die Abwägung von Rechtsgütern abverlangt. Auch halte ich die

Position des neuen Gesetzes für angreifbar, jegliche Form von FGM, unter allen Umständen, unter die volle Härte des § 226a zu stellen, gleicht doch die Klassifizierung IIa der WHO frappierend optisch und funktional dem Zustand nach Labienkürzung auf Wunsch. Hier könnte die Forderung nach Verhältnismäßigkeit nicht erfüllt sein.

Zuletzt fürchte ich um den Bestand des Gesetzes, da die weibliche Beschneidung kategorisch verboten ist, wenngleich sich darunter eine Form der Beschneidung findet, die WHO Klassifizierung Ia, die in der Praxis der männlichen Beschneidung stark ähneln kann. In beiden Fällen wird die Vorhaut des Lustorgans entfernt mit Hinterlassung eines intakten Restorgans. Wenn das eine nun als Verbrechen, das andere noch nicht einmal als Straftatbestand zählt, könnte hier der Gleichbehandlungsgrundsatz verletzt worden sein. Man kann sicher gespannt sein, wie die Entwicklung weiter geht.

Dr. Gabriele Halder ist Fachärztin für Geburtshilfe und Frauenheilkunde in Berlin.

§ 226a StGB – Gekommen, um zu bleiben: Warum man das Verbot der Genitalverstümmelung von Frauen kritisieren, aber nicht kassieren kann.

von RA Dr. iur Sebastian T. Vogel

Manchen Gesetzen steht die Verfassungswidrigkeit schon auf die Stirn geschrieben; es dauert nur zuweilen, bis das Bundesverfassungsgericht in die Spur geschickt wird, um seines Amtes zu walten. Andere wiederum sind gut gedacht, schlecht gemacht, allerdings nicht schlecht genug, als dass sie kassiert werden könnten. Der am 28. Juni 2013 ohne Gegenstimmen verabschiedete, am 5. Juli 2013 vom Bundesrat gebilligte und am 28. September 2013 in Kraft getretene § 226a StGB, der die Verstümmelung weiblicher Genitalien *expressis verbis* unter Freiheitsstrafe (im Regelfall ein Jahr bis 15 Jahre) stellt, ist eine Art Lightversion der zweiten Variante: nicht so richtig schlecht gekocht, aber irgendwie grummelt der juristische Magen.

1. (K)ein Fall für den Gleichstellungsbeauftragten

In der Tat mutet es auf den ersten Blick schon merkwürdig bis verstörend an: Nicht lange nach Einführung des § 1631d BGB, der die Beschneidung des männlichen Kindes unter gewissen Voraussetzungen erlaubt, werden vermeintlich entsprechende Eingriffe bei Mädchen und Frauen bei Strafe verboten. Prima facie verständlich scheint daher die sarkastische

Äußerung Walters, seines Zeichens Strafrechtsprofessor an der Universität Regensburg und Richter am OLG Nürnberg, der die Botschaft des § 226a StGB einzig darin erblickt, dass das „weibliche Geschlecht [...] sakrosankt, das männliche disponibel“ sei.¹ Daran knüpft er die Mutmaßung, „juristisch [sei] Paragraph 226a nicht so schlimm; ihn wird das Bundesverfassungsgericht kassieren“, was sich auf Art. 3 Abs. 3 Satz 1 des Grundgesetzes gründe, wonach niemand wegen seines Geschlechts benachteiligt oder bevorzugt werden darf.²

So einleuchtend das zunächst klingen mag, als ebenso falsch, jedenfalls aber realitätsfern stellt sich diese Behauptung Walters endlich heraus. Namentlich die bisherige Rechtsprechungspraxis des Bundesverfassungsgerichts selbst lässt nicht besorgen, dass sich eine Verfassungswidrigkeit auf einen Gleichheitsverstoß wird gründen können (a). Jedenfalls aber müsste, wenn, dann § 1631d BGB, nicht aber § 226a StGB verworfen werden (b).

a. Das Bundesverfassungsgericht bisher

Bis dato nämlich hat das Bundesverfassungsgericht – soweit ersichtlich

– noch jede strafrechtliche Ungleichbehandlung von Mann und Frau durchgewinkt. Das ist umso erstaunlicher, als es dabei um eine Einschränkung des Täterkreises (nicht „bloß“ des Opferkreises) ging, Frauen also straffrei waren, während Männer für das – zumindest auf den ersten Blick – gleiche Verhalten bestraft wurden oder noch werden.

So hat das Bundesverfassungsgericht die einstige Strafbarkeit der Homosexualität unter Männern, gerade auch vor dem Hintergrund, dass dieselbe bei Frauen straffrei war, als mit dem Grundgesetz vereinbar erachtet. Zur Begründung und gleichsam als Handhabe, den Ausdruck „wegen seines Geschlechts“ aus Art. 3 Abs. 3 GG zu deuten, führte es an, „das Verbot der Differenzierung nach dem Vergleichspaar Mann-Frau [gelte] nur dann, wenn der zu ordnende soziale Lebensbestand essenziell vergleichbar ist“; dies fehle auch, wenn es zwar vergleichbare Elemente gebe, diese aber hinter den biologischen Geschlechtsunterschied zurückträten.³ Dies – namentlich ein jene Frage prägender Geschlechtsunterschied – sei bei der Homosexualität bei Männern einerseits und Frauen andererseits der Fall, weswegen sie auch strafrechtlich unterschiedlich beurteilt werden durften.

Dieses Urteil, zumal von 1957, kann man freilich kritisieren. Beachtlich aber ist, dass jedenfalls die gleichen Maßstäbe auch 1999 noch Anwendung fanden. Es ging dort um die Frage, ob es verfassungsgemäß ist, exhibi-

tionistische Handlungen von Männern unter Strafe zu stellen (vgl. den noch immer gültigen § 183 Abs. 1 StGB), wohingegen Frauen sich straffrei im Park entblößen und gegebenenfalls andere damit belästigen dürfen. In einem Satz hat das Bundesverfassungsgericht einen Verstoß gegen Art. 3 vom Tisch gewischt, indem es schlicht auf die (oben erwähnte) Entscheidung zur Homosexualität von Männern verwies.⁴

Dieser offensichtliche Unwillen des Bundesverfassungsgerichts, auch bei solch tatsächlich sehr ähnlichen Verhaltensweisen wie dem belästigenden Entblößen des Geschlechtsteils Gleich- oder Ungleichheiten in Beziehung zu Art. 3 nur anzudeuten, lässt vermuten, dass dies bei der viel komplexeren Frage der Beschneidung des männlichen oder weiblichen Geschlechtsteils keinesfalls anders sein wird. Allein die Frage nach Vor- und Nachteilen einer Beschneidung ist bei Jungs/Männern anders zu beurteilen als bei Mädchen/Frauen (regelmäßiges Schmerzempfinden, Einfluss auf die Geburt etc.). Ein Grund im Übrigen, warum hier gänzlich andere Maßstäbe angelegt werden sollten als in obigen Urteilen, nur weil es hier um eine Ungleichbehandlung auf Opfer-, nicht auf Täterseite geht, ist nicht ersichtlich.

b. Jedenfalls keine Gleichheit im Unrecht

Etwas kurios wirken die Aussagen Walters zumal deshalb, weil er die

Ächtung der weiblichen Zwangsbeschneidung für richtig hält und es einzig falsch sei, die Zwangsbeschneidung von Jungs fast unbegrenzt zu erlauben.⁵ Nun gilt der Grundsatz, dass es keine Gleichheit im Unrecht geben darf.⁶ Wenn nun aber der die Zwangsbeschneidung bei Jungs u. U. erlaubende § 1631d BGB nach Walters Ansicht etwa verfassungswidrig sein sollte, dann wäre es grundfalsch, diesen rechtswidrigen Zustand dadurch zu heilen zu suchen, dass § 226a StGB kassiert würde. Dies ginge einzig dann, wenn er selbst verfassungswidrig ist (dazu sogleich). Vielmehr müsste bei Zutreffen Walters Aussage § 1631d BGB als verfassungswidrig gebrandmarkt werden.⁷

c. Zwischenergebnis

Auf einen Verstoß gegen Art. 3 Abs. 3 Satz 1 GG dürfte das Bundesverfassungsgericht ein etwaiges Urteil mit hin nicht stützen.

2. Kein Verstoß gegen das Bestimmtheitsgebot oder andere Grundrechte

Einen Verstoß gegen das Bestimmtheitsgebot aus Art. 103 Abs. 2 GG wird man gleichfalls nicht annehmen können. Dieses Gebot verpflichtet den Gesetzgeber, Straftatbestände – am Maßstab des Bürgerhorizonts gemessen – so zu fassen, dass sich die Strafbarkeit zumindest durch Auslegung ermitteln und konkretisieren lässt.⁸ Hierzu bietet der Gesetzentwurf hinreichenden Anhalt: Danach meint Ver-

stümmelung „negative Veränderungen an den äußeren Genitalien von einigem Gewicht“, was beispielsweise Intimpiercings und Schönheitsoperationen im Genitalbereich ausschließt, aber jedwede sonstige Verletzung an den äußeren Genitalien beinhalten kann.⁹

Letztlich wurde auch ein früherer Entwurf, der etwas uneindeutig von den „äußeren Genitalien einer Frau“¹⁰ sprach, dahingehend abgeändert, dass nunmehr statt „Frau“ von der „weiblichen Person“ die Rede ist. Somit sind auch dahingehende Diskussionen (Einbezug auch von Mädchen) obsolet.¹¹

Ein Verstoß gegen die Religionsfreiheit aus Art. 4 GG ist, dies sei kurz dargetan, wohl auch nicht zu besorgen. Insofern steht der Freiheit der Religionsausübung hier das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit gegenüber (und eine damit korrespondierende Schutzpflicht des Staates). Eingedenk auch der Einschätzungsprärogative des Gesetzgebers wird man eine verfassungsrechtliche Rechtfertigung dieses Eingriffs in Art. 4 GG wohl annehmen dürfen.

3. Die Bauchschmerzen

a. Fragmentarischer Charakter des Strafrechts

Kritisieren kann man § 226a StGB deshalb, weil ein wichtiges Prinzip dadurch arg tangiert wird: der fragmentarische Charakter des Strafrechts. Danach soll, grob gesagt, nicht jedwe-

des moralisch missbilligte Verhalten auch tatsächlich pönalisiert werden; nicht jede Lücke im StGB ist gleichbedeutend mit einem Versäumnis des Gesetzgebers. Insofern stellt sich schon die Frage, ob es eines eigenen Straftatbestandes der Verstümmelung weiblicher Genitalien bedurft hätte, da nicht zuletzt und gerade bereits existierende Normen in jedem Fall einschlägig sind.

Nach dem Urteil des Landgerichts Köln zur Beschneidung von Knaben¹² und insbesondere der Implementierung des § 1631d BGB wäre jede Beschneidung bei Mädchen oder Frauen eine Körperverletzung, eine gefährliche gar. Zwar wird ärztliches Instrument bei sachgerechtem Gebrauch nicht als gefährliches Werkzeug im Sinne von § 224 Abs. 1 Nr. 2 StGB angesehen; dass aber bezieht sich nur auf Heileingriffe, wohingegen die Beschneidung weiblicher Personen nicht, jedenfalls nur äußerst nachrangig (und höchst umstritten) heilenden Charakter haben soll.¹³ Ist der Eingriff generell dazu geeignet, das Leben des Mädchens oder der Frau zu gefährden (z. B. auf Grund mangelnder Hygiene), ist überdies § 224 Abs. 1 Nr. 5 StGB einschlägig. Straferwartung hierfür ist eine Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren, was, wie bei § 226a StGB, eine Aussetzung der Freiheitsstrafe zu Bewährung bedeuten kann, aber nicht muss. Kommt es zum Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit, erhöht sich der Strafrahmen (sofern dies unbeabsichtigt oder unwissentlich geschieht) auf eine Strafe von ei-

nem Jahr bis zu zehn Jahren. Letztlich können auch § 225 StGB (Misshandlung von Schutzbefohlenen) oder eine nach § 171 StGB strafbare Verletzung der Fürsorge- oder Erziehungspflicht vorliegen.

Zu dem (repressiven) strafrechtlichen Schutz kommt, dies sei ferner angemerkt, noch ein (präventiver) Schutz durch das Familienrecht, namentlich in Form der Beschränkung des elterlichen Aufenthaltsbestimmungsrechts (um zu verhindern, dass das Kind außerhalb Deutschlands beschnitten wird) oder der Einschränkung des Umgangsrechts gemäß § 1684 Abs. 4 BGB. Für diese Fälle aber bedarf es eines auf den konkreten Fall bezogenen Anhaltspunkts für eine Kindeswohlgefährdung, was – dies sei konzediert – praktisch schwierig ist.¹⁴ Eine abstrakte Gefahr nämlich ist nicht ausreichend; es genügen jedoch andererseits auch schon geringe Anzeichen für die Gefahr einer Verstümmelung.¹⁵

Dies mag man zum einen für Stückwerk halten. Zum anderen kann im Einzelfall mal auch „nur“ § 224 Abs. 1 StGB (die gefährliche Körperverletzung) einschlägig sein.¹⁶ Außerdem, so die Statistik, tendierte die Zahl strafrechtlich verfolgter Genitalverstümmelungen unter der bisherigen Gesetzeslage gen null.¹⁷ Es stellt sich gleichwohl die Frage, ob eine neue Norm dies zu ändern vermag, nur weil sie den Strafrahmen erweitert und das Handlungs- und Erfolgsunrecht konkret beim Namen nennt. Wer zuvor keine Anzeige erstattet hat, wird dies, so steht zu vermuten, nun auch nicht

tun. Zumal die Verjährung nach § 78b Abs. 1 Nr. 1 StGB auch ehemals schon bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres ruhte, Opfer von Genitalverstümmelungen im Kindesalter also auch bis dato noch nach Erreichen der Volljährigkeit Anzeige erstatten konnten. Ob durch den neuen Straftatbestand ferner ein Zeichen an die Gesellschaft gesendet wird,¹⁸ bleibt abzuwarten.

b. Diese Norm – ein Unikat

Zumindest bemerkenswert ist auch, dass diese Norm in Sachen Einwilligung aus dem Rahmen zu fallen scheint. Grundsätzlich ist eine Einwilligung in eine (nicht sittenwidrige) Körperverletzung möglich, was dann – rechtstechnisch – die Rechtswidrigkeit entfallen lässt. Bei § 226a StGB scheint es gewollt, per eigenem Willen schon den Tatbestand auszuschließen.

Wenn nämlich laut Gesetzesbegründung nur negative Veränderungen an den äußeren Genitalien überhaupt tatbestandsmäßig sind, dann muss die Beurteilung, was negativ ist, zwangsläufig subjektiv zu bestimmen sein. Denn es ist schlechterdings nicht möglich, einen objektiven Maßstab dafür zu finden, was noch Schönheitsoperation und was schon verstümmelnd ist. Die gleiche Operation oder sonstige Behandlung an den Genitalien kann, wenn sie gegen den Willen der Frau erfolgt, gänzlich anders, nämlich negativ, zu beurteilen sein, als wenn sie auf den ausdrücklichen Wunsch der Frau vorgenommen wird. Der Gesetzgeber aber hat ausdrücklich klargestellt,

dass bei Schönheitsoperationen (was sämtliche gewollten Operationen sind) schon der Anwendungsbereich nicht eröffnet sein soll.¹⁹

Das bedeutet zum einen, dass § 226a StGB wegen des Tatbestandsausschlusses ein rechtstechnisches Unikat im Vergleich zu den anderen Körperverletzungstatbeständen ist. Zum anderen läuft § 228 StGB hier ins Leere, was bedeutet, dass es auf eine etwaige Sittenwidrigkeit (jedenfalls für § 226a StGB; anders aber für §§ 223, 224 StGB) gar nicht mehr ankommt.²⁰

c. Strafhöhe und anderes

Zu kritisieren ist auch die Strafhöhe, die im Mindestmaß (ein Jahr) um zwei Jahre hinter der zurückbleibt, die verhängt wird, wenn dem Opfer absichtlich oder wissentlich beispielsweise eine dauerhafte Entstellung zugefügt wird (§ 226 Abs. 2 StGB: Mindeststrafe drei Jahre).²¹ Da die Frage nach der Rechtsfolge indes nach dem Ob und dem Wie des Tatbestands eine eher nachrangige ist, die aktuell bestimmte Strafhöhe jedenfalls weder Unter- noch Übermaßverbot verletzt, soll dies hier dahinstehen.²²

4. Fazit

Ob es, bei aller Symbolik, dieses Straftatbestandes wirklich bedurft hätte, darf vorsichtig bezweifelt werden. Nun ist er aber da. Und weder wird ihn die Politik in den nächsten x Legislaturperioden – trotz aller jet-

zigen und noch kommenden Zweifel – wieder aufheben (auch das wäre Symbolik, aber eine negative), noch wird es das Bundesverfassungsgericht tun. § 226a StGB ist gekommen, um zu bleiben.

¹ Walter, Die Zeit, Ausgabe vom 04.07.2013, im Internet unter <http://www.zeit.de/2013/28/genitalverstummelung-gesetz-frauen> (abgerufen am 13.12.2013).

² Ebd.

³ BVerfG, Urt. v. 10.05.1957 – 1 BvR 550/52, Rn. 141 ff., zit. nach juris = BVerfGE 6, 389, 423 f.

⁴ BVerfG, Beschl. v. 22.03.1999 – 2 BvR 398/99, Rn. 2, zit. nach juris.

⁵ Walter, NJW-aktuell 45/2012, 12.

⁶ Vgl. nur Maunz/Dürig, Grundgesetz-Kommentar, 69. EL 2013, Art. 3 Abs. 1 Rn. 179 ff.

⁷ Ob dies der Fall ist, soll hier nicht beurteilt werden.

