

- A. Katharina Weilert* Zum rechtlichen Spielraum heikler Individualentscheidungen in der Perinatologie, S. 2
- Axel W. Bauer* Die Normativität von Gesundheit und Krankheit als Herausforderung für Medizin und Rechtsordnung, S. 9
- Brandenburgisches OLG* Beweisanforderungen bei mangelhafter Beratung bzw. Aufklärung vor und während einer Schwangerschaft, S. 19
- SG Berlin* Behandlungsabbruch als Selbsttötung, S. 25
(m. Anm. *Beckmann*, S. 27)

Editorial

- 1 Was ist der Mensch

Thema

Dr. A. Katarina Weilert, Heidelberg

- 2 Zum rechtlichen Spielraum heikler Individualentscheidungen in der Perinatologie

Prof. Dr. med. Axel W. Bauer, Mainz

- 9 Die Normativität von Gesundheit und Krankheit als Herausforderung für Medizin und Rechtsordnung

Judikatur

- 19 Brandenburgisches OLG: Beweisforderungen bei mangelhafter Beratung bzw. Aufklärung vor und während einer Schwangerschaft
- 23 LSG Nordrhein-Westfalen: Zu Voraussetzungen und Glaubhaftmachung von Leistungsansprüchen im Zusammenhang mit einem möglichen Schwangerschaftsabbruch nach genetischer Diagnostik
- 25 SG Berlin: Behandlungsabbruch als Selbsttötung

RiAG Rainer Beckmann, Würzburg

- 27 Anmerkung zum Urteil des SG Berlin

Rezension

- 28 Spätabtreibungen
28 Heiligkeit des Lebens

Umschau

- 29 Präimplantationsgesetz
30 Gendiagnostikgesetz
31 Patientenverfügung und Minderjährige
32 Christliche Patientenverfügung

Aus der JVL

- III Einladung zum Symposium der Juristen-Vereinigung Lebensrecht

III Trends**impresum****Zeitschrift für Lebensrecht (ZfL)**

ISSN 0944-4521

Redaktion

Redaktion: Rainer Beckmann (verantwortlich), RiAG, Würzburg (rb), Dr. Friederike Hoffmann-Klein, RAin, Stuttgart (fhk), Dr. Urban Scheffer, RiOLG, Dresden (us), Knut Wiebe, RiLG a.D., Köln (kw)

Anschrift der Redaktion

Weißdornweg 1
97084 Würzburg
eMail: zfl@juristen-vereinigung-lebensrecht.de
Telefon: 09 31 / 35 99 490

Herausgeber

Juristen-Vereinigung Lebensrecht e.V.
Postfach 50 13 30, D-50973 Köln
Telefon: 02233 / 376 775
Telefax: 02233 / 949 6848

www.juristen-vereinigung-lebensrecht.de
eMail: info@juristen-vereinigung-lebensrecht.de

Vorstand der Juristen-Vereinigung Lebensrecht e.V.

Bernward Büchner, Vors. Richter am VG a. D., Freiburg i. Br.; Prof. Dr. Christian Hillgruber, Bonn; Rainer Beckmann, Richter am AG, Würzburg; Knut Wiebe, Richter am LG a. D., Köln; Erika Nagel, Richterin am AG, Brühl

Satz & Layout

Rehder Medienagentur, Aachen

Druck

Luthe Druck und Medienservice, Köln

Abonnement

Die ZfL erscheint viermal jährlich. Das Jahresabonnement beträgt 22 Euro inkl. Versand. Studenten zahlen 16 Euro.

Zahlungen erfolgen über die Kölner Bank, BLZ 371 600 87, Konto-Nr. 584 302 003, IBAN Code: DE 45 3716 0087 0584 3020 03, BIC: GENODED1CGN
Bestellungen an den Herausgeber erbeten.

Hinweis

Die ZfL ist urheberrechtlich geschützt. Namentlich gezeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Ansicht des Herausgebers wieder. Die Juristen-Vereinigung Lebensrecht e.V. ist interdisziplinär und nur dem Recht verpflichtet. Sie ist als gemeinnützig anerkannt.

Leserbriefe und Manuskripte ...

sind jederzeit willkommen und werden an die Anschrift der Redaktion erbeten.