⁸ Siehe bspw. BVerfG, Beschl. v. 23.10.1985 – 1 BvR 1053/82, Rn. 14 und 16; BVerfG, Beschl. v. 23.06.2010 – 2 BvR 491/09, Rn. 71; jeweils zit. nach juris.

⁹ BT-Drs. 17/13707, S. 6.

¹⁰ BR-Drs. 867/09.

¹¹ Zu dieser alten Fassung in Bezug auf das Bestimmtheitsgebot siehe Hagemeier/Bülte, JZ 2010, 406, 408 f.

¹² LG Köln, NJW 2012, 2128 = MedR 2012, 680.

¹³ MüKo-Hardtung, StGB, 2. Aufl. 2012, § 224 Rn. 25; BeckOK-Eschelbach, StGB, Stand: 08.03.2013, § 224 Rn. 28.1; jeweils mit weiteren Nachweisen.

¹⁴ Siehe aber bspw. OLG Karlsruhe, NJW-RR 2008, 1174, wonach im konkreten Fall das Umgangsrecht bei drohender weiblicher Genitalverstümmelung in Deutschland auf den begleiteten Umgang beschränkt wurde, sowie OLG Dresden, FamRZ 2003, 1862, bestätigt vom BGH, NJW 2005, 672 (Entzug des Aufenthaltsbestimmungsrechts bzgl. Gambia). Zur familienrechtlichen Problematik in Gänze eingehend Wüstenberg, FPR 2012, 452.

¹⁵ OLG Karlsruhe, NJW 2009, 3521.

¹⁶ Vgl. hierzu Hagemeier/Bülte, JZ 2010, 406, 407.

¹⁷ So ausdrücklich der Gesetzentwurf, BT-Drs. 17/13707, S. 4.

¹⁸ So hoffend Hahn, ZRP 2010, 37, 40.

¹⁹ BT-Drs. 17/13707, S. 6.

²⁰ Mit einiger Fantasie sind mithin (Extrem-)Fälle denkbar, bei denen zwar auf Grund des eigenen Schönheitsempfindens § 226a StGB nicht erfüllt ist, die aber – wegen eines Verstoßes gegen die guten Sitten – gleichwohl über §§ 223, 224 StGB strafbar sind.

²¹ Siehe hierzu schon kritisch Hagemeier/Bülte, JZ 2010, 406, 408, als es noch um eine Mindeststrafe von zwei Jahren ging.

²² Etwas unlogisch freilich ist die im Vergleich zu § 226 Abs. 2 StGB verminderte Rechtsfolge schon, zumal die im Gesetzentwurf, BT-Drs. 17/13707, S. 4. genannten Gefahren und Rechtsgutsbeeinträchtigungen erheblich sind und kaum hinter den in § 226 Abs. 1 StGB genannten zurückbleiben, jedenfalls der dauerhaften erheblichen Entstellung aus § 226 Abs. 1 Nr. 3 StGB stark ähneln.

Dr. Sebastian Vogel arbeitet als Rechtsanwalt in Berlin.

Stammzelltourismus – das perfide Geschäft von Stammzellkliniken mit der Verzweigung unheilbar kranker Menschen

von Univ.-Prof. Dr. Thomas Dittmar

Einleitung

In der vergangenen 15 Jahren hat sich unser Verständnis gegenüber Stammzellen, deren Gewinnung und Verwendung in der regenerativen Medizin grundlegend gewandelt. Was damals noch als Fiktion abgetan wurde, ist heutzutage mitunter bereits Fakt und weckt Hoffnungen, dass Stammzellen in nicht allzu ferner Zukunft routinemäßig zur Therapie von neurodegenerativen Krankheiten wie Alzheimer, Parkinson, Querschnittslähmung oder Schlaganfall bzw. anderen degenerativen Krankheitsbildern wie z. B. Herzinfarkt oder Diabetes verwendet werden können. Studien, die mit Hilfe von Tiermodellen durchgeführt worden sind, sind in der Tat verheißungsvoll: Ratten, denen das Rückenmark durchtrennt worden ist, die also querschnittgelähmt sind, und die mit embryonalen Stammzellen behandelt worden sind, können wieder ihre hinteren Beine bewegen.¹ Als weiteres Beispiel sei die erfolgreiche Therapie von Diabetes Mellitus Typ I ebenfalls durch embryonale Stammzellen, welche zuvor in insulinproduzierenden Zellen entwickelt worden sind, genannt.² Ähnliche Daten existieren für andere Stammzellen und andere Krankheitsbilder, und sie sind der Grund, warum so viele Hoffnungen in diese Zellen gesetzt werden.

Auf den ersten Blick mögen diese Ergebnisse tatsächlich hoffnungsvoll und außergewöhnlich erscheinen, was durch die Verbreitung derartiger Ergebnisse in entsprechenden Printmedien sowie dem Internet noch gesteigert wird. Was der „Laie“ jedoch nicht weiß, ist, dass sich die wissenschaftlichen Erkenntnisse, die z. B. an einer Labormaus bzw. -ratte gewonnen wurden, nicht so ohne Weiteres auf den menschlichen Organismus übertragen lassen. Anders formuliert: Wenn im Tiermodell Regeneration durch Stammzellen nachgewiesen kann, muss dies noch lange nicht bedeuten, dass dies auch beim Menschen funktioniert. Hierzu müssten zunächst entsprechende klinische Studien am Menschen durchgeführt werden. Ziel derartiger klinischer Studien ist nicht nur der Nachweis der Funktionalität einer Therapie, sondern auch die Untersuchung anderer Parameter, wie Risiken und Nebenwirkungen. Keine Therapie ist frei von Nebenwirkungen und klinische Studien mussten bereits abgebrochen werden, weil sich zeigte, dass der Wirkstoff/der Faktor/der Antikörper toxische Eigenschaften im Menschen aufwies. Ein bekanntes Beispiel hierfür ist eine klinische Studie aus dem Jahr 2006, in der ein humanisierter Antikörper, welcher für die Behandlung von Multipler Sklerose, Blutkrebs sowie Rheuma

vorgesehen war, am Menschen getestet werden sollte. Die vorherigen tierexperimentellen Studien verliefen zufriedenstellend und ohne Zwischenfälle, sodass die erste klinische Studie gestartet werden konnte. Insgesamt sechs Probanden wurde der humanisierte Antikörper verabreicht und alle zeigten innerhalb von Minuten schwere Reaktionen wie Kopfschmerzen, Fieber, Erbrechen, Gelenkschmerzen sowie Symptome einer schweren Entzündungsreaktion. Alle Probanden schwebten zwischenzeitlich aufgrund von multiplen Organversagen in Lebensgefahr und wurden sogar teilweise ins künstliche Koma versetzt. In der Nachbetrachtung zeigte sich, dass der humanisierte Antikörper im Menschen unerwarteterweise eine starke systemische (also den ganzen Körper betreffende) Entzündung hervorgerufen hatte.³ Auch wenn sämtliche Probanden glücklicherweise den Vorfall überlebten, verdeutlicht dieses Beispiel sehr gut, dass sich die an Tieren gewonnenen Erkenntnisse nicht eins zu eins auf den Menschen übertragen lassen. Als Konsequenz aus diesem Fall wurden EU-einheitliche neue Leitlinien bzgl. der Risikoidentifizierung und -minimierung bei Erstanwendung neuer Arzneimittel am Menschen erlassen, die seit dem 1. September 2007 verpflichtend sind.⁴

Dass Erkenntnisse, die mit Hilfe von Tiermodellen generiert worden sind, nicht so ohne weiteres auf den Menschen übertragbar sind, gilt ebenfalls für Stammzelltherapien. Die oben genannten Beispiele (Querschnittläh-

mung, Diabetes Mellitus Typ I) zeigen das Potential von Stammzelltherapien, aber ob sie tatsächlich eines Tages in der Form beim Menschen angewendet werden können, bleibt abzuwarten – u. a. auch deswegen, da ethisch bedenkliche humane embryonale Stammzellen in diesen Studien verwendet worden sind.

In diesem Artikel soll jedoch weniger auf die ethisch kontrovers diskutierten embryonalen Stammzellen⁵ bzw. die künstlich hergestellten induzierten pluripotenten Stammzellen⁶ eingegangen werden, sondern vielmehr auf jene Stammzellen, die gegenwärtig für Stammzelltherapien eingesetzt werden und die die Grundlage des so genannten Stammzelltourismus sind.

Was sind Stammzellen?

Stammzellen lassen sich durch zwei grundlegende Eigenschaften charakterisieren: Erstens sind sie zur „Selbsterneuerung“ befähigt, d. h., wenn eine Stammzelle sich teilt, entsteht wieder mindestens eine Stammzelle (hieraus folgt, dass Stammzellen potentiell unsterblich sind), und zweitens können sie sich in andere Zellen eines Organs entwickeln (differenzieren). Stammzellen können überdies z. B. höhere Dosen von Zellgiften und Strahlung tolerieren, was jedoch streng genommen nicht zu ihren grundlegenden Eigenschaften gehört.⁷ Die oben genannten Stammzeleigenschaften sollen am Beispiel des Blutes verdeutlicht werden. Im Knochenmark befinden sich die so genannten hä-

matopoietischen Stammzellen (HSZ), woraus sämtliche Zellen des Blutes wie Leukozyten/Lymphozyten (weiße Blutkörperchen), Erythrozyten (rote Blutkörperchen) und Thrombozyten (Blutplättchen) hervorgehen. Da der überwiegende Teil der verschiedenen Blutzellen nur eine geringe Lebensdauer aufweist – zwischen wenigen Tagen (Leukozyten/Lymphozyten) und ca. drei Monaten (Erythrozyten) – folgt hieraus, dass die Blutbildung kein einmaliger, sondern ein permanenter Prozess ist. Die elementare Bedeutung der HSZ an diesem Prozess wird deutlich, wenn es zu deren Verlust kommt, z. B. gewollt durch Bestrahlung oder Chemotherapie bei bestimmten Formen von Leukämien (Blutkrebs). Ein Verlust der HSZ ist gleichzusetzen mit einem Verlust der Blutbildung. Ohne entsprechende Therapie würden diese Menschen sterben, z. B. durch Infektionen, da Leukozyten/Lymphozyten an der Abwehr von Bakterien sowie Viren beteiligt sind. Ohne einen ständigen Nachschub von Leukozyten/Lymphozyten gibt es kein funktionierendes Immunsystem. Rettung verschafft in diesem Zusammenhang die Transplantation von HSZ von einem gesunden Spender. Die Spender-HSZ siedeln sich nachfolgend dauerhaft im Knochenmark des Empfängers an, verbunden mit einer dauerhaften Blutbildung.

Das Beispiel der Stammzell- bzw. Knochenmarkstransplantation, die bis dato die einzige etablierte Stammzelltherapie beim Menschen darstellt (!), verdeutlicht nicht nur die Wichtigkeit von Stammzellen in der Organhome-

ostase (nur mit Stammzellen kann ein Organ sich dauerhaft erneuern), sondern gleichermaßen das regenerative Potential von Stammzellen.⁸ Wir wissen heute, dass sich in jedem Organ von höheren Lebewesen Stammzellen (sogenannte adulte oder Gewebestammzellen) befinden. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass sich jedes Organ, von einigen wenigen Ausnahmen wie dem Auge oder dem Gehirn abgesehen, permanent erneuert, wobei die Zeit, die ein Organ für eine komplette Erneuerung benötigt, stark unterschiedlich ist. Die Haut und die Riechzellen in der Nase erneuern sich z. B. innerhalb eines Monats, wohingegen die Schleimhaut des Dünndarms nur ca. zwei Tage benötigt. Weitaus länger braucht die Skelettmuskulatur bzw. das Knochengewebe mit 15 bzw. 10 Jahren.

Die Pluripotenz adulter humaner Stammzellen

Bis vor ca. 15 Jahren wurde angenommen, dass adulte Stammzellen nur multipotent sind. Dieser Hypothese nach hätten sie sich nur zu Zellen des jeweiligen Organs entwickeln können: Aus HSZ würden sich nur die Zellen des Blutes, aus Leberstammzellen nur Zellen der Leber entwickeln. Die Annahme änderte sich mit Aufkommen der ersten Daten, die belegten, dass sowohl HSZ sowie die sich ebenfalls im Knochenmark, aber auch im Fettgewebe befindlichen mesenchymalen Stammzellen (MSZ)⁹ einen gewissen Grad an Pluripotenz aufwiesen.

So konnte 1999 an Ratten erstmals gezeigt werden, dass Stammzellen aus dem Knochenmark („Knochenmarkstammzellen“, die sowohl HSZ wie auch MSZ enthalten) sich zu Leberzellen entwickeln können.¹⁰ Ein Jahr später konnte entsprechendes für den Menschen beschrieben werden.¹¹ Basierend auf diesen Untersuchungen wurden in den darauf folgenden Jahren weitere Studien durchgeführt, in denen im Tiermodell gezeigt werden konnte, dass Knochenmarkstammzellen sich funktionell in andere Gewebe, wie z. B. Herzmuskelgewebe, Skelettmuskulatur, Nervengewebe, Lebergewebe etc., entwickeln können, was eine Verwendung dieser Zellen für regenerative Zwecke nahelegte.¹²

Interessant bei diesen Untersuchungen war die Erkenntnis, dass die „Blaupause“, wie Knochenmarkstammzellen sich in einem bestimmten Organ zu entwickeln haben, vom Organgewebe selbst vorgegeben wird.¹³ Vereinfacht formuliert: Gelangt eine Knochenmarkstammzelle in Lebergewebe, entwickelt sie sich zu einer Leberzelle. Für den Herzmuskel oder Nervengewebe gilt das entsprechende. Die Vorgaben, wie eine Knochenmarkstammzelle sich zu entwickeln hat, werden entweder durch das lokale Organgewebemilieu, wie lösliche Faktoren, Hormone etc., vorgegeben oder können durch die Fusion mit einer Organzelle erlangt werden. Nicht nur wegen dieser Fähigkeit schienen daher Knochenmarkstammzellen für regenerative therapeutische Zwecke geradezu prädestiniert zu sein: beide Stamm-

zelltypen sind gut charakterisiert und lassen sich verhältnismäßig einfach isolieren und aufreinigen. So werden HSZ heutzutage in der Regel mittels Apherese (Blutwäsche) gewonnen. Hierbei wird dem Spender über einen Zeitraum von 5-6 Tagen eine Substanz verabreicht, die zur Folge hat, dass die Zahl an Knochenmarkstammzellen im Blut ansteigt, sodass diese nachfolgend durch Blutwäsche leicht isoliert werden können. Dieses Verfahren ist wesentlich schonender für die Spender als die Aspiration von Knochenmark aus dem Beckenknochen. Hierfür ist in der Regel eine Operation mit Vollnarkose vonnöten; zudem ist der Eingriff relativ schmerzhaft. Dieses Verfahren wird auch zur Aufreinigung von MSZ verwendet, wobei auch das Fettgewebe als Quelle dienen kann. Ein weiterer Vorteil von Knochenmarkstammzellen ist, dass die eigenen (autologen) Stammzellen für den regenerativen Zweck verwendet werden können. Abstoßungsreaktionen werden vermieden.

Der anfänglichen Hoffnung folgte jedoch recht schnell die Ernüchterung, da zunehmend Studien veröffentlicht wurden, die belegten, dass Knochenmarkstammzellen doch nicht so pluripotent zu sein schienen, wie ursprünglich angenommen, und die kein regeneratives Potential dieser Zellen nachgewiesen werden konnten. Bereits im Jahre 2001 wurde eine Studie veröffentlicht, die zeigte, dass zumindest im Tiermodell HSZ in der Lage sind, Herzmuskelgewebe zu regenerieren. Laut Aussage der Autoren

wurde neun Tage nach Verabreichung der HSZ neu gebildetes Herzmuskelgewebe in ca. 68 % der Infarktregion beobachtet.¹⁴ Diese Daten, die zu der damaligen Zeit positiv stimmten, wurden drei Jahre später widerlegt. In zwei unabhängigen Studien konnte gezeigt werden, dass HSZ sich nicht zu Herzmuskelzellen entwickeln können bzw. zumindest nicht in dem Ausmaß, wie in der Studie von 2001 beschrieben, und somit nicht zur regenerativen Therapie des Herzinfarkts geeignet wären.¹⁵ Ähnliches wurde für die Regeneration von Nervengewebe verbreitet. Im Jahre 2003 wurde berichtet, dass Knochenmarkstammzellen sich im menschlichen Organismus zu Nervenzellen entwickeln können.¹⁶ Zwei bzw. drei Jahre später wurden zwei unabhängige Studien veröffentlicht, die eine Entwicklung von Knochenmarkstammzellen in Nervengewebe dagegen nicht belegen konnten.¹⁷

Diese widersprüchlichen Studien deuten auf ein großes Problem in den vergangenen, aber auch gegenwärtigen Untersuchungen von Knochenmarkstammzellen hin: Die Daten sind nicht konsistent. Worauf die Unterschiede in den Studienergebnisse letztlich zurückzuführen sind, ist unklar. Denkbar sind kleine, aber feine und ausschlaggebende Unterschiede im Studiendesign. Nichtsdestotrotz ist diese Widersprüchlichkeit der Ergebnisse problematisch, insbesondere wenn diese Stammzellen für regenerative Zwecke verwendet werden sollen. Tatsächlich wurden bereits 2001, also in demselben Jahr, in dem oben

genannte Studie zur Regeneration des Herzmuskelgewebes durch HSZ veröffentlicht wurden, erste entsprechende Studien am Menschen durchgeführt. Hierbei wurden Knochenmarkstammzellen Patienten sechs Tage nach Infarkt mittels eines Katheters in das Infarktgewebe appliziert. Laut Angabe der Autoren konnte hierdurch eine Verbesserung der Pumpleistung des Herzmuskels sowie eine verkleinerte Infarktregion erzielt werden.¹⁸ Leider lassen diese und ähnliche Studien keine Aussage darüber zu, ob die beobachteten Effekte tatsächlich auf die applizierten Stammzellen zurückzuführen sind oder auf einen anderen, bislang unbekanntem Mechanismus. Anders als in tierexperimentellen Studien, in denen das betreffende Organewebe präpariert und auf differenzierte Stammzellen untersucht wird, kann der potentielle Effekt von Stammzellen hinsichtlich einer Regeneration beim Menschen nur indirekt gemessen werden, beim Herzinfarkt z. B. durch EKG, Ultraschall oder andere bildgebende Verfahren wie der Computertomographie.

Unabhängig von den oben genannten widersprüchlichen Daten aus tierexperimentellen Studien wurden und werden weiterhin Stammzelltherapien beim Menschen zur Therapie von Herzinfarkt durchgeführt. Dies ist umso verwunderlicher, da zwischenzeitlich mehrere große klinische Studien durchgeführt worden sind, die im Vergleich zur Kontrollgruppe (keine Stammzellen, konventionelle Therapie) keinen therapeutischen Nutzen

dieser Stammzelltherapien bei Herzinfarktpatienten nachweisen konnten.¹⁹

Mittlerweile wurden Manipulationsvorwürfe gegen den Initiator der damaligen Studie aus dem Jahre 2001 erhoben. In einer kürzlich veröffentlichten Studie kamen die Autoren zu dem Ergebnis, dass sich in den von Strauer et al. veröffentlichten Studie bzgl. der Regeneration des Herzmuskelgewebes durch Knochenmarkstammzellen mehr als 200 Widersprüche befinden sollen. Unter anderem sollen Datensätze sowie Grafiken doppelt verwendet bzw. die Daten inklusive der Statistik sollen fehlerhaft berechnet worden sein. Weiterhin soll es für die Leser häufig unklar gewesen sein, um welche Art von Studien es sich handelt (randomisiert bzw. nicht randomisiert, Doppelblindstudie etc.).²⁰

Welche Konsequenzen aus diesen Vorwürfen folgen werden, lässt sich zum Zeitpunkt des Verfassens dieses Artikel nicht abschätzen. Sollten die gegenüber Strauer et al. gemachten Vorwürfe Bestand haben, wäre Deutschland möglicherweise um einen Wissenschaftsskandal reicher. Interessanterweise werden ebenfalls die Fachmagazine kritisiert, in denen Strauer et al. veröffentlicht haben, da sie zu leichtfertig mit wissenschaftlichen Daten umgingen. So wird angemerkt, dass die wissenschaftliche Literatur derartige Studien größtenteils unkritisch aufnimmt, dass selbst Meta-Analysen nur eher zufällig Widersprüche aufdecken bzw. dass Widersprüche, die an die Fachmagazine

herangetragen werden, mitunter nicht die „Scientific Community“ erreichen würden.²¹

Stammzelltourismus

Trotz der uneinheitlichen Datenlage hinsichtlich der Effektivität bzw. Anwendbarkeit von Stammzellen in der regenerativen Medizin wurden in den vergangenen 15 Jahren zahlreiche Institute/Kliniken in Ländern der Dritten Welt, aber auch Schwellenländern und Industrienationen gegründet, die sich auf dubiose Stammzelltherapien spezialisiert haben.²² Hieraus hat sich ein regelrechter Stammzelltourismus entwickelt.

Vordergründig werben diese Institute/Kliniken mit dem Versprechen, den betroffenen Patientinnen und Patienten zu helfen. Die Internetauftritte dieser Institute/Kliniken sind entsprechend konzipiert und sollen Kompetenz wie Vertrauen gleichermaßen demonstrieren. Zudem wird mit Briefen und Videos potentiell erfolgreich therapierter Patientinnen und Patienten geworben, die dokumentieren sollen, dass die Stammzelltherapie erfolgreich verlaufen kann.

Hintergründig darf davon ausgegangen werden, dass derartige Institute/Kliniken auch ein wirtschaftliches Interesse an derartigen Therapien hegen. Laut einer im Jahr 2008 veröffentlichten Studie beliefen sich die durchschnittlichen Kosten für eine Stammzelltherapie auf ca. 21.500 \$, wobei die Kosten für Unterkunft und Anreise selbst getragen werden mussten.²³

Die Liste der Krankheitsbilder, die laut Aussage der Institute/Kliniken mittels Stammzellen therapiert werden könnte, ist lang und umfasst vor allem neurologische Erkrankungen wie Parkinson, ALS, Multiple Sklerose oder Schlaganfall, kardiovaskuläre Erkrankungen wie Herzinfarkt, aber auch Diabetes bzw. erblich bedingte Erkrankungen der Skelettmuskulatur wie z. B. die Duchenne Muskeldystrophie oder die spinale Muskelatrophie. Aber selbst AIDS/HIV, Autismus und Krebserkrankungen sollen durch Stammzellen angeblich therapierbar sein.²⁴

Überwiegend werden HSZ/MSZ aus dem Knochenmark bzw. HSZ aus dem peripheren Blut (Apherese) bzw. MSZ aus dem Fettgewebe verwendet. Hierfür gibt es vielfältige Gründe: Zum einen sind die Zellen relativ leicht verfügbar und die weitere Aufreinigung kann ohne großen Aufwand erfolgen. Speziell für HSZ kann die Aufreinigung bereits automatisiert werden, wodurch ein hoher Reinheitsgrad der Zellen garantiert ist. Gleichmaßen können mögliche Kontamination vermieden werden. Ein weiterer Vorteil ist, dass die eigenen (autologen) Stammzellen verwendet werden können, wodurch keine Abstoßungsreaktion befürchtet werden müssen.

Einige Kliniken bieten darüber hinaus die Transplantation von fötalen (Stamm)-Zellen an, welche aus neuronalem Gewebe von abgetriebenen humanen Föten isoliert werden. Für diese Zellen, die angeblich noch neuronale Stammzellen enthalten sollen,

wurde ein positiver Effekt für die Therapie von Parkinson beschrieben.²⁵ Die Datenlage ist jedoch nach wie vor sehr uneinheitlich, vor allem da in keiner der veröffentlichten Studien eine Gefährlosigkeit dieser Therapie dokumentiert werden konnte.²⁶ Nichtsdestotrotz wird dieser Therapieform ein gewisser Nutzen zugesprochen, wobei jedoch eingeräumt wird, dass weitere Studien und eine Optimierung der Therapie dringend angeraten seien, bevor diese routinemäßig Anwendung finden könnte.²⁷

Wie bereits erwähnt, werben die Institute/Kliniken mit Briefen und Videos vermeintlich erfolgreich therapierter Patientinnen und Patienten. Die Botschaft, die vermittelt werden soll, ist eindeutig: „Wir nehmen Sie und Ihre Krankheit ernst. Wir können Ihnen helfen. Die Therapie ist einfach, sicher und erfolgreich.“ Lahme werden wieder gehen können, Blinde wieder sehen dank Hightech-(Wunder)-Medizin. Eine Garantie für den Erfolg der Stammzelltherapie gibt es jedoch nicht – selbst nicht von Seiten der Institute/Kliniken.

Tatsächlich werden in erster Linie Menschen angesprochen, die häufig schulmedizinisch gesehen austherapiert sind bzw. für die es keine schulmedizinischen Therapieverfahren gibt. Verbunden mit der Hoffnung, in derartigen Instituten/Kliniken Heilung zu erlangen, nehmen sie weite Wege und Strapazen in Kauf bzw. investieren vier- bis fünfstellige Geldbeträge. Für die Institute/Kliniken ein gutes Geschäft, für die betroffenen Patientin-

nen und Patienten eher nicht.

Leider verhält es sich zudem so, dass derartige Stammzelltherapien auch mit schweren Nebenwirkungen/Komplikationen bis hin zum Tod einhergehen können. Trauriges Beispiel ist der Tod eines 18 Monate alten Kindes im August 2010 im Düsseldorfer XCell-Center, welchem Stammzellen ins Gehirn gespritzt wurden und welches an einer hierdurch verursachten Gehirnblutung verstorben ist. Ähnliche Komplikationen sollen bei weiteren Patienten, u. a. Kindern, aufgetreten sein, die jedoch mit viel Glück überlebt haben.²⁸

Dass etwas Derartiges in Deutschland geschehen konnte, mag auf den ersten Blick unerklärlich erscheinen. Rechtlich gesehen befand sich das XCell-Center jedoch in einer Grauzone, da Stammzelltherapien erst ab 2012 bei der europäischen Gesundheitsbehörde (EMA) zugelassen werden mussten und bis zu diesem Zeitpunkt eine Übergangsregelung in Deutschland galt.²⁹ Angesichts des Todesfalls sowie weiterer bekannt gewordener Fälle von Komplikationen bei der Injektion von Stammzellen ins Gehirn wurde dem XCell-Center diese Art der Behandlungen durch das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) untersagt, da nach Einschätzung der Experten der Eingriff als bedenklich im Sinne von § 5 Abs. 2 Arzneimittelgesetz (AMG) angesehen wurde.³⁰

Mit der 15. Novelle des AMG zum 31. Dezember 2010 lief die gesetzliche Übergangsfrist der Verordnung für „Arzneimittel für neuartige The-

rapien“ ab, die es dem XCell-Center bis zu diesem Zeitpunkt ermöglichte, Stammzelltherapien durchzuführen. Infolgedessen hat die zuständige Bezirksregierung in Köln in Absprache mit dem NRW-Gesundheitsministerium eine Untersagungsverfügung veranlasst, die dem XCell-Center die Durchführung weiterer Stammzelltherapien verwehrt hat,³¹ woraufhin das XCell-Center im Mai 2011 geschlossen wurde.

Aus ethisch-moralischer Sicht war das Handeln des XCell-Center bzw. ist das Handeln aktuell aktiver Stammzellkliniken mehr als verwerflich, da diese Institutionen ihr Geld mit der Verzweiflung der Menschen verdienen – verbunden mit dem Wissen, dass die Stammzelltherapie sehr wahrscheinlich keinen Nutzen haben wird. Selbst wenn der Heilungsgedanke im Vordergrund stehen würde und die behandelnden Ärzte die ehrenwerte Absicht hegen würden, den betroffenen Menschen zu helfen, so bleibt diese Absicht angesichts der Daten, die keine belastbaren Stammzelltherapieverfahren beim Menschen (außer der Therapie von leukämischen Erkrankungen) nachweisen können, mehr als fraglich. Ob die behandelnden Ärzte diese Therapien tatsächlich zum Wohle der Patienten oder eher zum Wohle der Klinik durchführen, bleibt zweifelhaft.

Andererseits muss sich auch der Gesetzgeber in Deutschland fragen lassen, warum das XCell-Center in mehr als vier Jahren über 4000 Patienten mit Stammzellen behandelt

konnte. Bereits Mitte 2009 gab es erste Warnungen seitens der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und der Deutschen Parkinson-Gesellschaft hinsichtlich der Behandlungsmethoden des XCell-Centers.³² Im Februar 2010 wurde eine Stellungnahme des Kompetenznetzwerks Stammzellforschung NRW veröffentlicht, in der sich ebenfalls deutlich von den Geschäftspraktiken des XCell-Centers distanziert wurde, vor allem, da keine wissenschaftlich begründeten Nachweise der Wirksamkeit existierten.³³

Der Fall XCell-Center wurde ebenfalls auf politischer Ebene diskutiert, wobei im Nachhinein der Eindruck entstehen kann, dass die zuständigen Behörden sich eher die Verantwortung gegenseitig zugeschoben, anstatt sich näher mit der Thematik befassen zu haben. So wurde auf die Anfrage des SPD-Bundestagsabgeordneten René Rösper an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im April 2010, ob angesichts der wiederholt formulierten Kritik an den im XCell-Center angebotenen Therapien nicht eine Änderung der bestehenden Gesetze für notwendig erachtet werden würden, durch den damaligen Parlamentarischen Staatssekretär Daniel Bahr geantwortet, dass das rechtliche Instrumentarium zum Verbraucherschutz und Patientenschutz bei Therapien mit Stammzellpräparaten ausreichen würde. Zudem habe die Ärztekammer Nordrhein zwar vor den kommerziellen Therapien mit Stammzellen gewarnt, jedoch keine Bedenken hinsichtlich der Therapien oder der

verwendeten Präparate feststellen können.³⁴

Im August 2010 verstarb schließlich das 18 Monate alte Kind infolge der Stammzellinjektion ins Gehirn.³⁵ Auf eine erneute Anfrage des Abgeordneten Rösper an das BMG, ob der Tod des kleinen Jungen nicht durch ein früheres Eingreifen seitens der Politik, speziell des BMG, hätte verhindert werden können, antwortete die Parlamentarische Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz, dass das rechtliche Instrumentarium zum Patientenschutz in der Verantwortung der Länder liege, also bei Nordrhein-Westfalen. Im Heilberufegesetz sei vorgeschrieben, dass unerwünschte Arzneimittelwirkungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft mitgeteilt werden müssen und dass entsprechende Verstöße gegen die Berufsordnung geahndet werden können. Im Gegensatz dazu war der damalige geschäftsführende Arzt der Ärztekammer Nordrhein, Dr. med. Robert Schäfer, jedoch der Auffassung, dass das BMG in dieser Angelegenheit hätte aktiv werden müssen. Die Ärztekammer Nordrhein würde die im XCell-Center vorgenommenen, teuer verkauften Behandlungen als einen Missbrauch der im Gesetz festgelegten Freiheit bewerten und könne erst das Berufsrecht der dort tätigen Ärzte einschränken oder unterbinden, wenn eine Beschwerde seitens der Patienten oder aber verwirklichte Tatbestände vorliegen würden.³⁶

Warum die Politik bzw. das PEI als zuständige Behörde erst im Oktober

2010 diese Form der Stammzelltherapie als bedenklich im Sinne von § 5 Abs. 2 AMG einstufte (und somit derartige Anwendungen am Menschen verbot) und nicht wesentlich früher, bleibt im Nachhinein ein großes Fragezeichen und wird sich wohl nicht mehr klären lassen. Wahrscheinlich war es tatsächlich so, dass erst ein Kind sterben musste, bevor, trotz ernstzunehmender Warnungen, sich die Politik mit dieser Thematik befasste und entsprechende Gesetze korrigierte. Rückblickend wirft dies kein gutes Licht auf den Gesetzgeber bzw. die zuständigen Behörden, sei es auf Bundes- oder Landesebene.³⁷

Dennoch sind in Deutschland nach wie vor Stammzelltherapien erlaubt, wobei dies durch geltendes EU-Recht sowie nationales Recht abgesichert ist. Auf Deutschland bezogen können hierdurch z. B. Stammzelltherapien zur Regeneration des Herzmuskelgewebes nach Herzinfarkt durchgeführt werden. Voraussetzung hierfür ist, dass es sich bei der Stammzelltherapie um ein sogenanntes „advanced therapeutic medical product (ATMP)“ handelt, was innerhalb der „Hospital exemption“ („Krankenhausausnahme“) angewendet wird.³⁸

Auf EU-Ebene gibt es ein zentralisiertes Genehmigungsverfahren, welches sämtliche neuen und modernen Arzneimittel durchlaufen müssen und welches von der EMA (European Medicines Agency) koordiniert wird. Ziel dieses Verfahrens ist eine europaweit einheitliche wissenschaftliche Beurteilung von Qualität, Unbedenk-

lichkeit und Wirksamkeit eines Arzneimittels nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft und Technik sowie in Abhängigkeit eines akzeptablen Nutzen-Risiko-Verhältnisses. Jedoch findet sich in der entsprechenden EU-Verordnung Nr. 1394/2007 eine Ausnahmeklausel (Artikel 28), die es den einzelnen Mitgliedstaaten der EU erlaubt, ATMPs auch auf nationaler Ebene genehmigen zu können. In Deutschland geschieht dies durch § 4b Abs. 3 AMG und gilt für ATMPs, die nicht routinemäßig nach spezifischen Qualitätsnormen hergestellt und in einer spezialisierten Einrichtung der Krankenversorgung in demselben Mitgliedstaat unter der ausschließlichen fachlichen Verantwortung eines Arztes auf individuelle Verschreibung eines eigens für einen einzelnen Patienten angefertigten Arzneimittels verwendet werden.³⁹ Durch diese Ausnahmeregelung können die Richtlinien zum EU-Genehmigungsverfahren unterlaufen werden, solange sie mit nationalem Recht konform sind. Dass dies nicht so weit hergeholt ist, belegen jüngste Nachrichten aus Italien, denen zufolge das italienische Parlament, durch den Druck von betroffenen Patienten und Angehörigen, für die Durchführung einer klinischen Stammzellstudie der Stamina Foundation aus Turin votierte und hierfür drei Millionen Euro bereitstellte.⁴⁰ Die erste Fassung des Gesetzes kam einer Horrormeldung gleich, da bestehende Regelungen so weit gelockert werden sollten, dass Tausende von Patienten mit dubiosen, nicht in klinischen Stu-

dien validierten Stammzelltherapien hätten behandelt werden dürfen.

Die Stamina Foundation behauptet von sich, eine zuverlässige Methode entwickelt zu haben, um aus MSZ aus dem Knochenmark von Patienten Nervenzellen herzustellen, die zur Therapie von neurodegenerativen Erkrankungen wie ALS, Parkinson oder Alzheimer verwendet werden können. Führende internationale Wissenschaftler sowie wissenschaftliche Vereinigungen stehen diesem Vorhaben jedoch sehr skeptisch gegenüber, da bislang keine wissenschaftlichen Daten aus klinischen Studien existieren, die belegen, dass betroffene Patienten von derartigen Therapie profitieren würden. Auf Grund des nationalen wie auch internationalen Drucks wurde das Gesetz mittlerweile überarbeitet. Dennoch wurde der Stamina Foundation zugestanden, dass jene Patienten weiter therapiert werden können, die bereits mit der Behandlung begonnen hätten.⁴¹

Leider verhält es sich so, dass die „Hospital exemption“ (Krankenhausausnahme) in den einzelnen Mitgliedsstaaten der EU unterschiedlich ausgelegt wird, sodass Institute/Kliniken ihre dubiosen Stammzelltherapien in EU-Ländern durchaus legal anbieten können, in denen diese Regelungen fehlen oder zumindest unklar formuliert sind. Dies wird mit als das größte Problem im Kampf gegen den Stammzelltourismus und das Anbieten dubioser Stammzelltherapien gesehen.