Herausgeber: Juristen-Vereinigung Lebensrecht e.V. (Köln)

Herausgeberbeirat

Prof. Dr. iur. Gunnar Duttge, Göttingen

Prof. Dr. Klaus F. Gärditz, Bonn

Prof. Dr. med. Hermann Hepp, München

Prof. Dr. iur. Christian Hillgruber, Bonn

Prof. Dr. iur. Eike von Hippel, Hamburg

Prof. Dr. phil. Rupert Hofmann, Regensburg

Prof. Dr. iur. Winfried Kluth, Halle

Prof. Dr. iur. Winrich Langer, Marburg

Prof. Dr. iur. Joseph Listl, Bonn

Prof. Dr. iur. Dr. h.c. Harro Otto, Bayreuth

Prof. Dr. med. Johannes Pechstein, Mainz

Prof. Dr. theol. Anton Rauscher, Augsburg

Prof. Dr. iur. Wolfgang Rüfner, Köln

Prof. Dr. phil. Manfred Spieker, Osnabrück

Prof. Dr. iur. Herbert Tröndle, Waldshut-Tiengen

Prof. Dr. iur. Dr. h. c. Wolfgang Waldstein, Salzburg

Prof. Dr. iur. Ralph Weber, Rostock

Prof. Dr. phil. Paul-Ludwig Weinacht, Würzburg

Prof. Dr. med. Hans-Bernhard Wuermeling, Erlangen

Was ist der Mensch?

Entscheidungen auf dem Gebiet der „Bioethik“ finden in einem mehr oder weniger ausdifferenzierten Raum rechtlicher Bestimmungen statt. Manchmal sind detaillierte Regelungen zu beachten, manchmal geben Gesetze nur einen groben Rahmen vor, häufig sind unbestimmte Rechtsbegriffe und interpretationsbedürftige Generalklauseln anzuwenden. Meist unausgesprochen liegt aber jeder Entscheidung immer auch ein bestimmtes Menschenbild zugrunde. Und wo rechtliche Regelungen Spielräume für Interpretationen und Wertungen eröffnen, hat das Vorverständnis vom Menschen, seinem „Wert“ und seiner Bestimmung, große Bedeutung.

Von daher ist es immer wieder und gerade für Juristen lohnend, sich Gedanken über das eigene Menschenbild zu machen. Dieses spiegelt sich auch in der Entwicklung des Gesundheits- bzw. Krankheitsbildes wider, das über die Jahrhunderte hinweg einem steten Wandel unterworfen war und sich weiter wandelt (s. den Beitrag von Bauer, S. 9). Wie wichtig die Rückbesinnung auf das Menschenbild ist, wird besonders dann deutlich, wenn es um den Stellenwert der Menschenwürde geht, dem zentralen Rechtssatz unserer Verfassung (Art. 1 GG). Doch gehen die Meinungen darüber, ob und wie die Menschenwürde in den Konfliktfeldern der Bioethik zu berücksichtigen ist, weit auseinander. So kann es letztlich auch nicht verwundern, dass in einem umfangreichen Werk über die Menschenwürde die vorgeburtliche Phase des Menschseins völlig unberücksichtigt bleibt (s. Buchbesprechung, S. 28). Diese Form der Reduktion der Wirklichkeit ist Ursache mancher Kontroversen im Streit um Leben und Tod. „Der Mensch wird geboren“ hat Volker Gerhardt eine seiner Publikationen genannt (München, 2001). Wie absurd! Jede Schwangere könnte ihn eines Besseren belehren.

Besonders virulent ist die Frage nach dem Menschen an der Schwelle zur Geburt. Hier ist es offensichtlich, dass ein Lebewesen nicht innerhalb von Minuten seinen Charakter ändert und von einem „Etwas“ zur Rechtsperson wird. Das

Gesetz erlaubt gleichwohl die Tötung Ungeborener auch im Spätstadium der Schwangerschaft, was im konkreten Fall zahlreiche Rechtsfragen aufwirft (s. Beitrag v. Weilert, S. 28). Bei den gesetzestechnisch notwendigen Abwägungen sollte es sich dann auswirken, dass nicht irgendein x-beliebiges Rechtsgut, sondern das Leben eines Menschen auf dem Spiel steht.

Letztlich geht es auch in der modernen Fortpflanzungsmedizin – dem Thema des nächsten Symposiums der Juristen-Vereinigung Lebensrecht (s. S. III) – um unser Bild vom Menschen. Diese Rückbesinnung ist immer wieder notwendig, damit sich die Bemühungen, das Embryonenschutzgesetz in ein Fortpflanzungsmedizingesetz umzubauen, nicht nur in der Verwirklichung sekundärer Handlungsziele erschöpft. Man kann um die Effektivität der Reproduktionsmedizin, die Konkurrenzfähigkeit der deutschen „Kinderwunsch-Zentren“ oder die Beseitigung von „Wertungswidersprüchen“ besorgt sein und diese Gesichtspunkt bei anstehenden Gesetzesänderungen irgendwie berücksichtigen. Vorrangig muss aber die Achtung der Menschenwürde sein. Sie ist nicht von ungefähr die Basis unserer Verfassungsordnung.