Zukünftige Entwicklungen

Die Entwicklungen der vergangenen 15 Jahre im Bereich der Stammzellforschung zeigen dessen ungeheure Dynamik. Gleichmaßen sind diese Entwicklungen mit der Hoffnung verbunden, dass es nur noch eine Frage der Zeit sein wird, bis regenerative Stammzelltherapien routinemäßig zur klinischen Anwendung am Patienten kommen. Die Hoffnung mag berechtigt sein, sie muss aber insofern stark eingeschränkt werden, als es sehr wahrscheinlich noch mehrere Jahre bis Jahrzehnte dauern wird, bis entsprechende Therapieformen entwickelt worden sind und letztlich am Menschen angewendet werden können. Wie in diesem Artikel beschrieben, können Erkenntnisse, die aus tierexperimentellen Studien gewonnen werden, nicht direkt auf den Menschen übertragen werden. Vielmehr bedarf es der intensiven Durchführung klinischer Studien inklusive Risiko-Nutzen-Abschätzung für den Patienten, bevor es zu einer klinischen Anwendung am Menschen kommen kann. Diese Einschätzung wird die Anbieter von dubiosen Stammzelltherapien nicht davon abhalten, weiterhin ihrem perfiden Geschäft nachzugehen, um mit der Verzweiflung todkranker bzw. unheilbar erkrankter Menschen Geld zu verdienen.

Wie und ob diesem Tun (jemals) Einhalt geboten werden kann, bleibt mehr als fraglich. Mit ein Grund hierfür ist die unterschiedliche Gesetzeslage und das Verhältnis der Politik

zu Stammzelltherapien in den jeweiligen Ländern. Wie das Beispiel aus Deutschland (XCell Center) und Italien (Stamina Foundation) zeigt, gibt es selbst in der EU keine einheitliche Regelung. Was durch EU-Gesetze eigentlich geregelt werden sollte, lässt sich durch Ausnahmeregelungen bzw. nationales Recht umgehen. Und selbst wenn es zu einer Verschärfung von Gesetzen in einem Staat kommen würde, so würden die Anbieter, Nomaden gleich, in ein anderes Land ihrer Wahl ziehen, wo sie dank laxer Gesetze ihre Therapien feilbieten können.

Bleibt nur noch die Aufklärung und die Warnung vor Anbietern dubioser Stammzelltherapien. Aber auch hier ist fraglich, ob dies Erfolg haben wird. Schließlich geht es nicht um Patienten, die Heilung suchen, sondern vielmehr um Menschen, die schulmedizinisch gesehen austherapiert sind, die eine mehrmonatige/-jährige Odyssee bei verschiedenen Ärzten und Kliniken hinter sich haben und für die es keine Hoffnung auf Heilung gibt. Diese Menschen (bzw. zum Teil deren Eltern, wenn es sich um Kinder handelt) klammern sich an jeden Strohalm, selbst wenn es sich hierbei um Anbieter von dubiosen Stammzelltherapien handelt.

Trotzdem muss hier angesetzt und nachgehakt werden, auch wenn die Aussicht auf Erfolg gering sein sollte. Es muss deutlich gemacht werden, dass es sich bei den Versprechen der Anbieter von dubiosen Stammzelltherapien nur um leere Versprechen handelt und diese in erster Linie an

den finanziellen Mitteln der Patienten interessiert zu sein scheinen und nicht an deren Heilung. Wenn dem nicht so wäre, würden die Institute/Kliniken den Erfolg der Therapie garantieren – was sie aber nicht tun, da sie es nicht können. Aber auch Wissenschaftler, Mediziner und die Industrie sind gefordert. Zum einen muss die Stammzellforschung weiter vorangetrieben und ausgebaut werden, verbunden mit dem Ziel, stammzellbasierte regenerative Verfahren zu entwickeln. Parallel hierzu muss die Forschung intensiviert werden bezüglich der Entwicklung neuer Medikamente, die zur Therapie bestimmter degenerativer Erkrankungen eingesetzt werden können. Zudem sollten auch seltene Erkrankungen erforscht werden. Diese als „rare disease“ bezeichneten Krankheiten finden sich häufig nicht im Portfolio großer Pharmaunternehmen, da mit ihnen schlichtweg kein Geld zu verdienen ist. Hier muss ein Umdenken stattfinden.

¹ Deshpande DM, Kim YS, Martinez T, Carmen J, Dike S, Shats I, Rubin LL, Drummond J, Krishnan C, Hoke A, Maragakis N, Shefner J, Rothstein JD, Kerr DA: Recovery from paralysis in adult rats using embryonic stem cells. *Ann Neurol* 2006; 60: 32-44.

² Rezania A., Bruin JE, Riedel MJ, Mojibian M, Asadi A, Xu J, Gauvin R, Narayan K, Karanu F, O'Neil JJ, Ao Z, Warnock GL, Kieffer TJ: Maturation of human embryonic stem cell-derived pancreatic progenitors into functional islets capable of treating pre-existing diabetes in mice. *Diabetes* 2012; 61: 2016-2029.

³ Schraven B, Kalinke U: CD28 superagonists: what makes the difference in humans? *Immunology* 2008; 28: 591-595.

⁴ Schneider CK, Kalinke U: After the TGN1412 incident. Principles for assessment of first-in-man trials with monoclonal antibodies by the Paul Ehrlich Institute. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2007; 50: 1213-1220.

⁵ Constantinescu S: Stemness, fusion and renewal of hematopoietic and embryonic stem cells. J Cell Mol Med 2003; 7: 103-112.

⁶ Takahashi K, Tanabe K, Ohnuki M, Narita M, Ichisaka T, Tomoda K, Yamanaka S: Induction of pluripotent stem cells from adult human fibroblasts by defined factors. Cell 2007; 131: 861-872.

⁷ Verfaillie CM: Adult stem cells: assessing the case for pluripotency. Trends Cell Biol 2002; 12: 502-508.

⁸ Morrison SJ, Uchida N, Weissman IL: The biology of hematopoietic stem cells. Annu Rev Cell Dev Biol 1995; 11: 35-71.

⁹ Zuk PA, Zhu M, Ashjian P, De Ugarte DA, Huang JI, Mizuno H, Alfonso ZC, Fraser JK, Benhaim P, Hedrick MH: Human adipose tissue is a source of multipotent stem cells. Mol Biol Cell 2002; 13: 4279-4295.

¹⁰ Petersen BE, Bowen WC, Patrene KD, Mars WM, Sullivan AK, Murase N, Boggs SS, Greenberger JS, Goff JP: Bone marrow as a potential source of hepatic oval cells. Science 1999; 284: 1168-1170.

¹¹ Alison MR, Poulsom R, Jeffery R, Dhillion AP, Quaglia A, Jacob J, Novelli M, Prentice G, Williamson J, Wright NA: Hepatocytes from non-hepatic adult stem cells. Nature. 2000;406:257.

¹² Alvarez-Dolado, M., Martinez-Losa, M. Cell fusion and tissue regeneration. Adv Exp Med Biol 2011; 713: 161-175.

¹³ Dittmar T, Seidel J, Niggemann B, Zänker KS: Carcinogenesis driven by bone marrow-derived stem cells. Contrib Microbiol 2006, 13: 156-169.

¹⁴ Orlic D, Kajstura J, Chimenti S, Jakoniuk I, Anderson SM, Li B, Pickel J, McKay R, Nadal-Ginard B, Bodine DM, Leri A, Anversa P: Bone marrow cells regenerate infarcted myocardium. Nature 2001; 410: 701-705.

¹⁵ Balsam LB, Wagers AJ, Christensen JL, Kofidis T, Weissman IL, Robbins RC: Haematopoietic stem cells adopt mature haematopoietic fates in ischaemic myocardium. Nature 2004; 428: 668-673. Murry CE, Soonpaa MH, Reinecke H,

Nakajima H, Nakajima HO, Rubart M, Pasumarthi KB, Virag JI, Bartelmez SH, Poppa V, Bradford G, Dowell JD, Williams DA, Field LJ: Haematopoietic stem cells do not transdifferentiate into cardiac myocytes in myocardial infarcts. Nature 2004; 428: 664-668.

¹⁶ Mezey E, Key S, Vogelsang G, Szalayova I, Lange GD, Crain B: Transplanted bone marrow generates new neurons in human brains. Proc Natl Acad Sci USA 2003; 100: 1364-1369.

¹⁷ Massengale M, Wagers AJ, Vogel H, Weissman IL: Hematopoietic cells maintain hematopoietic fates upon entering the brain. J Exp Med 2005; 201: 1579-1589. Roybon L, Ma Z, Asztely F, Fossum A, Jacobsen SE, Brundin P, Li JY: Failure of transdifferentiation of adult hematopoietic stem cells into neurons. Stem Cells 2006; 24: 1594-1604.

¹⁸ Strauer BE, Brehm M, Zeus T, Gattermann N, Hernandez A, Sorg RV, Kogler G, Wernet P: Intracoronary, human autologous stem cell transplantation for myocardial regeneration following myocardial infarction. Dtsch Med Wochenschr 2001; 126: 932-938.

¹⁹ Traverse JH, Henry TD, Ellis SG, Pepine CJ, Willerson JT, Zhao DX, Forder JR, Byrne BJ, Hatzopoulos AK, Penn MS, Perin EC, Baran KW, Chambers J, Lambert C, Raveendran G, Simon DI, Vaughan DE, Simpson LM, Gee AP, Taylor DA, Cogle CR, Thomas JD, Silva GV, Jorgenson BC, Olson RE, Bowman S, Francescon J, Geither C, Handberg E, Smith DX, Baraniuk S, Piller LB, Loghin C, Aguilar D, Richman S, Zierold C, Betencourt J, Sayre SL, Vojvodic RW, Skarlatos SI, Gordon DJ, Ebert RF, Kwak M, Moye LA, Simari RD: Effect of intracoronary delivery of autologous bone marrow mononuclear cells 2 to 3 weeks following acute myocardial infarction on left ventricular function: the LateTIME randomized trial. JAMA 2011; 306: 2110-2119. Wohrle J, Merkle N, Mailander V, Nusser T, Schauwacker P, von Scheidt F, Schwarz K, Bommer M, Wiesneth M, Schrezenmeier H, Hombach, V: Results of intracoronary stem cell therapy after acute myocardial infarction. Am J Cardiol 2010; 105: 804-812.

²⁰ Francis DP, Mielewicz M, Zargaran D, Cole GD: Autologous bone marrow-derived stem cell therapy in heart disease: Discrepancies and contradictions. Int J Cardiol 2013; <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2013.04.152>.

²¹ Ebd.

²² Daley GQ: The promise and perils of stem cell therapeutics. Cell Stem Cell 2012; 10: 740-749. Lau D, Ogbogu U, Taylor B, Stafinski T, Menon D, Caulfield T: Stem cell clinics online: the direct-to-consumer portrayal of stem cell medicine. Cell Stem Cell 2008; 3: 591-594.

²³ Lau et al. (FN 21).

²⁴ Ebd.

²⁵ Freed CR, Breeze RE, Rosenberg NL, Schneck SA, Wells TH, Barrett JN, Grafton ST, Huang SC, Eidelberg D, Rottenberg DA: Transplantation of human fetal dopamine cells for Parkinson's disease. Results at 1 year. Arch Neurol 1990; 47: 505-512.

²⁶ Olanow CW, Goetz CG, Kordower JH, Stoessl AJ, Sossi V, Brin MF, Shannon KM, Nauert GM, Perl DP, Godbold J, Freeman TB: A double-blind controlled trial of bilateral fetal nigral transplantation in Parkinson's disease. Ann Neurol 2003; 54: 403-414.

²⁷ Politis M, Lindvall O: Clinical application of stem cell therapy in Parkinson's disease. BMC Med 2012; 10: 1.

²⁸ Kutter S: Schluss mit lebensgefährlicher Stammzelltherapie. <http://www.wiwo.de/technologie/dubioser-anbieter-xcell-schluss-mit-lebensgefahrllicher-stammzelltherapie/5248708.html>

²⁹ Kutter S: Dubiose Geschäfte mit Stammzellen. <http://www.wiwo.de/technologie/medizin-dubiose-geschaeft-mit-stammzellen-seite-all/5248712-all.html>. Zylka-Menhorn V: XCell-Center: Das Dilemma der Übergangsfrist. Dtsch Arztebl 2010; 107: A-2499/ B-2171/ C-2127.

³⁰ Zylka-Menhorn V: Todesfall nach kommerzieller Stammzelltherapie. Dtsch Arztebl 2010; 107: A-2142/ B-1862/ C-1834.

³¹ Siegmund-Schultze N: XCell-Center: Umstrittene Therapien gestoppt. Dtsch Arztebl 2011; 108: A-1143/ B-1947/ C-1947.

³² Zylka-Menhorn (FN 28).

³³ http://www.stammzellen.nrw.de/fileadmin/media/documents/PDF/Statement_Therap_4.2.10.pdf.

³⁴ Zylka-Menhorn (FN 28).

³⁵ Siegmund-Schultze (FN 30)

³⁶ Zylka-Menhorn (FN 28).

³⁷ Kutter und Zylka-Menhorn (FN 29).

³⁸ Paul-Ehrlich-Institut. <http://www.pei.de/>

SharedDocs/Downloads/pu/innovationsbuero/broschuere-atmp-anforderungen-hinweise.pdf?__blob=publicationFile&v=1.

³⁹ Ebd.

⁴⁰ Margottini L: Stem cells. Italian Parliament orders euro3 million trial of disputed therapy. Science 2013; 340: 1028.

⁴¹ Ebd.

Präferenzen zur Priorisierung in der Gesundheitsversorgung. Ergebnisse normativ geleiteter experimenteller Studien

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

1. Einleitung

Die Notwendigkeit der Priorisierung medizinischer Leistungen ist in vielen Bereichen des Gesundheitswesens weltweit zu beobachten.¹ Priorisierung ist „die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren vor anderen“². Zuteilungsregeln im Gesundheitswesen, die eine Rationierung definieren, können mit Priorisierungsnormen begründet werden. Bereits heute ist eine wachsende Diskrepanz „zwischen dem, was medizinisch sinnvoll und notwendig ist, und dem, was an Versorgung noch stattfinden kann“³, zu beobachten. Dabei stellt sich unweigerlich die normative Frage, nach welchen Kriterien Prioritäten gebildet werden sollen. Parallel dazu ist für das Verständnis des gesellschaftlichen Diskurses zu diesem Thema die empirische Frage relevant, welche Präferenzen Bürger zu Fragen der Priorisierung offenbaren. Schließlich finanzieren sie als Beitrags- oder Steuerzahler das Gesundheitssystem und sind gleichzeitig als potentielle oder aktuelle Patienten direkt von möglichen Rationierungen betroffen.

In der DFG-Forschergruppe FOR 655 zum Thema „Priorisierung in der Medizin“, an der wir beteiligt sind, werden Präferenzstrukturen der Bevölke-

rung mit einer Vielfalt an Methoden untersucht.⁴ In der Social Choice Theorie werden Verteilungskriterien und -regeln normativ analysiert, die als Priorisierungs- oder Rationierungsregeln auf den Gesundheitsbereich übertragbar sind. Im Rahmen unserer Projektforschung haben wir die Akzeptanz dieser Regeln mithilfe normativ geleiteter Befragungsstudien überprüft. Damit folgen wir einem Ansatz, der sich als ‚Empirical Social Choice‘ etabliert hat.⁵ In Abschnitt 2 beschreiben wir die grundlegende Entscheidungssituation und skizzieren relevante Verteilungsregeln. In Abschnitt 3 erläutern wir wichtige Variationen der empirischen Untersuchungen und geben in Abschnitt 4 einen Überblick über die experimentellen Ergebnisse. Bei einigen Befragten war ein Lernprozess im Umgang mit Knappheitsrestriktionen im Gesundheitswesen zu beobachten. Auf dieses mentale Phänomen gehen wir in Abschnitt 5 ein und enden in Abschnitt 6 mit einigen Schlussfolgerungen.

2. Entscheidungssituationen und Priorisierungsprinzipien

Zur theoretischen Fundierung der Befragungen ist es notwendig, aus der Fülle der in der Literatur vorgeschlagenen Verteilungsregeln einige im

Gesundheitswesen relevante auszuwählen. Im Design der Befragungen wurden diese Prinzipien auf gezielt konstruierte, hypothetische medizinische Entscheidungsprobleme angewandt. In mehreren Situationen hatten Befragte in der Rolle eines Arztes/ einer Ärztin ein vorgegebenes Budget an Behandlungszeit auf zwei oder drei Patienten aufzuteilen, die sich anhand zweier Merkmale unterschieden: Zum einen wurden individuelle Mindestbedarfe an Behandlungszeit genannt, die jeweils notwendig waren, um einen Gesundheitszugewinn zu erzielen. Zum anderen wurden verschiedene Wirksamkeiten je erhaltener Behandlungszeiteinheit angegeben. Insgesamt ergeben sich hieraus Gesundheitsproduktionsfunktionen, die den individuellen Gesundheitszugewinn der Patienten in Abhängigkeit von der zugeteilten Behandlungszeit abbilden. Teilnehmer erhielten Verteilungsvorschläge, konnten aber auch einen eigenen Vorschlag machen.

Die in diesen spezifischen Verteilungsproblemen anwendbaren Verteilungsregeln lassen sich in zwei Kategorien unterteilen. Erstens gibt es Regeln, die sich allein auf medizinische Ressourcen beziehen. Hier kann eine Gleichaufteilung der Behandlungszeit angestrebt werden. Alternativ können zunächst alle Patienten mit ihren Mindestbedarfen versorgt werden, bevor die übrige Zeit wiederum auf alle Patienten gleichmäßig verteilt wird. Die zweite Kategorie von Verteilungsregeln bezieht die Gesundheitszugewinne mit ein. Theoretisch tief verankert

ist dabei ein utilitaristisch inspiriertes Vorgehen, das die Summe der Zugewinne aller Patienten maximiert.⁶ Daraus resultiert eine strikte Priorität für die Wirksamkeit der Behandlung. Patienten, bei denen allozierte Behandlungszeit eine geringere Wirkung zeigt als bei anderen, würden damit nicht versorgt. Auf diesen normativ problematischen Aspekt reagiert die ‚beschränkte‘ (engl. ‚truncated‘) utilitaristische Regel. Diese ordnet zunächst allen Patienten die Mindestbedarfe zu und verteilt anschließend die verbleibenden Ressourcen utilitaristisch. Ein sich auf die Konsequenzen beziehendes egalitäres Prinzip zielt hingegen auf eine Gleichverteilung der Gesundheitszugewinne ab. Im Gegensatz zum Utilitarismus kompensiert es geringe Wirksamkeit.⁷

3. Variationen der Entscheidungssituationen

Das Studiendesign wurde in drei Dimensionen variiert. Das Hauptforschungsziel galt Entscheidungen im medizinischen Kontext. Um das Spezielle der Gerechtigkeitsintuitionen dort herausarbeiten zu können, haben einige Befragte in einer ersten Variation entsprechende Situationen mit rein ökonomischem Kontext bearbeitet. Während man im medizinischen Kontext Entscheidungen über die Verteilung von Behandlungszeit treffen sollte, ging es im ökonomischen Kontext um Ausgaben für Empfänger und die Produktivität der Investition. Die zweite kontrollierte Dimension war

der Grad der Knappheit der Ressource. So gab es Situationen, bei denen die Menge an Behandlungszeit ausreichte, um die Mindestbedarfe aller Patienten abzudecken. In anderen Situationen konnten es Befragte jedoch nicht vermeiden, wenigstens einen Patienten auszuschließen. Die dritte Dimension war der Studienhintergrund der Befragten. Die Erhebungen wurden mit Studierenden der Medizin, Jura und Ökonomie durchgeführt. Insgesamt waren bisher in den verschiedenen Experimenten mehr als 500 Studierende involviert. Eine erste Serie von Experimenten wurde im Experimentallabor der Universität Magdeburg durchgeführt.⁸ Weitere Studien fanden als Classroom-Experimente in medizinischen, juristischen und ökonomischen Lehrveranstaltungen statt.⁹ In den letzten Studien dieser Sequenz haben wir die Befragten zudem gebeten, ihre Überlegungen zu den Entscheidungen kurz aufzuschreiben.

Bei den Experimenten wurden monetäre Anreize in Form von Auszahlungen eingesetzt. Im medizinischen, und analog dazu im ökonomischen Kontext, waren die Anreize so definiert, dass ein ‚Arzt‘ proportional zur Summe der Gesundheitszugewinne bezahlt wurde, die sich für die Patienten aus der gewählten Allokation ergab. Die zufällig zugelassenen ‚Patienten‘ erhielten Auszahlungen jeweils proportional zu ihrem Gesundheitszugewinn. Damit wurde ein utilitaristisches Ziel bei den Entscheidungen induziert. Jede Abweichung hiervon kann dann

so interpretiert werden, dass dem Entscheider die Befolgung einer anderen Regel eine entsprechende Einbuße an eigener Auszahlung wert war.

4. Priorisierungsentscheidungen in den Befragungen

Die Teilnehmer nahmen die Befragungen sehr ernst und akzeptierten auch ihre Rolle als Entscheider im medizinischen Kontext. Weiterhin wurde nur ganz vereinzelt ein Patient von einer Behandlung ausgeschlossen, obwohl genügend Ressourcen vorhanden waren. War aufgrund begrenzter Behandlungszeit mindestens ein Patient auszuschließen, so entschied sich die große Mehrheit der Befragten für einen Ausschluss des Patienten, dessen Behandlung die geringste Wirksamkeit aufwies.

Insgesamt fokussierten Studierende der Wirtschaftswissenschaften deutlich häufiger auf die Wirksamkeit der Behandlung (bzw. die Produktivität im ökonomischen Kontext) als die anderen Gruppierungen. In der Regel wählte etwa die Hälfte der ökonomischen Probanden Verteilungen entsprechend dem beschränkten Utilitarismus.¹⁰ Rein utilitaristisches Verteilen trat im medizinischen Kontext sehr selten auf, im Wesentlichen nur bei Ökonomen, und auch bei diesen im medizinischen Kontext seltener als im ökonomischen.

Medizinische und juristische Studierende entschieden sich offensichtlich häufiger für die Zuordnung der Mindestbedarfe und die nachfolgende

Anwendung eines egalitären Prinzips. Die Verteilung, die einer Ressourcen-gleichheit nach Zuordnung der Mindestbedarfe entspricht, war die von medizinischen Studierenden am häufigsten gewählte Alternative (nahe 50 % der Entscheidungen). Auch etwa ein Drittel der juristischen Studierenden präferierte diesen Vorschlag. Weitere 20 % von ihnen wendeten nach der Zuweisung der Mindestbedarfe das egalitäre Prinzip in Bezug auf Gesundheitszugewinne an. Weitere Prinzipien spielten eine untergeordnete Rolle. Allerdings wurden gerade von juristischen Studierenden recht viele eigene Vorschläge gemacht, die mittlerweile zu einer Weiterentwicklung des Designs und einer neuen Befragung geführt haben, die derzeit ausgewertet wird.

5. Priorisierungsentscheidungen als Lernprozess

Wie bereits in Abschnitt 3 beschrieben, unterschieden sich die Situationen unter anderem durch den Grad der Knappheit an Behandlungszeit. Systematische Permutationen der Aufgabensequenzen ermöglichten es uns, Reihenfolgeeffekte zu untersuchen. Hier zeigte sich, dass die Auseinandersetzung mit einer großen Knappheit und die damit verbundene Notwendigkeit, eine Ausschlussentscheidung zu treffen, den Fokus auf die Wirksamkeit der Behandlung lenkten. Diese Fokussierung schien auch dann erhalten zu bleiben, wenn die Behandlungszeit anschließend erhöht wurde und somit

für die Erfüllung sämtlicher Mindestbedarfe ausreichte. Diese Probanden wählten in Situationen mit mehr Behandlungszeit häufiger Verteilungen, die dem beschränkten Utilitarismus entsprechen, als Befragte, die vergleichbare Situationen bearbeiteten, ohne zuvor eine Ausschlussentscheidung treffen zu müssen. Hier scheint ein Lernprozess stattzufinden, der in einem mentalen Modell abgebildet werden kann.¹¹

6. Einige Schlussfolgerungen

Priorisierungsentscheidungen bei medizinischen Behandlungen erwiesen sich auch in hypothetischen, konstruierten und sehr abstrakten Situationen als schwere Entscheidungen. Ein Ausschluss von Patienten vom Zugang zu Behandlungen wurde möglichst vermieden. War der Ausschluss jedoch unvermeidbar, so wurde in der Regel nach dem Kriterium der geringsten Wirksamkeit einer Behandlung ausgewählt. Zudem ließen sich Unterschiede in der Anwendung von Verteilungsregeln zwischen verschiedenen Studienfächern beobachten. Es ist zu erwarten, dass solche Differenzen auch in interdisziplinär zusammengesetzten Gremien zu Tage treten können. Ökonomiestudenten schienen eher die Wirksamkeit pro Ressourceneinheit als Kriterium anzuwenden und damit eine Art von Kosten-Nutzen-Abwägung durchzuführen. Medizinische und juristische Studierende folgten eher egalitären Prinzipien, die auch kompensatorische Elemente enthal-

ten können.

Für die Interpretation des öffentlichen Diskurses zu Fragen der Priorisierung in der Gesundheitsversorgung ist es wichtig zu bemerken, dass der Umgang mit Fragen der Knappheit offenbar ein Lernprozess ist. Eine kognitiv stärker wahrgenommene Knappheit lenkt den Fokus generell mehr auf die Wirksamkeit der Verwendung von Ressourcen. Dies betrifft auch diejenigen, die sonst Präferenzen für egalitäre Regeln offenbaren. Solche Phänomene können aus reinen Meinungsfragen zu Priorisierung im Gesundheitswesen nicht abgeleitet werden, solange dort nur danach gefragt wird, welche Behandlung von mehreren wichtiger sei. Ein reflektierter mentaler Entscheidungsablauf benötigt die Einsicht in den Ressourcenverbrauch und die ‚einfache‘ Erkenntnis, dass ein Budget an Behandlungszeit, welches für einen Patienten verwendet wurde, nicht mehr für weitere Patienten zu Verfügung steht.

¹ Siehe etwa Hauck K, Smith PC, Goddard M: The economics of priority setting for health care: a literature review. Health, Nutrition and Population Discussion Paper 2004, S. 1-74, oder Sabik LM, Lie RK: Priority setting in health care: Lessons from experiences of eight countries. International Journal of Equity in Health 2008; 7: 1-13.

² Fuchs C, Nagel E, Raspe H: Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung – was ist gemeint? Deutsches Ärzteblatt 2009; 106: A554-557.

³ Fuchs C: Prioritäten setzen: Gerechte Leistungsverteilung muss offen diskutiert werden, Deutsches Ärzteblatt 2011; 108: A1356-1359.

⁴ Weitere Informationen finden sich auf der Homepage der Forschergruppe unter <http://priorisierung-in-der-medizin.de>.

⁵ Gaertner W, Schokkaert E: Empirical Social Choice: Questionnaire-Experimental Studies on Distributive Justice. Cambridge 2012.

⁶ Die vielleicht bekannteste moderne Formulierung des utilitaristischen Ansatzes findet sich in den Arbeiten von John Harsanyi. Siehe etwa Harsanyi JC: Cardinal welfare, individualistic ethics and interpersonal comparisons of utility, Journal of Political Economy 1955; 63: 309-321. Harsanyi JC: Bayesian decision theory and utilitarian ethics. American Economic Review, Papers and Proceedings 1978; 68: 223-228. Eine Abgrenzung verschiedener Verteilungskriterien im Bereich der Gesundheitsökonomik findet sich etwa bei Wagstaff A: QALYs and the equity-efficiency trade-off, Journal of Health Economics 1991; 10: 21-41.

⁷ Falls Gleichheit aufgrund der Rahmenbedingungen nicht erreicht werden kann, werden egalitäre Prinzipien häufig durch ein lexikographisches Maximin-Kriterium (Leximin) erweitert, bei dem das ‚Equalisandum‘ möglichst gleich wird, ohne jedoch Effizienzgewinne oder bessere Wirkungen bei einzelnen Patienten zu ignorieren.

⁸ Ahlert M, Felder S, Vogt B: Which patients do I treat? – An experimental study with economists and physicians, Health Economics Review 2010; 2: 1-11.

⁹ Ahlert M, Funke K, Schwettmann L: Thresholds, productivity, and context: an experimental study on determinants of distributive behavior. Social Choice and Welfare 2013; 40: 957-984.

¹⁰ Ebd.

¹¹ Ahlert M, Funke K: A Mental Model for Decision Making in Allocating Medical Resources. FOR655 No. 33, 2012, Bremen: Jacobs University.

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

Dr. Lars Schwettmann ist wissenschaftlicher Mitarbeiter ebendort.

Zwischen-Welten.

Überlegungen zur Eigenverantwortung im Gesundheitswesen

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

Von der Ontologie zur Ethik

Ontologisch betrachtet gehörte zur Ethik der Antike ein geordneter, harmonischer Kosmos, der von einer Weltseele durchströmt wurde. Dieser zu entsprechen, war zumindest ein stoisches Ziel. Noch Platons Vorstellung von der Einheit des Wahren, Guten und Schönen, aus der sich auch die Gerechtigkeit herleitet, ist bloß vor dem Hintergrund eines All-Einen und göttlicher Fernwirkungen verständlich. Sein Schüler Aristoteles misstraute der Informationsdichte göttlicher Botschaften und konzentrierte sich auf menschliche Fähigkeiten. Der Mensch hat keinen automatischen Anspruch auf harmonische Ganzheit. Demgemäß lässt sich die aristotelische Erdung der Ethik als antizipierte Enttäuschung verstehen, nicht von einer trügerischen, weil nie gewissen noch einlösbaren Hoffnung auf einen göttlichen oder kosmischen Widerhall enttäuscht zu werden. Die Götter werden unserem Sehnen nicht antworten. Wir müssen uns auf uns selber verlassen. Ein Weg anthropologischer Verlässlichkeit führt über die Vernunft, die in der Lage ist, zwischen den Extremen die Mitte auszumachen. Das Mittlere bestimmte Aristoteles als Tugenden. Zu diesen zählen die Tapferkeit, Mäßigung, Großzügigkeit, Gerechtigkeit, um nur einige zu nennen.

Postaristotelisch genügt es hingegen nicht länger, den Menschen als Einheit des Handelns aufzufassen – auch wenn Tugenden in den ethischen Teildisziplinen (z. B. Tierethik, Technikethik, Wirtschaftsethik, Umweltethik, Bio- und Medizinethik) immer noch gefragt sind. Eine Synthese der ethischen Teildisziplinen bleibt eine Utopie, so lange sich die Ethik emanzipatorisch zur Philosophie verhält – auch wenn ganz ähnliche, wenn nicht dieselben Theorien in den Teiletiken diskursiv dominieren. Warum aber sollte überhaupt eine Synthese erstrebenswert sein, wenn die Spezialisierung innerhalb der ethischen Disziplinen fruchtbar fortschreitet? Ob nun eine Synthese gewünscht wird oder nicht, festzustellen ist ein inflationärer Gebrauch des Ethikbegriffs, wenn er auf jedes Feld des Handelns und zudem auf Berufe noch einmal gesondert bezogen wird. Zudem wirken ethische Teilbereiche oft etwas dünn ausgestattet, wenn der letzte Zweck des Handelns auf einen Selbstgenuss beschränkt wird: Wir schützen die Umwelt mit der Begründung, saubere Luft atmen zu können. Wir fordern einen vernünftigen Umgang mit der Technik, da sie uns – vor allem sinnlich – von uns und anderen Menschen entfremdet. Wir sind gegen Massentierhaltung nicht nur, weil die Tiere leiden, sondern weil das Fleisch nicht gut und

nicht gesund ist. In allen diesen Argumenten geht es um den Genuss an uns selbst und weder um die Umwelt noch um Technik noch um Tiere. Derart betrachtet fehlen den Teildisziplinen der Ethik ein mehrwertiger ontologischer oder auch metaphysischer Zweck. Für den Handelnden hat dieser Mangel an Reflexion weitreichende Konsequenzen: Auf der einen Seite führt die Professionalisierung der Ethik zu einer Spaltung des Handelnden bezüglich verschiedener ethisch-moralischer Bereiche: Man kann Vegetarier sein und sich für bessere Tiergesetze engagieren und gleichzeitig die Euthanasie im Sinne aktiver Sterbehilfe befürworten. Man kann die Euthanasie ablehnen und sehr wohl rücksichtsloser Börsenspekulant sein. Man kann für die soziale Regulierung der Märkte und die ausgewogene Besteuerung von Gewinn eintreten und verschwendet gleichzeitig nicht einen Gedanken an Massentierhaltungen. Man kann in dem einen Bereich sich als Altruist erweisen und in dem anderen als Hedonist handeln. Dabei ist das Handeln in einem Bereich nicht moralisch „authentischer“ oder „wahrer“ als das in einem anderen Bereich. Es handelt sich auch nicht um widersprüchliches Handeln, da die Handlungsfelder nicht synthetisch vermittelt sind. Dies wäre dann der Fall, wenn die ethische Teildisziplin einen Zweck einschliesse, der mehr ist als sie selbst. Auf der anderen Seite ist die Ethik zu einer Sache der Beratung geworden. Im kritischen Fall werden Spezialisten zur Hilfe gerufen, die einen ethisch kniffligen Fall

moderieren und in vielleicht lösbare Bahnen lenken (Ethikkommissionen, Ethik-Komitees). Viele ethische Belange wurden an Experten delegiert. Sie begegnen uns von außen und gehen uns existenziell kaum noch an. Ethik ist auch von der (Macht-)Position, von der her ethische Betrachtungen geäußert werden, nicht immer zu trennen. Teildisziplinäre Ethik ist zu einer Techno-Ethik geworden, insofern sie spezifische Kenntnisse bezüglich ihres Gegenstands und Fähigkeiten im Umgang mit relevanten Diskursen (Patientenautonomie versus Paternalismus und Fürsorge etwa für den medizinethischen Bereich) voraussetzt. Dieser Ansicht könnte man entgegen, Ethik sei seit jeher eine Aufgabe von Spezialisten gewesen, die sich Philosophen nannten. Zudem sei die Welt angesichts der größeren ökonomischen und ökologischen Dependenz komplexer geworden. Eine komplexere Welt erfordere lokale bzw. thematisch eingrenzbar Lösungen für spezifische Probleme. Diese Einwände haben ihre Berechtigung. Allerdings hat das Verhältnis des Menschen zur Animalität nicht erst seit dem Nachdenken über Tierrechte begonnen und die Entscheidungen am Ende des Lebens gab es bereits vor zweitausend Jahren, ohne dass man diese in eine professionalisierte Medizinethik hätte einbetten können oder müssen. Der gegenwärtige Trend ethischer Spezialisierung führt, so ist zu befürchten, zu einer Entmündigung des Handelnden, indem ihm mittels normativer Vorschriften empfohlen wird, wie er

zu handeln und wie er für sich ethisch vorzusorgen hat.