Rainer Beckmann

Dr. A. Katarina Weilert, Heidelberg

Zum rechtlichen Spielraum heikler Individualentscheidungen in der Perinatologie¹

I. Medizinischer Ausgangsfall

Ein Arzt erhebt die Diagnose bei einer Schwangeren in der 22. Woche, dass ihr Fötus ohne medizinischen Eingriff mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht überlebt und dass andererseits ein medizinisches Eingreifen, welches einen Kaiserschnitt (nach medizinisch „forcierter“ Lungenreife) erfordert, nur eine äußerst geringe Chance hat, dem Kind eine extrauterine Lebensperspektive zu eröffnen. Die Mutter wünscht, alles medizinisch Mögliche für das Kind zu veranlassen und möchte keinesfalls zum Grab ihres Kindes werden. In der 25. Schwangerschaftswoche wird ein Kaiserschnitt vorgenommen und das Kind verstirbt, weil keine intensivmedizinische Versorgung möglich ist.

Ärzte wollen von Juristen in solchen Situationen wissen, welcher rechtliche Handlungsspielraum ihnen gegeben ist. Es ist in erster Linie die Frage danach, welche Handlungsalternativen nicht strafbewehrt sind und was das ärztliche Berufsrecht vorgibt. Hinzu treten übergeordnete Erwägungen des Verfassungsrechts, die allerdings für die tägliche Praxis eine untergeordnete Rolle spielen. Das Verfassungsrecht kommt in der Regel in diesen Kontexten erst zum Zuge, wenn gefragt wird, ob konkrete strafrechtliche Normen verfassungskonform sind.²

Die medizinischen Handlungsalternativen, die es juristisch zu bewerten gilt, sind *erstens* der Abbruch der Schwangerschaft, *zweitens* das Abwarten unter Inkaufnahme des intrauterinen Versterbens und *drittens* das aktive Handeln mit dem Ziel der Rettung des Kindes.

II. Schwangerschaftsabbruch

Die erste Handlungsalternative, die hier rechtlich geprüft werden soll, ist die des Schwangerschaftsabbruchs. Die Schwangere hat eine Abtreibung (im Wege einer eingeleiteten Geburt) im vorgestellten Fall ausdrücklich nicht gewollt, jedoch dürfte oft das Begehren der Schwangeren auf eine Abtreibung (als Alternative zum Kaiserschnitt, der für das Kind „schonender“, für die Mutter allerdings körperlich belastender bzw. medizinisch „riskanter“ ist) gerichtet sein, so dass die Beleuchtung dieser Handlungsalternative von großer praktischer Relevanz ist.

1. Ärztliches Berufsrecht

Das ärztliche Berufsrecht kann die Zulässigkeit eines Schwangerschaftsabbruchs schon kompetenzrechtlich nicht regeln, da das Strafrecht als für die Ausübung der Grundrechte elementar wesentliche Materie vom

parlamentarischen Gesetzgeber selbst normiert werden muss.³ Dennoch befasst sich § 14 Musterberufsordnung (MBO)⁴ auch mit dem Schwangerschaftsabbruch und hält in seinem Absatz 1 fest:

„Ärztinnen und Ärzte sind grundsätzlich verpflichtet, das ungeborene Leben zu erhalten. Der Schwangerschaftsabbruch unterliegt den gesetzlichen Bestimmungen. Ärztinnen und Ärzte können nicht gezwungen werden, einen Schwangerschaftsabbruch vorzunehmen oder ihn zu unterlassen.“

Die Lebenserhaltungspflicht steht in der MBO an erster Stelle und deutet damit an, dass der Arzt nicht nur für die Schwangere, sondern auch für das Kind zu sorgen hat.