Vom appellatorischen Charakter des Gesundheitsdiskurses

Der gesundheitsökonomische Diskurs hat Appellcharakter. Durch auf den Patienten angepasste medizinische Möglichkeiten wird ein Teil der Entscheidungen über diese Möglichkeiten an das Individuum/den Patienten im Vorfeld einer Behandlung delegiert und nicht systemisch veranlasst. Man könnte diesen Appell auch als ökonomisch bedingten Dezinismus bezeichnen, da die Rechtfertigung für Eigenverantwortung des Patienten Kostengründe sind. Priorisierung und Rationierung sind die Schlagworte, die in den Debatten um die Kosteneffizienz von Leistungen dominieren. Wenn der Patient in die Vorzüge eines solidarischen Gesundheitssystems kommen möchte, so darf das Gesundheitssystem im Gegenzug von ihm als autonomen Patienten verlangen, für sich selbst – zumindest bedingt – vorzusorgen. So werden auch individuelle Entscheidungen bezüglich der Lebensweise nach ökonomischen Kriterien bewertbar, wenn die Lebensweise negative Auswirkungen auf den Gesundheitszustand des Individuums hat. Lässt sich jedoch eine kausale Beziehung zwischen Lebensweise und Erkrankung stets herstellen? Und kann der Appell an die Eigenverantwortung tatsächlich eine Selbstsorge in ethischer Hinsicht generieren? Oder haben wir es mit einem ökonomischen

Paradigma zu tun, das die Ethik bloß benützt – und von dem sich die Ethiker benutzen lassen –, um sich Absolution erteilen zu lassen?

Das ökonomische System ist für gewöhnlich ein System der Äquivalenz¹: Es basiert auf Wertsteigerung durch Produktion (Neuwert) und dem verhandelbaren Tauschwert von Gütern. Unser Gesundheitssystem ist ein Teilsystem des ökonomischen Äquivalenzsystems und muss damit mit dem Paradox zurechtkommen, dass Gesundheit kein tauschbares Gut ist – andernfalls wären auch rechtlich Organspenden für finanziellen Gewinn möglich. Gesundheit oder Krankheit werden als im Werden befindliche Daseinszustände betrachtet, die auf äquivalente Weise nicht verhandelbar sind. Sie entziehen sich dem ökonomischen Tausch. Allerdings ist das Äquivalenzsystem für die Allokation von Gütern zuständig, die das Nichtäquivalenzsystem von materiellen (physische Gesundheit) und immateriellen (psychische, soziale und spirituelle/existentielle Gesundheit) Werten betreffen. Dies ist an und für sich kein Problem, wenn nicht wegen des ökonomischen Systems der Appellcharakter folgte: Denn aufgrund unzureichender Ressourcen ist der Mensch dazu angehalten, sein Leben so zu gestalten, dass die Ressourcen im Notfall und aus prophylaktischen Gründen in Anspruch genommen werden. Ist es nicht eine quasi natürliche Entwicklung, dass es des Menschen Pflicht ist, für sich selbst und seine Nächsten psychisch wie physisch zu sorgen? Dies wäre auch ganz im Sin-

ne Platons. Platons Begründung für ein solches Vorgehen war, dass der Mensch gut und gerecht handeln solle. Dafür muss er aber auch physisch und psychisch gesund sein. Warum soll man indes diese Pflicht heute von den Menschen einfordern? Es fällt äußerst schwer, einen verbindlichen, sozial verträglichen Grund der Selbsterhaltung anzugeben, der auf jeden übertragbar wäre. Denn wer glaubt schon noch an den guten Menschen?

Vom Appell zur Eigenverantwortung

Was heißt überhaupt Verantwortung in Bezug auf Angelegenheiten der eigenen Gesundheit?² Kann ich durch mein Verhalten zur Rechenschaft gezogen werden, wenn es um meine eigene Gesundheit geht? Will und kann ich mir angesichts knapper werdender Ressourcen bestimmte Aspekte des Gesundheitssystems leisten oder nicht?

Bestimmte Rationierungen sind längst Realität, wenn man etwa an gewisse Leistungen beim Zahnarzt oder Untersuchungen beim Hautarzt denkt. Dies ist zwar nicht fair, da viele Menschen sich Zusatzleistungen nicht leisten können, aber das Prozedere, für Zusatzleistungen persönlich aufzukommen, hat sich allgemein etabliert. Man nimmt diese Ungleichheiten billigend in Kauf, da es sich zumeist um Leistungen und Untersuchungen handelt, die im Allgemeinen nicht sofort zum Tod führen, wenn sie nicht in Anspruch genommen werden können. Die Krankenkassen zahlen Krebsvor-

sorgeuntersuchung ab bestimmten Lebensjahren (früh, was Genitaluntersuchungen bei Frauen, eher spät was Darmkrebsfrüherkennung bei Männern und Frauen betrifft). Sollte man vorher an Krebs erkranken, hat sich aus ökonomischen Gründen jedoch nicht untersuchen lassen, so müssen diese Fälle wohl als kollaterale Effekte eingestuft werden, mit denen eine Gesellschaft leben muss, da im Moment kein politischer/ökonomischer Wille zu sehen ist, dies zu ändern. Anreizsysteme funktionieren zudem als Rationierungssysteme, indem bei bestimmten Verhalten (meist prophylaktische Untersuchungen) Boni seitens der Krankenkassen in Aussicht gestellt werden.

Es wird also im Rahmen ökonomischer Lenkung an die Eigenverantwortung appelliert. Was bedeutet aber Verantwortung in Bezug auf Fragen der eigenen Gesundheit? Meint man damit eine gewisse Verursachung seines gesundheitlichen Zustands durch eigenes Handeln oder ein nach Prinzipien geregeltes Verhalten? Wenn ich die Ursache für ein Verhalten bin, bedeutet dies dann zwangsläufig, dass ich auch in vollem Umfang verantwortlich bin? Wenn ich etwa spezifische Allergien habe und von ihnen nichts weiß, mich aber so verhalte, dass ich die Allergien hervorrufe, so bin ich zwar für den Ausbruch der Allergien ursächlich verantwortlich, aber wohl kaum verantwortlich in einem moralischen Sinne. Man könnte die Verursachungen freilich noch weiter differenzieren, je nach Kenntnis- und

Wissenstand des Handelnden und seiner Pflicht, sich zu informieren. Das setzt aber voraus, dass das Wissen zugänglich wie auch umfassend ist. Doch gerade in Bezug auf Fragen der Gesundheit wandelt sich das Wissen und die Möglichkeiten, sich behandeln zu lassen, beständig. Wenn es aber einen Unterschied zwischen einfacher ursächlicher und voller moralischer Verantwortung gibt, stellt sich sofort eine weitere Frage: Kann ich moralisch stets für mein Verhalten in vollem Umfang verantwortlich gemacht werden – vorausgesetzt, ich habe die vollständige Kenntnis von meiner Situation? Diese Frage ließe sich auf einer abstrakten Ebene bejahen, wenn die sozialen Ausgangslagen für jeden gleich wären. Man könnte etwa verlangen, jeder Mensch solle sich auf beste Weise ernähren. Wenn aber die bestmögliche Ernährung kostenaufwändig ist, so kann ich die moralische Verantwortung bei sozialer Ungleichheit nicht von jedem einfordern. Die moralische Verantwortung würde also nicht uneingeschränkt gelten. Würde sie aber in den Fällen gelten, wo jemand nicht behandelt werden sollte, weil er sich selbstverschuldet in einen kranken Zustand gebracht hat? Man könnte etwa argumentieren, ein Alkoholiker hat kein Anspruch auf eine Lebertransplantation, wenn seine Leber unheilbar erkrankt ist, da er selbst für sein Verhalten verantwortlich ist. Wie sieht es dann aber mit dem Diabetiker aus, der eine Dialyse benötigt, weil er sich jahrzehntelang „falsch“ ernährt hat? Würde man hier mit ebensolcher

Argumentation den Verzicht auf eine Nierentransplantation fordern? Oder richten sich die Urteile über mögliche Rationierungen nach Vorurteilen? Sind diese Urteile ethisch vorbelastet? Ist das übermäßige Trinken verwerflicher als das übermäßige Essen? Welche Rolle spielen bei diesen moralischen Einschätzungen ökonomische Gesichtspunkte?

Die Urteile über gesundheitsschädigendes Verhalten (übermäßiger Alkoholkonsum, übermäßiges Essen) setzen zudem voraus, der Urteilende wüsste, dass sich die Menschen anders Verhalten *können*. Man muss schon Psychologe sein, um sich bei der Beurteilung des menschlichen Verhaltens einigermaßen sicher sein zu können. Aber nicht nur die psychische Situation relativiert die Eigenverantwortung. Physisch gesehen haben Menschen etwa unterschiedliche Hauttypen. Manche sind bezüglich einer Hautkrebskrankung deshalb eher Risikopatienten als andere. Soll deshalb der Mensch mit dem helleren Hauttyp dadurch benachteiligt werden, dass er die technisch aufwändigere Vorsorgeuntersuchung selbst zahlen muss? Der Fairnessgedanke würde hier protestieren, dennoch ist genau diese Ungleichheit Praxis. Von Fall zu Fall wäre demnach zu prüfen, inwiefern das Individuum für seinen Zustand verantwortlich gemacht werden kann. Doch wer soll eine solche Überprüfung durchführen und verantworten? Sie hätte die genetische Disposition, die Lebensumstände, das Einkommen, den kulturellen Hinter-

grund, die Wohnsituation etc. von Individuen zu berücksichtigen.

Man könnte nun argumentieren, dass die Eigenverantwortung dann und nur dann für das Gesundheitssystem gerechtfertigt ist, wenn die moralische Verantwortung und Verpflichtung zweifelsfrei feststellbar ist und das verantwortliche Individuum nicht wollen kann, dass sein Verhalten, das ihm einen gesundheitsbeeinträchtigenden Zustand eingebracht hat, auf alle Individuum gleich einem Gesetz übertragbar ist. Der gesundheitspolitische Imperativ könnte also lauten: „Handle stets so, dass die Maxime deines Verhaltens in der praktischen Umsetzung stets nach bestem Wissen zum Erhalt deiner wie der Gesundheit anderer beiträgt.“ Das Meiste des im Gesundheitssystems beanspruchten Geldes fließt in die Behandlung der Menschen in ihrem letzten Lebensjahr. Sollten diese Menschen also der Maxime folgen: „Handle so, dass du dich stets solidarisch zum Gemeinwesen verhältst – auch wenn es auf deine Kosten ist“? Es wäre dann quasi solidarische Pflicht, auf teure Gesundheitsleistungen zu verzichten, wenn die Wahrscheinlichkeit eines therapeutischen Erfolgs gering ist – woran auch immer man nun therapeutischen Erfolg (ob physisch, ob psychisch) festmachen mag. Denkt man diesen Gedanken fort, so landet man im Namen der Gemeinschaft bei einer Abstufung der Verteilung der Güter des Gesundheitswesens. Parameter dieser Abstufung könnte dann die Autonomiefähigkeit oder das Alter³ des Patienten

sein – ein Gedanke, der von gewissen Überlegungen zur „Euthanasie“ nicht fern ist.

All diesen letztgenannten Überlegungen darf man getrost misstrauen. Wenn sich ethische Überlegungen mit ökonomischen Kriterien mischen und messen, muss man wachsam bleiben. Mit der Betonung der Eigenverantwortung ist das „autonome Ich“ in den Mittelpunkt gerückt, dessen Existenz gerade in Gesundheitsangelegenheiten mit Skepsis betrachtet werden darf. Die Berufung auf die Autonomie des Patienten ist häufig Zeichen seiner Unmündigkeit. Es scheint mir symptomatisch zu sein, dass die Autonomie in den letzten Jahren ausgerechnet dort die größte Rolle spielte, nämlich bei der Patientenverfügung, in der eine Situation antizipiert werden soll, wo das autonome Individuum gerade nicht mehr autonom ist. Der Diskurs um die Autonomie, der den Patienten zur Autonomie verpflichtet, betont bewusst oder unbewusst gerade seine Heteronomie, seine ungeheure Abhängigkeit von anderen. Hinzu kommt, dass die meisten Menschen nicht über ausreichend medizinisches Wissen verfügen, um ihren Zustand adäquat einschätzen zu können, aber gleichzeitig durch mediale Zugänge – Internet, Zeitschriften, Fachsendungen im Fernsehen – bestens informiert sind. Es werden also die asymmetrischen Wissensunterschiede zwischen den Professionen, Institutionen und Akteuren nur ungenügend berücksichtigt. Auch sind viele medizinische und pflegerische Situationen Empfehlungs- und

Beratungssituationen, in welchem der Spielraum des Individuums ausgehandelt wird. Zuletzt vernachlässigen die meisten Überlegungen zur Eigenverantwortung die kulturellen Hintergründe der Individuen.

Aber verfehlen diese Bedenken nicht wiederum den Kern der Entwicklung? Vielleicht ist gar nicht der ontologisch erweiterte Zweck der Ethik ihre Rettung. Denn etwas an den ethischen Teildisziplinen ist auffällig. Viele ihrer ethischen Themen und Probleme tauchten erst mit entsprechenden technischen Veränderungen auf: Die Diskussionen zur Entscheidungen am Ende des Lebens wurden erst durch eine Apparatedizin und durch intensive medizinische Maßnahmen ermöglicht; die rücksichtslose Zerstörung der Umwelt, der irrwitzige Umgang mit Tieren, die ökonomischen Verzahnungen: alles dies sind Folgen technischer, auf Informationen beruhender Entwicklungen. Welche Informationen über die Menschen werden zukünftig von der kassenärztlichen Leistung berücksichtigt werden können? Der Hauttyp? Die Schiefstellung der Nase? Die cystische Niere? Der technische Mensch – Urheber auch der Informationen und Informationssysteme – durchzieht im Stillen alle diese ethischen Diskurse. Vielleicht ist es an der Zeit, ihn zum Sprechen zu bringen, damit der Mensch sich nicht bloß selbst genießen – und irgendwann verzehren muss.

¹ An die Äquivalenz als Katastrophe erinnerte jüngst Jean-Luc Nancy. Nancy JL, Äquivalenz der Katastrophen. Zürich-Berlin 2013. Radikal hat Immanuel Kant die Ethik von einer Ökonomie getrennt. So heißt es in der *Grundlegung der Metaphysik der Sitten*: „Im Reich der Zwecke hat alles entweder einen Preis oder eine Würde. Was einen Preis hat, an dessen Stelle kann auch etwas anderes, als Äquivalent, gesetzt werden; was dagegen über allen Preis erhaben ist, mithin kein Äquivalent verstattet, das hat eine Würde.“ (Hervorhebungen im Original) Kant I, Grundlegung zur Metaphysik der Sitten. In: Weischedel W (Hrsg.), Werkausgabe, Band VII, 14. Auflage. Frankfurt am Main 1998, S. 68.

² Überlegungen zur Verantwortung stellten etwa Paul C. Snelling und Kristin Voigt an. Snelling PC, Saying something interesting about responsibility for health. *Nursing Philosophy* 2012; 13: 161-178. Voigt K, Appeals to Individual Responsibility for Health. Reconsidering the Luck Egalitarian Perspective. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 2013; 22: 146-158.

³ Überlegungen hierzu finden sich bei: Callahan D, Must We Ration Health Care for The Elderly? *Journal of Law, Medicine and Ethics* 2012; 40(1): 10-16. Winkler EC, Hiddmann W, Marckmann G, Evaluating a patient's request for life-prolonging treatment: An ethical decision aid. *Lancet Oncology* August 2011; 11: 720-22. Einen Überblick gibt: Zimmermann-Acklin M, „When not all services can be offered to all patients“ – Ethische Überlegungen zur Finanzierung medizinischer Maßnahmen bei Patienten am Lebensende. In: Duttke G, Zimmermann-Acklin M (Hrsg.), Gerecht sorgen. Verständigungsprozesse über den Einsatz knapper Ressourcen bei Patienten am Lebensende. *Göttinger Schrift zum Medizinrecht* Band 15, Göttingen 2013, S. 178-200. Kostenfrei ist das Buch als Download über die Seite von Herrn Zimmermann-Acklin erhältlich (<http://www.unifr.ch/ethics/de/teaching/pd/team/zimmermann>).

Dr. Andreas Walker ist wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Katholisch-Theologischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster.

Erlaubnispflichtige Ausübung nach dem Heilpraktikergesetz. Rechtsprechungsübersicht und das Paradoxon Zirkumzision

von RA Sven Wedlich, M.mel.

Mit der Zunahme von sogenannten Wellness- und Komplementärbehandlungen sowie der Ausweitung kosmetischer Behandlungen müssen sich Gerichte zunehmend mit der Frage erlaubnispflichtiger Ausübungen nach dem Heilpraktikergesetz (HeilprG) auseinandersetzen. So war u. a. jüngst das OLG Karlsruhe mit der Frage befasst, ob eine Kosmetikerin eine Faltenunterspritzung mit hyaluronsäurehaltigen Mitteln durchführen dürfe oder ob es sich hierbei um eine erlaubnispflichtige Ausübung nach dem HeilprG handelt, die sie gerade nicht vornehmen dürfe.¹

Das Gericht entschied, dass die Faltenunterspritzung mittels hyaluronsäurehaltigen Mitteln eine erlaubnispflichtige Ausübung der Heilkunde im Sinne des § 1 Abs. 1 und Abs. 2 HeilprG darstelle.² Nach Auffassung des Gerichts geht die Injektion von hyaluronsäurehaltigen Präparaten mit einer nicht unerheblichen Gefahr der gesundheitlichen Schädigung einher. Die Injektion der Hyaluronsäure in die Haut erfordere neben dem „allgemeinen Wissen“ über die Gabe von Injektionen ebenso anatomische Kenntnisse über den „Aufbau von Haut sowie über den Verlauf von Blutgefäßen, Nervenbahnen und Muskelsträngen“³.