2. Strafrecht

Nach § 218 StGB wird bestraft, wer eine Schwangerschaft abbricht. Ein besonders schwerer Fall des Schwangerschaftsabbruches liegt vor, wenn der Arzt gegen den Willen der Schwangeren handelt, § 218 Abs. 2 StGB. Schon hier wird klar: Ein Schwangerschaftsabbruch gegen den Willen der Schwangeren ist in jedem Falle verboten. Bekanntlich macht § 218 a StGB Ausnahmen vom Verbot des Schwangerschaftsabbruchs. Diese müssen näher betrachtet werden, wenn sich die Frage stellt, ob in einem Falle wie dem vorgetragenen ein Schwangerschaftsabbruch, *wenn er auf dem Wunsch der Schwangeren selbst beruht*, zulässig ist. Aufgrund der fortgeschrittenen Schwangerschaft in unserem Beispielfall ist der Absatz 2 des § 218 a StGB heranzuziehen. Dort heißt es: *„Der mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt vorgenommene Schwangerschaftsabbruch ist nicht rechtswidrig, wenn der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Le-*

1 Dieser Beitrag beruht auf einem Vortrag im Rahmen der Tagung „Lebensende am Lebensanfang? Die herausfordernde Praxis von Pränataldiagnostik und pränatalen Therapien“ (20.-22.5.2011) in der Evangelischen Akademie Loccum. Der hier rechtlich bewertete Fall wurde von PD Dr. Holger Maul, Chefarzt für Geburtshilfe und Perinatalmedizin am Katholischen Marienkrankenhaus in Hamburg, vorgestellt. Die ausführliche medizinische Darstellung des Falles sowie die rechtliche Bewertung werden zusammen mit weiteren Tagungsbeiträgen demnächst in den Loccum Protokollen dokumentiert (siehe <http://www.loccum.de/protokoll/protokoll.html>).

2 Wenn allerdings eine Unvereinbarkeit mit dem Verfassungsrecht festgestellt wird, muss das Gesetz entweder verfassungskonform ausgelegt werden oder ist durch das Bundesverfassungsgericht für nichtig zu erklären.

3 Wesentlichkeitstheorie, näher dazu: V. Epping, Grundrechte, 4. Aufl. Berlin (u.a.) 2010, Rn. 391.

4 Bundesärztekammer, Musterberufsordnung für deutsche Ärztinnen und Ärzte, letzte Fassung 2006. Die einzelnen Kammerversammlungen der Ärztekammern müssen die MBO als Satzung beschließen und die Aufsichtsbehörden ihre Genehmigung erteilen, bevor die MBO Rechtswirkungen entfalten kann.

bensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann.“

Der Schlüssel ist hier die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren, die nicht auf andere zumutbare Weise abgewendet werden kann. Jede Einschätzung der Gefahr ist mit einer gewissen Prognoseunsicherheit behaftet. Hier ist die ärztliche Prognosesicht maßgeblich⁵, wobei sich diese auf die Aussagen der Schwangeren stützen wird. Eine Gefahr für eine schwerwiegende Beeinträchtigung des *körperlichen* Gesundheitszustandes besteht im vorgetragenen Fall – wie auch sonst in den meisten Fällen – nicht. Ein später Schwangerschaftsabbruch bei auffälliger Diagnose am Ungeborenen wird üblicherweise wegen der Beeinträchtigung der *psychischen* Gesundheit der Schwangeren vorgenommen. Ob aufgrund der zu erwartenden Krankheit eines Kindes ein Schwangerschaftsabbruch rechtens ist, muss ein Arzt feststellen, und zwar ein anderer, als der, der den Abbruch vornimmt (§ 218 b StGB). „Schwerwiegend“ ist eine psychische Beeinträchtigung der Gesundheit dann, wenn sie über die normalen Schwangerschaftsbeschwerden deutlich hinausgeht und im Rahmen einer Gesamtabwägung deutlich wird, dass das Lebensrecht des Kindes in Abwägung mit der Gefahr für die psychische Gesundheit der Schwangeren zurückzutreten hat.⁶

Im zu diskutierenden Falle ist das Kind totgeweiht, die Mutter in ihrer psychischen Gesundheit einer extremen Belastung ausgesetzt, die weit jenseits normaler Schwangerschaftsbeschwerden liegt. Auch ohne Schwangerschaftsabbruch würde die Schwangerschaft mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zu einer Fehl- bzw. Totgeburt führen.

Oft übersehen wird das rechtliche Erfordernis, dass die Gesundheitsgefahr *nicht anders als durch den Abbruch zumutbar* abgewendet werden kann. Alternativen zum Schwangerschaftsabbruch sind hier das Abwarten unter Inkaufnahme des intrauterinen Versterbens oder auch, wie im Fall geschehen, ein Versuch der Rettung des Lebens des Kindes. Hier hat die Schwangere sogar ausdrücklich das Rettungsprogramm gewünscht und ein Schwangerschaftsabbruch kam gar nicht in Betracht. In Fällen, in denen die Schwangere dagegen eine Abtreibung eines totgeweihten Kindes wünscht, sollten Ärzte sehr vorsichtig diskutieren, ob ein schneller Schwangerschaftsabbruch tatsächlich das Beste für die Schwangere ist oder ob es nicht für die Mutter sogar psychisch besser zu verkraften wäre, das Kind zu *seinem* Zeitpunkt sterben zu lassen. Es gibt positive Berichte von Frauen, die diesen Weg gewählt haben, um so auch langfristig Frieden zu finden. In derart schweren Fällen wird ein

Schwangerschaftsabbruch jedoch nicht an rechtlichen Hürden scheitern.

Der Arzt darf den Abbruch allerdings nur vornehmen, dies sei an dieser Stelle nochmals betont, wenn die Mutter den Abbruch wünscht. Keinesfalls kann hier paternalistisch ein Arzt einen Abbruch anordnen, weil er meint, dass dies das Beste für die Schwangere sei. Im Ausgangsfall hätte der Arzt sich also nach § 218 StGB strafbar gemacht, hätte er gegen den Willen der Frau den Abbruch bewirkt. Zwar tritt dies nicht ganz eindeutig aus dem Wortlaut des § 218 a Abs. 2 StGB hervor. Jedoch gewährt § 218 Abs. 2 StGB auch einen Schutz der *Entscheidung der Schwangeren für ein Kind*. Dieser Schutz wird durch die Ausnahme zum Schwangerschaftsabbruch nach § 218 a Abs. 2 StGB nicht aufgehoben, auch wenn die Rechtfertigung des Arztes nach dem Wortlaut § 218 a StGB nicht von der Einwilligung abhängt.⁷ Ebenso muss betont werden, dass es gesetzlich keinen Automatismus zwischen einer Diagnosestellung beim Kind und der Legitimität eines Abbruchs gibt. Jede Aufstellung von Listen, nach denen bei bestimmten Krankheiten ein Abbruch vorgenommen werden darf, wäre gesetzeswidrig, da es allein auf die *Gesundheitsgefahr für die Schwangere* ankommt.

Wichtig ist, dass der Arzt bei alledem seinen gesetzlichen Beratungspflichten nachkommt. Diese sind sowohl im StGB als auch im Schwangerschaftskonfliktgesetz normiert.

Nach § 218 c StGB muss der Arzt, der die Schwangerschaft abbricht, „der Frau Gelegenheit geben, ihm die Gründe für ihr Verlangen nach Abbruch der Schwangerschaft darzulegen“ und „die Schwangere über die Bedeutung des Eingriffs, insbesondere über Ablauf, Folgen, Risiken, mögliche physische und psychische Auswirkungen ärztlich beraten“. In § 2 a Schwangerschaftskonfliktgesetz wird eine besondere Beratung für Schwangerschaften mit auffälligem Befund niedergelegt. Dem Arzt, der die Diagnose mitteilt, obliegt die Beratung „über die medizinischen und psychosozialen Aspekte, die sich aus dem Befund ergeben, unter Hinzuziehung von Ärztinnen oder Ärzten, die mit dieser Gesundheitsschädigung bei geborenen Kindern Erfahrung haben. Die Beratung erfolgt in allgemein ver-

5 K. Kühl, in: Lackner/Kühl, Strafgesetzbuch, Kommentar, 27. Aufl. München 2011, § 218 a Rn. 11 f.

6 Vgl. K. Kühl (Anm. 5), § 218 a Rn. 12, der allerdings von „Lebensinteresse“ des Ungeborenen spricht (und nicht wie hier von Lebensrecht) – da man aber das Lebensinteresse nicht bestimmen kann und da das Grundgesetz das Leben als solches und nicht nur ein Lebensinteresse schützt, ist es besser, von einem objektiven Begriff wie dem „Lebensrecht“ auszugehen. Ebenso fragt Kühl im Rahmen der Gesamtabwägung, ob eine „Überforderung“ der Schwangeren besteht – auch dieser Begriff scheint nicht ganz treffend zu sein, weil keinesfalls klar ist, was eine „Überforderung“ bedeutet, ob diese etwa schon darin liegt, wenn man in eine größere Stresssituation gerät oder ob man davon erst sprechen kann, wenn die Bedrohung existenzielle Züge annimmt.