Wann eine erlaubnispflichtige berufsmäßige Ausübung der Heilkunde vorliegt, bestimmt sich nach § 1 Abs. 1

und 2 HeilprG, wonach derjenige einer Erlaubnis bedarf, der Heilkunde ausübt, ohne Arzt zu sein. Der Begriff der Heilkunde ist in § 1 Abs. 2 HeilprG legaldefiniert. Danach liegt eine Heilkunde im Sinne des Gesetzes bei jeder berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommenen Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen vor, auch wenn sie im Dienste von anderen ausgeübt wird. Da diese Definition der Heilkunde kosmetische und ästhetische Eingriffe wie die Unterspritzung mit hyaluronsäurehaltigen Präparaten und auch andere Maßnahmen, die nicht objektiv dazu geeignet sind, Leiden oder Krankheiten zu heilen oder zu lindern, nicht umfasst und somit das Ziel des Gesetzes, Patienten vor Gesundheitsschäden umfassend zu schützen, nicht ausreichend gewährleistet, erfolgte durch die Rechtsprechung eine abstrakt-objektive Auslegung des Begriffs der Heilkunde und damit eine erweiternde Anwendung.⁴

Demnach liegt nach ständiger Rechtsprechung die Ausübung von Heilkunde i.S.d. HeilprG vor, wenn die Tätigkeit ärztliche Fachkenntnisse erfordert und die Behandlung bei objektiver Betrachtung gesundheitliche Schäden verursachen kann.⁵ Die Rechtsprechung knüpft zur Sicherstellung eines umfassenden Gesund-

heitsschutzes der Patienten an ein durch die Handlung ausgehendes Gefährdungsmoment für die Gesundheit und das Leben an.⁶ Hierbei lässt die Rechtsprechung zum effektiven Schutz von Patienten auch mittelbare Gesundheitsgefährdungen genügen.⁷ So stellt die Rechtsprechung nicht nur maßgeblich auf eine objektive Gefährlichkeit der Maßnahme ab, sondern darauf, welche Fähigkeiten der Behandelnde einem ihm gegenüberstehenden Behandlungsanspruch seinem Handeln zuspricht und ob daraus eine Gesundheitsgefährdung resultieren kann.⁸ Daher werden auch solche Handlungen umfasst, die geeignet sind, bei dem zu Behandelnden den Eindruck zu erwecken, die Behandlung diene dazu, Krankheiten, Leiden oder Körperschäden zu heilen bzw. zu lindern, wodurch eine frühzeitige Diagnose einer Erkrankung verzögert werden kann.⁹

Handlungen, von denen wiederum keine „nennenswerte Gesundheitsgefahr“ ausgeht, werden nicht von § 1 Abs. 1 HeilprG umfasst.¹⁰ Auch werden keine Handlungen vom § 1 Abs. 1 HeilprG erfasst, die auf Weisung eines Arztes durch Heilhilfsberufe ausgeführt werden.¹¹ Personen, die nicht als Arzt bestellt sind und eine Heilkunde i.S.d. des § 1 Abs. 1 und Abs. 2 HeilprG ausüben, haben einen Rechtsanspruch auf Erteilung der Heilpraktikererlaubnis, wenn kein Versagungsgrund nach § 3 Abs. 1 DVO-HeilprG vorliegt.¹² So darf die Erlaubnis nicht verwehrt werden, wenn sich durch eine Überprüfung der Kenntnisse und Fähigkeiten

durch das zuständige Gesundheitsamt ergibt, dass von der Ausübung der Heilkunde keine Gefahr für die Patienten ausgeht. Die Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde ist neben dem Antragsteller auch der zuständigen Ärztekammer bekanntzugeben, die gegen diesen Bescheid nach § 3 Abs. 3 HeilprG-Durchführungsverordnung 1 ein eigenes Beschwerderecht zusteht. Damit fungiert die jeweils zuständige Landesärztekammer im Nachgang des Überprüfungsverfahrens durch die Gesundheitsämter als Kontrollinstanz zur Sicherstellung eines umfassenden Gesundheitsschutzes. Machen die Ärztekammern von ihrem Beschwerderecht Gebrauch, entscheidet die höhere Verwaltungsbehörde unter Einbeziehung eines Gutachterausschusses über den Antrag auf Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde. Der Gutachterausschuss hat hierbei wiederum darüber zu befinden, ob der Antragssteller die Kenntnisse und Fähigkeiten zur Ausübung der Heilkunde besitzt.

Dass den Ärztekammern im Rahmen des Erlaubnisverfahren lediglich ein Beschwerderecht und nicht von vornherein ein Überprüfungsrecht eingeräumt wird, erscheint durchaus sachdienlich, da es zum einen nicht zu den originären Aufgaben der Ärztekammern als Träger der berufsständischen Selbstverwaltung und Interessenvertretung deutscher Ärzte gehört und zum anderen den Ärztekammern ihrer Funktion nach das Eigeninteresse immanent sein dürfte, auf den Markt derart regulierend einzuwirken, dass

Heilkunde vornehmlich von Ärzten ausgeübt wird. Durch das zugestandene Beschwerderecht wird jedoch die in den Ärztekammern konzentrierte fachliche Kompetenz genutzt.

Aufgrund dieser am Sinn und Zweck des Gesetzes vorherrschenden Auslegung des Begriffs der Heilkunde werden auch Maßnahmen der Faltenunterspritzung, die keiner kurativen Versorgung dienen, von § 1 Abs. 1 und Abs. 2 HeilprG umfasst, wobei Angesichts der Invasivität dieser Maßnahmen die Gefährdungslage offenkundig ist.

Im Einzelnen ist es jedoch durchaus überraschend, welche im Alltag bereits wie selbständig geläufigen Behandlungen, denen man in ihrer Eingriffsintensität gar keine allzu große Bedeutung und ausgehende Gefahr zurechnen vermag, nach der Rechtsprechung der Erlaubnispflicht unterliegen. So wurde von der Rechtsprechung unter anderem die Fußreflexzonenmassage als erlaubnispflichtige Ausübung der Heilkunde im Sinne des § 1 Abs. 1 und 2 HeilprG angesehen, da es aufgrund des mit der Behandlung einhergehenden „in sich abgeschlossenen“, die Beurteilung von Symptomen und deren Therapie umfassenden Behandlungsanspruches des ärztlichen Fachwissens bedarf und da von der Behandlung mittelbar eine Gefahr für die Gesundheit ausgehen kann, wenn es mangels Fachkenntnisse zu einer Verzögerung der Behandlung der Erkrankung kommt.¹³ Zur gleichen Wertung dürfte es bei sogenannten energetischen Hand- und Fußmassagen

kommen. Ebenso sind Akkupunktur, Akkupressur, Tuina-Massage, Pulsdiagnostik, Zungendiagnostik, Reflexzonen-Massage und Moxibustion als Behandlung und Therapien der traditionellen chinesischen Medizin sowie die Craniosacral-Therapie, Synergetikmethode und Heilmagnetisierung von der Erlaubnispflicht umfasst.¹⁴ Auch sind Behandlungen, die mit Aussage beworben werden, dass sie die Selbstheilungskräfte des Körpers aktivieren sollen, von § 1 Abs. 1 und 2 HeilprG erfasst.¹⁵

Dies verdeutlicht, dass die Rechtsprechung in der Anwendung des § 1 Abs. 1 und 2 HeilprG konsequent nicht nur auf durch invasive und manipulative Eingriffe ausgehende unmittelbare Gefahren für die Gesundheit abstellt, sondern, dem umfassenden Schutz der Gesundheit und des Lebens Rechnung tragend, auch solche Handlungen umfasst, die geeignet sind, mittelbar die Gesundheit zu gefährden. Übt nun ein Behandelnder eine dem HeilprG unterfallende Behandlung ohne Erlaubnis aus, macht er sich nach § 2 Abs. 1 HeilprG strafbar.

Unter die von der Rechtsprechung so konsequent entwickelte und geprägte Auslegung des Begriffs der Heilkunde sind auch religiös veranlasste Beschneidungen von Jungen (Zirkumzision) zu fassen, da diese invasiven Eingriffe der ärztlichen Fachkenntnis bedürfen und die Behandlung gesundheitliche Schäden mit sich bringen kann. So können neben Blutungen und Infektionen auch Nekrosen, Krümmungen und Verdrehungen des

Penis bis zu Schmerzen bei Erektionen auftreten.

Angesichts dessen mutet es eigen tümlich an, dass der Gesetzgeber mit Einführung des § 1631d Abs. 2 BGB Personen, die nicht als Ärzte bestellt sind, aber von Religionsgemeinschaften für Zirkumzisionen vorgesehen sind, eine solche gestattet, wenn das Kind das Alter von sechs Monaten nicht überschritten hat und die Person für den Eingriff besonders ausgebildet und zur Beschneidung vergleichbar befähigt ist. Eine Überprüfung dieser Qualifikation und Erlaubniserteilung hat der Gesetzgeber nicht normiert. Vielmehr hat der Gesetzgeber die Überprüfung und Lizenzierung der dem Wortlaut des § 1631d Abs. 2 BGB nach „[...] von einer Religionsgesellschaft dazu vorgesehene Personen [...]“ zugunsten der eigenverantwortlichen Verwaltung der Religionsgemeinschaften offen gelassen.¹⁶

Der § 1 Abs. 1 HeilprG i.V.m. § 2 HeilprGDV 1 ist hierbei nicht auf die in § 1631 d Abs. 2 BGB Bezug genommenen Personengruppe (Mohel¹⁷) anwendbar und dies nicht unweigerlich deswegen, da sich das Problem der Berufs- und Gewerbsmäßigkeit stellen könnte oder weil es sich nicht um indizierte Eingriffe handelt, sondern weil § 1631d Abs. 2 BGB als lex specialis der Personengruppe unter Nennung der Qualifikationsanforderungen – besonders ausgebildet, vergleichbar befähigt und Durchführung nach den Regeln der ärztlichen Kunst – die Erlaubnis zur Durchführung der Beschneidung erteilt. Unweigerlich

erweckt es den Eindruck, dass der Gesetzgeber im Vergleich zu den dargelegten heilkundlichen Maßnahmen die Sicherstellung eines effektiven Gesundheitsschutzes durch ein formelles Erlaubnisverfahren zugunsten einer religiösen Praktik herabgesetzt hat.

In Anbetracht dessen, dass eine Beschneidung mit signifikanten Komplikationen einhergehen kann, wäre es für den effektiven Schutz der Jungen wünschenswert, wenn die von Religionsgemeinschaften vorgesehenen Beschneider nach § 1 Abs. 1 HeilprG i.V.m. HeilprGDV 1 oder einem vergleichbaren formellen Verfahren eine qualifikationsabhängige Erlaubnis erhalten würden.¹⁹ Die Zurückhaltung des Gesetzgebers zugunsten der eigenverantwortlichen Verwaltung von Religionsgemeinschaften ist im Hinblick der Notwendigkeit des effektiven Gesundheitsschutzes der Jungen nicht angebracht.

¹ OLG Karlsruhe, Urteil vom 17.02.2012 - 4 U 197/11.

² Ebd.; ebenso OVG Münster, Beschluss vom 28.04.2006 - 13 A 2495/03; BVerwG, Beschluss vom 25.06.2007 - 3 B 82/06.

³ Ebd.

⁴ BVerwG NJW 1959, 833; OVG Lüneburg, Urteil vom 18.06.2009 - 8 LC 6/07; OLG Karlsruhe, Urteil vom 17.02.2012 - 4 U 197/11.

⁵ BVerwG NJW 1959, 833; 1970, 1987; 1994, 3024; NVwZ 2010, 111; OVG Lüneburg, Urteil vom 18.06.2009 - 8 LC 6/07; OLG Karlsruhe, Urteil vom 17.02.2012 - 4 U 197/11; VG Aachen, Beschluss vom 5 L 322/12 - 15.08.2012.

⁶ vgl. BGH, Urteil vom 22.06.2011 - 2 StrR 580/10.

⁷ BVerwG NJW 1970, 1987; 1994, 3024; OLG Frankfurt, Urteil vom 12.08.2010 - 6 U 77/09; VG Aachen, Beschluss vom 15.08.2012 - 5 L 322/12.

⁸ OLG Frankfurt, Urteil vom 12.08.2010 - 6 U 77/09; VG Aachen, Beschluss vom 15.08.2012 - 5 L 322/12.

⁹ BVerwG NJW 1994, 3024; OLG Frankfurt, Urteil vom 12.08.2010 - 6 U 77/09.

¹⁰ BVerfG, Beschluss vom 07.08.2000 - 1 BvR 254/99; BVerwG NJW 1970, 1987; OLG Düsseldorf, Urteil vom 19.02.2002 - 20 U 127/01; BGH, Urteil vom 22.06.2011 - 2 StrR 580/10.

¹¹ OVG Lüneburg, Urteil vom 18.06.2009 - 8 LC 6/07; VG Trier, Urteil vom 18.08.2010 - 5 K 221/10.TR; OVG Koblenz, Urteil vom 08.11.1988 - 6 A 21/88 = MedR 1990, 283 (284).

¹² Vgl. VG Leipzig, Urteil vom 11.07.2013 - 5 K 1161/11.

¹³ OVG Koblenz, Urteil vom 08.11.1988 - 6 A 21/88 = MedR 1990, 283 (284 f).

¹⁴ OVG Lüneburg, Beschluss vom 15.03.2011 - 8 ME 8/11; VG Aachen, Beschluss vom 15.08.2012 - 5 L 322/12; OVG Lüneburg, Urteil vom 18.06.2009 - 8 LC 6/07; BVerwG, Urteil vom 26.08.2010 - 3 C 28/09; BGH, Urteil vom 22.06.2011 - 2 StrR 580/10; BVerwG, NJW 1994, 3024.

¹⁵ OLG Frankfurt, Urteil vom 12.08.2010 - 6 U 77/09.

¹⁶ Heinig, Stellungnahme für den Rechtsausschuss des Deutschen Bundestages zur Vorbereitung der Anhörung am 26. November 2012 zu den Gesetzentwürfen auf BT-Drucksache 17/11295 und 17/11430, S. 4.

¹⁷ Ein Mohel ist eine für die Beschneidung von Jungen nach jüdischer Tradition ausgebildete Person.

¹⁸ Vgl. Heinig, Stellungnahme für den Rechtsausschuss des Deutschen Bundestages zur Vorbereitung der Anhörung am 26. November 2012 zu den Gesetzentwürfen auf BT-Drucksache 17/11295 und 17/11430, S. 5.

Sven Wedlich ist Rechtsanwalt in Dessau.

„Eine Lunge ist etwas Schönes!“¹

Maria Busse, M.mel. und Franziska Kelle, M.mel. im Gespräch mit Roland Kaiser

Wie geht es Ihnen heute?

Blendend.

Und bezogen auf Ihre Transplantation: Wie haben sich Ihr Leben und Ihre Lebens Einstellung nach der Transplantation verändert?

Ich lebe bewusster, sportlicher, auch dankbarer, auf jeden Fall aber ungestresster als früher und ärgere mich nicht mehr. Was ich einstmal hatte, ein gesundes Lampenfieber, ist einer gesunden Lässigkeit gewichen. Das heißt: Ich habe vor nichts mehr Angst.

Bei manchen Künstlern wird das Lampenfieber, je länger die Karriere ist, ja immer stärker.

Mittlerweile glaube ich, dass das alles nur eine Schutzbehauptung ist. Ich glaube, dass es auch ohne geht. Wenn ich etwas kann, muss ich nicht aufgeregt sein, sondern nur etwas tun. Die Anspannung ist gleich groß geblieben, aber die Nervosität ist weg.

Wie fühlen Sie sich mit dem neuen Organ?

Ich gebe mal eine komische Antwort. Als ich dann wach wurde und das erste Mal wieder Luft holen konnte, hab

ich mir gedacht: Jetzt bin ich geheilt! Ich hatte nie das Gefühl, transplantiert zu sein. Das habe ich bis heute nicht. Ich fühle mich einfach nur so, dass ich sage: Jetzt hast du aber ein Organ bekommen, das deutlich besser funktioniert als das eigene vorher!

Als Sänger müssen Sie mit Ihrer Lunge wirklich arbeiten können. Fiel es Ihnen schwer oder war es anders, mit der neuen Lunge wieder zu singen?

Leichter. Meine Lungenkapazität ist deutlich höher als es sie vor meiner Krankheit mit meiner eigenen Lunge war. Und die Kondition ist heute dermaßen ausgeprägt, wie sie es auch mit 30 nicht war. Das liegt aber wahrscheinlich auch an dem bewussteren Leben und an der sportlichen Sicht meines Lebens. Ich habe früher immer den schönen Satz zitiert von Churchill „No Sports“ – heute brauche ich das dringend, weil es mich ausgleicht.

Dann kommen wir wieder zu Fragen zur Transplantation an sich zurück. War für Sie die Entscheidung für die Transplantation von vornherein klar? Was hat Sie bei Ihrer Entscheidung beeinflusst?

Das ist immer Ultima Ratio. Man versucht natürlich zu Beginn, das erst

mal ein Stück von sich zu schieben, weil man sich schon im Klaren darüber ist, dass das keine kleine Operation ist. Aber es gibt irgendwann einen Tag, da ist es wirklich Ultima Ratio. Da haben Sie nur eine Chance: Entweder Sie machen das oder Sie gehen in die ewigen Jagdgründe. Irgendwann kam der Punkt, dass der Arzt meiner Frau gesagt hat: Der Gesundheitszustand Ihres Mannes in diesem Jahr ist sehr kritisch. Dann ist man bereit zu sagen: okay. Und nach diesem Jahr war mir klar, dass die Operation kommen wird und dann habe ich mich mit der Situation angefreundet. Ich habe das nie bereut, weil es natürlich ein Traum ist.

Können Sie trotz dieser klaren Entscheidung nachvollziehen, dass Menschen die Organspende ablehnen?

Das ist jedermanns Privatangelegenheit. Ich verlange und erwarte nur von den Leuten, dass sie sich entscheiden. Dass sie sagen ja oder nein. Sie müssen nicht ja sagen. Wenn man wie 1 % der jährlich im Krankenhaus sterbenden Menschen den Hirntod erleidet, dann stehen Tochter oder Ehefrau da und sollen nun wissen: Was wollte er nun eigentlich? Wollte er oder wollte er nicht? Das ist eine Pflicht des Erwachsenseins zu sagen: Ich möchte Organe spenden oder ich möchte es nicht. Dann müssen die Leute, die hinterher auch schon mit der Trauer genug zu tun haben, nicht auch noch eine Entscheidung treffen über Dinge, von denen sie gar nichts wussten. Außerdem ist es für mich ein Akt der

christlichen Nächstenliebe, seine Organe zu spenden.

Hatten Sie schon vor der Transplantation einen Organspendeausweis?

Ich hatte vorher auch schon einen Organspendeausweis – schon seit 20 Jahren. Das hat mit meiner Krankheit nichts zu tun gehabt.

Welche Reaktionen gab es nach der Transplantation von anderen – etwa von Ihrer Familie oder Ihren Fans?

Ja, die Fans waren natürlich glücklich, weil sie hofften, dass es dann weiter gehen kann. Meine Familie und meine Kinder haben das begrüßt, meine Frau genau so, denn sie wollte noch nicht Witwe werden. Es gab natürlich einige Leute, die dann schrieben: Typisch, die Prominenten bekommen alle Organe und so. Und da hat man schon arbeiten müssen, um zu erklären, dass wir hier ein System haben in unserem Land, wo solche Bevorzugungen nicht machbar sind. Diese – ich nenne sie mal fragwürdigen – Presseorgane wollen ja gerne hören, dass jemand sagt: „Ich hatte da Verbindungen.“ Da gibt es keine Verbindungen mehr. Das ist zu Ende. Das ist das Gute daran, dass wirklich mal alle Menschen gleich sind – vor Ihm (*zeigt nach oben*) und in dem Fall auch vor Eurotransplant – zum Glück. Es sei denn, es passiert so etwas Furchtbares wie in Göttingen. Dann ist es nicht mehr so.

Als Botschafter der Deutschen Stiftung Organtransplantation werben Sie für die Organspende. Welche Möglichkeiten sehen Sie – vor allem nach dem oft so genannten Organspendeskandal –, die Spendebereitschaft zu erhöhen?

Wir nennen das mal Organverteilungsskandal. Ich habe mich genau wie Prof. Lilie darüber geärgert, dass unser Minister (*gemeint ist der damalige Gesundheitsminister Daniel Bahr*, Anm. d. Red.) auch dieses Wort benutzte. Es war kein Organspendeskandal, es war ein Verteilungsskandal. Weder Spender noch Empfänger haben sich skandalös verhalten. Wir müssen informieren. Ich glaube, das größte Defizit ist die mangelnde Information der Leute und die Angst davor: Wenn mir jetzt ein Unfall passiert, dann rauben die mich da aus. Die wissen ja nicht, dass wirklich nur 1 % aller Menschen den Hirntod vor dem Herztod erleiden. Dann müssen zwei neutrale, unabhängige Neurologen diesen Tod auch noch bescheinigen. Und für jeden Organspender, der so einen Ausweis hat, ist die Wahrscheinlichkeit, dass er ein Organ braucht, dreimal so hoch wie die, dass er eins geben wird. Das ist eine Frage der mangelnden Information bei uns. Und ich bin sehr froh, dass beide Kirchen sich auch entschlossen haben, klar zu sagen, dass sie für Organspende sind – bis hin zum Heiligen Vater, also Papst Benedikt damals, der ganz klar gesagt hat, dass es ein Akt christlicher Nächstenliebe ist, wenn sich ein Mensch in vollem Bewusstsein zu Lebzeiten entscheidet, das zu

machen. Ich hab in meinem Vortrag einen Teil, der sich mit der Sicht der christlichen Kirchen beschäftigt.

Also meinen Sie, dass noch viel Aufklärung nötig ist?

Es geht nur über Information. Wir kriegen nur mehr Spender, wenn wir Informationen verstärken, damit die Leute ihre Angst verlieren. Menschen machen gerne Fehler, wenn sie unsicher sind und wenn sie nicht genug wissen.

Finden Sie denn, dass die Kampagnen, die jetzt gestartet sind, etwa die Briefe, die von den Krankenkassen kommen, sinnvoll sind?

Ja, ich habe mich auch daran beteiligt. Ich finde das alles wichtig. Ich habe jetzt mit einem jungen Mann bei der Techniker Krankenkasse, der heißt Flo Bauer, so einen Rap-Song gemacht. Den haben wir jetzt über die TK, ich glaube an 100.000 Haushalte, verteilt. Das sind alles Kleinigkeiten. Wenn ich 1000 Spender finde, dann habe ich viel geschafft. Und dann finden Sie und Sie noch 1000 – das ist doch ganz toll.

Wir bedanken uns für das Interview und wünschen Ihnen alles Gute.

¹ Im Rahmen der Ringvorlesung „Medizin, Ethik und Recht in der Praxis“ des IWZ MER hielt Roland Kaiser am 17.04.2013 einen Vortrag zum Thema „Transplantation – interdisziplinär betrachtet“. 2010 wurde ihm aufgrund einer chronischen Lungenerkrankung eine Lunge transplantiert.

Seminar „Medizinrecht – aktuelle Rechtsfragen“ in Halle

von Maria Busse, M.mel., Franziska Kelle, M.mel.
und Franziska Wagener, LL.M.oec., M.mel.

Vom 10. bis 12. Oktober 2013 trafen sich Studenten, Absolventen und Doktoranden des Kompetenzzentrums Medizin-Ethik-Recht Helvetiae der Universität Zürich und des Interdisziplinären Wissenschaftlichen Zentrums Medizin-Ethik-Recht der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg zum wissenschaftlichen Austausch über aktuelle Rechtsfragen des Medizinrechts in seinen verschiedenen Bezügen – vom Medizinstrafrecht über das Haftungs- und Berufsrecht bis zum Gesundheitsrecht. Nachdem der erste Teil des von Prof. Dr. Brigitte Tag und Prof. Dr. Hans Lilie initiierten Seminars „Medizinrecht – aktuelle Rechtsfragen“ im vergangenen Jahr in der Schweiz stattfand, waren die Züricher dieses Jahr in Halle an der Saale zu Gast.

Der erste Seminartag, der von Prof. Dr. Gerfried Fischer, LL.M. moderiert wurde, begann mit dem Thema „Personalisierte Medizin“. MLaw Isabel Baur referierte über naturwissenschaftliche Grundlagen und die Anwendung individualisierter Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten. Bei der Darstellung der rechtlichen Aspekte warf sie insbesondere Fragen zur klinischen Forschung und zur damit verbundenen Möglichkeit des systematischen Heilversuchs auf.

Schließlich schlug sie den Bogen zum in der Schweiz am 1. Januar 2014 in Kraft tretenden Humanforschungsgesetz (HFG).

Im Anschluss daran sprach Franziska Wagener, LL.M.oec., M.mel. zur Stellung der Mutter im deutschen Recht. Der Vortrag „Die Anfechtung der Mutterschaft“ befasste sich mit der trotz des im Embryonenschutzgesetz verankerten Verbots der Übertragung fremder Eizellen bestehenden Möglichkeit, dass plazentare und genetische Mutter zwei verschiedene Frauen sein können. Da nach § 1591 BGB nur die gebärende Frau Mutter im Rechtssinn ist, kam sie zu dem Schluss, dass über eine Korrektur der rechtlichen Regelung der Mutterschaft nachgedacht werden müsse.

Es folgte ein Beitrag von Nicole Ritter unter dem Titel „Forschung am Menschen. Erläuterung der neuen Regeln unter Einbezug des Strafrechts und der Verordnungen zum HFG“. Bei der Vorstellung der wesentlichen Regelungen ging sie näher auf den Umgang mit „besonders verletzlichen Personen“ (Art. 21 ff. HFG), die Voraussetzungen und Grenzen der Weiterverwendung biologischen Materials und gesundheitsbezogener Personendaten sowie die Neuorganisation der Arbeit der Ethikkommission

ein.

Den Abschluss des ersten Seminars bildete der Vortrag von Christian Albrecht, M.mel. zur „Hilfsmittelversorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung“. Die Versorgung mit Hilfsmitteln zum Ausgleich körperlicher Beeinträchtigungen stelle nach seiner Auffassung eine der wichtigsten Aufgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung dar. Anhand der praxisrelevanten Beispiele Kopforthese und Blindenführhund als unmittelbaren bzw. mittelbaren Ausgleich zeigte er, dass die Bewilligung des Leistungsanspruchs im Einzelnen umstritten sei, da die Einordnung als unmittelbarer bzw. mittelbarer Ausgleich von Rechtsprechung und Krankenkassen unterschiedlich beurteilt werde.

Der Vortrag „Die postmortale Gewebespende – Rechtsvergleich zwischen Deutschland und der Schweiz“ von Philipp Skarupinski, M.mel. eröffnete den zweiten Tag. Er diskutierte die relevanten internationalen und nationalen Regelungen sowie die bioethischen Prinzipien bei der postmortalen Gewebespende. Für Diskussionsbedarf sorgten vor allem seine Ausführungen zu den Kriterien einer gerechten Altersallokation und zur Berücksichtigung der Lebensführung des potentiellen Empfängers einer Gewebespende.

Dr. Sebastian Müller, M.mel. setzte sich mit der Frage auseinander, ob der Empfänger einer Organspende über die Herkunft des Transplantates aufgeklärt werden sollte. In seinem Vortrag „Das Gebot der Anonymität der Or-

ganspende“ bestätigte er die Richtigkeit des in § 14 Abs. 2 TPG geregelten Offenbarungsverbots und begründete dies insbesondere anhand der teleologischen Auslegung der Norm. Er verwies auf die psychologischen Folgen der Organspende für die Betroffenen, da eine Transplantation zu Beziehungen besonderer Art mit gegenseitigen Abhängigkeiten führen könne.

Die „Sanktionsmöglichkeiten bei Verstößen gegen das Organallokationssystem“ waren Gegenstand des Beitrags von Markus Loer. Aus aktuellem Anlass prüfte er die strafrechtliche Relevanz von Manipulationshandlungen bei der Verteilung von Spenderorganen. Er stellte fest, dass eine Strafbarkeit nach dem Strafgesetzbuch nicht in Betracht komme. Eine Sanktion sei zum Tatzeitpunkt nur nach dem Standes- und Berufsrecht möglich. Abhilfe schufen nunmehr die neu in das Transplantationsgesetz eingefügten § 19 Abs. 2a und § 10 Abs. 3 Satz 2.

Den Konflikt zwischen der notwendigen intensivmedizinischen Behandlung im Falle einer Hirntoddiagnostik bei einem potentiellen Organspender und seinem gleichzeitigen Wunsch, nicht künstlich am Leben erhalten zu werden, zeigte Dr. Sebastian T. Vogel auf. In seinem Vortrag „Sterbehilfe und Organspende – Der Fehler liegt im Und. Oder: Ein Plädoyer für die partielle Zulassung der Non-heart-beating-donation in Deutschland“ sprach er sich dafür aus, dass die Herztoddiagnostik bei Organspendewilligen genügen müsse, um dem Patientenwillen

effektiv Wirkung zu verschaffen.

Danach stellte Corina Bräm die „Revision des Bundesgesetzes über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG)“ im schweizerischen Recht vor. Die Notwendigkeit der Neuregelung, die auf einer Revisionsempfehlung der Expertenkommission für genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMEK) beruht, ergebe sich aus den technischen Fortschritten im Bereich der Gendiagnostik. Darüber hinaus sei es ihrer Ansicht nach erforderlich, die Regelungen des GUMG mit den Normen des schweizerischen Transplantationsgesetzes in Einklang zu bringen.

Das wissenschaftliche Programm des zweiten Seminartages endete mit einem Beitrag von lic. iur. Alexandra Altherr Müller zum Thema „Staatliche Strukturen der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten“. Neben den organisatorischen und kompetenzrechtlichen Fragen bei der Bekämpfung von Bedrohungen der öffentlichen Gesundheit durch übertragbare Krankheiten legte sie den Fokus auf die rechtlichen und ethischen Prinzipien bei der Allokation knapper Gesundheitsressourcen.

Zu Beginn der letzten Vortragseinheit referierte Mirjam Bonetti über „Xenomelie – Medizinische und rechtliche Aspekte der Fremdgliederigkeit“. Unter Xenomelie Leidende wünschen sich die Amputation eines gesunden Körperteils, um die eigene Identität zu vervollkommen und den Wunschkörper zu realisieren. Neben den strafrechtlichen Konsequenzen ei-

ner Wunschamputation nach schweizerischem Recht befasste sie sich mit den Voraussetzungen für eine Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung. In der anschließenden Diskussion wurden zudem die Folgen des Eingriffs für die Invalidenversicherung erörtert.

Die Relevanz von Drittmitteln im Forschungs- und Hochschulbetrieb problematisierte Franziska Kelle, M.mel. in ihrem Vortrag unter dem Titel „Zwischen Erkenntnis, Geld und Verantwortung – Medizinische Forschung an Universitäten“. Angehörige von Universitätskliniken befänden sich in dem Dilemma zwischen der verfassungsrechtlich garantierten Freiheit der Forschung und der Dienstpflicht, Drittmittel einzuwerben. Es wurde deutlich, dass die Wissenschaftler aufgrund der defizitären Haushaltslage Forschung betreiben müssen, die oftmals nicht im eigenen wissenschaftlichen Interessengebiet liegt, sondern von den Geldgebern bestimmt wird.

Einen Einblick in die Praxis der Notfallmedizin verschaffte Jan Gregor Steenberg, LL.M. mit seinen Ausführungen zu „Strafrechtlichen Problemen in der präklinischen Notfallmedizin in der Schweiz“. Bei Notfällen müssten Mediziner kurzfristig Entscheidungen treffen, bei denen nicht sicher ist, ob sie dem Patientenwillen entsprechen. Die sich daraus ergebenden straf- und medizinrechtlichen Probleme diskutierte er rechtsvergleichend für Deutschland und die Schweiz. Abschließend ging er auf das zum 1. Januar 2014 in Deutschland in

Kraft tretende Notfallsanitätäergesetz ein, das als Bundesgesetz den der Kompetenz der Länder zugewiesenen Rettungsdienst nur bedingt regeln könne.

Über die Aufgaben der Selbstverwaltungsorganisation der Ärzteschaft sprach Dr. Martina Resch, M.mel. in ihrem Vortrag „Die Ärztekammer Niedersachsen – Ausübung der Berufsaufsicht“. Den Schwerpunkt der Ausführungen bildeten die Vorgaben zur Zusammenarbeit von Ärzten mit Dritten, zum Beispiel mit Arzneimittel- oder Medizinprodukteherstellern. Die finanzielle Förderung der Teilnahme von Ärzten an Fortbildungsveranstaltungen durch die Industrie sei in Niedersachsen strenger geregelt als in der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer. Dies sei, so die Ansicht der Referentin, durchaus zu begrüßen.

Zum Ende des Seminars warf Dr. Andreas Raschke, LL.M.oec., M.mel. die Frage nach „Ärztlichen Behandlungspflichten auf Ersuchen der Polizei?“ auf. Gegenstand der Ausführungen war die Problematik, ob und inwieweit Ärzte Weisungen der Polizei zu Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen bei aufgegriffenen Personen unterliegen.

Bereichert wurde der wissenschaftliche Teil des Seminars durch ein Rahmenprogramm, das die kulturelle Vielfalt der Saalestadt und ihrer Umgebung illustrierte. Auf dem Plan standen ein Nachtwächterrundgang durch die Innenstadt Halles, Führungen durch das Juridicum und das Löwengebäude auf dem Universitätsplatz,

durch das Kunstmuseum des Landes Sachsen-Anhalt – Stiftung Moritzburg und die Franckeschen Stiftungen sowie der Besuch eines Weinguts im nahegelegenen Weindorf Höhnstedt am Süßen See.

Impressum

Redaktionsanschrift:

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

zfmer@meris-mer.de
www.meris-mer.de/zfmer

Gestaltung:

Andreas Walker
Sven Wedlich

Druck:

RT Reprrotechnik.de GmbH
Prager Str. 13
04103 Leipzig

Schutzgebühr 8,- €

Redaktionsleitung:

Franziska Kelle
Dr. Andreas Walker
Sven Wedlich

Redaktion:

Maria Busse
Lysann Hennig
Dr. Kerstin Junghans
Martina Resch

Gastautoren dieser Ausgabe:

Prof. Dr. Dr. Marlies Ahlert
Prof. Dr. Thomas Dittmar
Prof. Dr. Gerfried Fischer
Dr. Gabriele Halder
Dr. Lars Schwettmann
Dr. Sebastian Vogel
Franziska Wagener

Die ZfMER erscheint zweimal im Jahr.
Thema des nächsten Heftes
Patientenverfügung
(Frühjahr 2014)

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.

Schriftenreihe Medizin-Ethik-Recht

herausgegeben vom
Interdisziplinären Wissenschaftlichen Zentrum
Medizin-Ethik-Recht



Diese wie auch alle anderen Bände der Schriftenreihe sind zu beziehen über <http://www.mer.uni-halle.de/schriftenreihe/>.