7 Vgl. K. Kühl (Anm. 5), § 218 a Rn. 7.

ständlicher Form und ergebnisoffen“. Es müssen die „möglichen medizinischen, psychischen und sozialen Fragen“ erörtert werden. Die „Möglichkeiten zur Unterstützung bei physischen und psychischen Belastungen“ müssen aufgezeigt werden. „Die Ärztin oder der Arzt hat über den Anspruch auf weitere und vertiefende psychosoziale Beratung“ durch öffentliche Beratungsstellen „zu informieren und im Einvernehmen mit der Schwangeren Kontakte zu Beratungsstellen ... und zu Selbsthilfegruppen oder Behindertenverbänden zu vermitteln“.

Der Arzt, der die Indikation zum Schwangerschaftsabbruch (nach § 218 a Abs. 2 StGB) stellt, muss zuvor „die Schwangere über die medizinischen und psychischen Aspekte eines Schwangerschaftsabbruchs“ beraten, ebenfalls „über den Anspruch auf weitere und vertiefende psychosoziale Beratung ... informieren“ und bei Wunsch der Schwangeren „Kontakte zu Beratungsstellen ... vermitteln, soweit dies nicht ... bereits geschehen ist.“ Der Arzt muss überdies für die Indikationsstellung eine 3-Tages-Frist beachten, die ab Mitteilung der Diagnose an die Schwangere gilt. Diese Frist gilt nicht, „wenn die Schwangerschaft abgebrochen werden muss, um eine gegenwärtige erhebliche Gefahr für Leib oder Leben der Schwangeren abzuwenden“. Gerade diese Bedenkfrist ist eigentlich das Entscheidende der Neuregelung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes seit Januar 2010. Sie ist sehr sinnvoll, da sie vor einer Überstürzung der Situation bewahrt und den Druck nimmt. Entscheidet sich die Schwangere für einen Abbruch, wird ihr dadurch Gelegenheit gegeben, vom Kind Abschied zu nehmen. Wird ein Abschied nicht vollzogen, wird sich dies mit großer Wahrscheinlichkeit später psychisch auswirken. Ärzte sollten darin geschult werden, solche Fälle nicht nur aus medizinischer Sicht, sondern vor allem auch aus psychologischer Perspektive zu betrachten. Dies bedeutet, dass den Ärzten bewusst ist, dass sie das eigentliche Problem nicht durch einen Schwangerschaftsabbruch lösen können, auch wenn der Fall dadurch medizinisch ein schnelleres Ende findet. Für die Schwangere kann es nämlich von zentraler Bedeutung sein, ob sie ihr Kind aktiv durch die Austreibung tötet bzw. töten lässt oder den natürlichen Tod abwartet. Wenn eine Schwangere sich schon am natürlichen Tod eines ungeborenen Kindes (wenn auch völlig zu Unrecht) schuldig fühlt, wie viel intensiver wird die (dann meist unterdrückte) Schuldproblematik beim Schwangerschaftsabbruch sein.⁸ Wie im Fall zum Ausdruck kommt, kann es für eine Frau auch wichtig sein, ihr Kind wenigstens noch einmal lebend gesehen zu haben. Möglicherweise besteht auch der Wunsch, das Kind in den eigenen Armen sterben zu lassen und nicht zum Grab für das Kind zu werden. Es wäre fatal zu glauben, man könne der Frau eine Phase der Trauer ersparen, indem man einen raschen medizinischen Eingriff vornimmt.

3. Verfassungsrecht

Den Staat treffen aus den Grundrechten auch Schutzpflichten, die Menschen vor Übergriffen Dritter zu bewahren. Aus dem Grundrecht auf Würde und körperliche Unversehrtheit der Mutter ist eine Schutzpflicht des Staates gegen eine vom Arzt *gegen den Willen* der Schwangeren vorgenommene Abtreibung zu entnehmen. Gegen den Willen der Schwangeren darf also schon aus verfassungsrechtlichen Erwägungen kein Abbruch der Schwangerschaft vorgenommen werden. Bei einem Abbruch *auf Wunsch* der Mutter stellt sich die Frage der staatlichen Schutzpflicht für das Recht auf Würde und Leben des Fötus. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ist bereits der Fötus im Mutterleib in den Schutz der Grundrechte mit einbezogen.⁹ Die Abtreibung bedeutet hier jedoch keinen Verstoß gegen seine Würde, wenn der Fötus nicht deswegen abgetrieben wird, weil er als nicht lebenswert angesehen wird. Vielmehr liegt die Motivation zur Tötung des Fötus darin, dass er als außerhalb des Mutterleibes *nicht lebensfähig* betrachtet wird und man der Mutter Leid durch die Fortsetzung der Schwangerschaft, die niemals zu einer Lebendgeburt führen könnte, ersparen möchte.

Doch könnte ein Abbruch gegen die staatliche Schutzpflicht, das Leben des Fötus zu erhalten, verstoßen. Auch der Totkranke hat ein Recht auf Leben. Allerdings besteht hier keine staatliche Schutzpflicht zum Lebenserhalt, da die Situation der Schwangeren, die sich als „Zweiheit in Einheit“ darstellt, mit berücksichtigt werden muss. Eine Abwägung der Lebensunfähigkeit des Kindes mit dem Wunsch der Schwangeren, die Schwangerschaft aufgrund der extremen Belastung vorzeitig zu beenden, fällt dahingehend aus, dass das Recht auf psychische und physische Unversehrtheit der Schwangeren das Lebensrecht eines Fötus, der außerhalb des Mutterleibes nicht leben kann, überwiegt.

Ein Schwangerschaftsabbruch in Fällen, in denen das Kind nach medizinischem Sachverstand nicht lebensfähig ist, ist daher auch verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden, sollte die Schwangere den Abbruch wünschen.¹⁰

4. Zwischenbefund

Ein Schwangerschaftsabbruch *mit Willen* der Schwangeren wäre im vorgetragenen Fall rechtlich zulässig

8 Vgl. hierzu A. Pokropp-Hippen, Post Abortion Syndrom – eine Krankheit im Tabu, in: Weilert, Spätabbruch oder Spätabtreibung, Tübingen 2011, S. 227 ff.

9 BVerfGE 88, 203 (251).

10 Ob § 218 a StGB in allen Fällen dem Lebensrecht des Ungeborenen hinreichend Rechnung trägt, soll hier nicht erörtert werden. Für eine verfassungsrechtliche Prüfung im Hinblick auf späte Schwangerschaftsabbrüche sei verwiesen auf K. Weilert, Rechte des extrauterin lebensfähigen Fötus vs. Rechte seiner Eltern aus verfassungsrechtlicher Sicht, in: dies., Spätabbruch oder Spätabtreibung – Entfernung einer Leibesfrucht oder Tötung eines Babys?, Tübingen 2011, S. 285 ff.

gewesen, sofern die Verfahrensvorschriften für den Schwangerschaftsabbruch beachtet werden. Allerdings wäre ein ärztliches Zuraten zum Abbruch für die Frau im konkreten Fall, die schon ihr ungeborenes Kind über alles liebte und die ihr Kind noch einmal lebend sehen wollte, mit Sicherheit der falsche Weg gewesen. Auch in anderen Fällen sollte der Arzt bedenken, ob ein Schwangerschaftsabbruch nicht am Ende der belastendere Weg für die Schwangere ist und das intensive Gespräch suchen.

III. Passives Warten

Darf ein Arzt bei einer so schweren Diagnose nun einfach „passiv warten“, sei es mit oder sei es ohne Überwachung, wenn die Schwangere eigentlich eine Behandlung wünscht?

1. Ärztliches Berufsrecht

Der bereits zitierte § 14 MBO verpflichtet die Ärzte zu Schutzmaßnahmen für das ungeborene Leben.¹¹ Ebenso verbietet sich eine „paternalistische Nichtbehandlung“ nach § 7 Abs. 1 MBO, wonach „jede medizinische Behandlung ... unter Wahrung der Menschenwürde und unter Achtung der Persönlichkeit, des Willens und der Rechte der Patientinnen und Patienten, insbesondere des Selbstbestimmungsrechts, zu erfolgen“ hat.

2. Strafrecht

Strafrechtlich betrachtet kann dem Arzt nicht der Vorwurf eines Totschlags (durch Unterlassen, §§ 212, 13 StGB) gemacht werden, weil der Totschlag nur an einem bereits geborenen Menschen verübt werden kann. Während es im Verfassungsrecht strittig ist, ob der Nasciturus bereits Grundrechtsträger ist bzw. von den Grundrechten geschützt wird, ist das Strafrecht eindeutiger. Bis zum Beginn der Geburt, d.h. den Eröffnungswunden¹² bei einer spontanen Geburt bzw. der Öffnung des Uterus beim Kaiserschnitt, gelten die §§ 218 ff. StGB. Erst danach wird das Kind durch die §§ 212, 211 StGB (Totschlag, Mord) geschützt wie alle geborenen Menschen.¹³ Der BGH erklärt jedoch ausdrücklich, dass die strafrechtliche Regelung keine Implikationen für die Bestimmung des Beginns des Menschseins hat: „Die rein strafrechtliche Abgrenzung von Abtreibungs- und Tötungsdelikten enthält ... keine Aussage darüber, wann das Menschsein bei ethischer oder biologischer Betrachtungsweise beginnt.“¹⁴

Damit stellt sich also im Falle des Verweigerns ärztlicher Hilfe am Ungeborenen die Frage nach einem Schwangerschaftsabbruch durch Unterlassen (§§ 218, 13 StGB). Ist nun aber ein Schwangerschaftsabbruch überhaupt als Unterlassensdelikt „begehrbar“? Bei den sog. „unechten Unterlassensdelikten“ verlangt § 13 StGB, dass das Unterlassen einem Tun „entsprechen“ muss. An sich kommt dieser sog. „Entsprechenskla-

sel“ bei den „reinen Erfolgsdelikten“ keine große Bedeutung zu, vielmehr soll „die pflichtwidrige Nichtabwendung des Erfolges durch einen Garanten stets der aktiven Erfolgsherbeiführung“¹⁵ entsprechen. Dennoch vertritt Kristian Kühl die Auffassung, dass der Schwangerschaftsabbruch „nur in Ausnahmefällen durch Unterlassen ... begehrbar“ sei.¹⁶ Andererseits heißt es bei Walter Grop: „Dass die vorsätzliche Versagung von Geburtshilfe mit der Folge des Todes des ungeborenen Menschen dem aktiven Herbeiführen des Todes iSv. § 13 entspricht, ist heute unumstritten.“¹⁷ Strafrechtsdogmatisch ist es nicht überzeugend, wenn der Schwangerschaftsabbruch als „reines Erfolgsdelikt“ anders behandelt wird als etwa der Totschlag, soweit es um die Frage geht, ob dieser überhaupt durch Unterlassen möglich ist. Ob der Arzt strafbar ist, bemisst sich daher daran, ob die weiteren Erfordernisse eines Schwangerschaftsabbruchs durch Unterlassen vorliegen.¹⁸

Zunächst müssten die Merkmale des „objektiven Tatbestandes“ des § 218 StGB gegeben sein. Beim Unterlassensdelikt setzt dies die (1) *Garantenstellung* des Arztes voraus. Eine Garantenpflicht hat, wer „rechtlich einzustehen“ (vgl. § 13 StGB) hat. Der die Schwangerschaft betreuende Arzt hat eine Garantenstellung für das ungeborene Kind inne, da vom Behandlungsvertrag mit der Mutter auch der Schutz des ungeborenen Kindes umfasst ist.¹⁹ (2) Der sog. „*tatbestandliche Erfolg*“ liegt beim Schwangerschaftsabbruch im Tod des Ungeborenen. Wären im vorgestellten Fall keine Maßnahmen ergriffen worden, wäre das Kind im Mutterleib abgestorben. (3) Eine Strafbarkeit durch Unterlassen setzt weiter die *Nichtvornahme einer „geeigneten und erforderlichen Verhinderungshandlung trotz physisch-realer individueller Handlungsmöglichkeit“* voraus.²⁰ Dieses Tatbestandsmerkmal eines Unterlassensdeliktes ist hier sehr schwierig. Die Verhinderungshandlung müsste „geeignet und

11 Wenn es in § 14 MBO heißt, dass Ärzte nicht gezwungen werden können, einen Schwangerschaftsabbruch zu unterlassen, dann gilt dies selbstverständlich nur für den Fall, dass die Schwangere einen Abbruch begehrt.

12 BGHSt 32, 194 ff.

13 BGHSt 31, 348 ff.

14 BGHSt 31, 348 ff. (II 2 a; Tz. 6 –juris).

15 R. Rengier, Strafrecht Allgemeiner Teil, 2. Aufl. München 2010, § 49 Rn. 30.

16 K. Kühl (Anm. 5), § 218 Rn. 3.

17 W. Grop, in: Münchener Kommentar zum StGB, Band 3, 1. Aufl. München 2003, § 218 Rn. 53.

18 Vgl. allgemein zur ärztlichen Hilfepflicht: V. Lipp, in: Laufs/Katzenmeier/Lipp, Arztrecht, München, 6. Aufl. 2009, S. 87 ff. Grundsätzlich darf ein Arzt auch eine Behandlung ablehnen, allerdings nicht in Notfällen. Im Falle eines bestehenden Behandlungsverhältnisses zwischen Schwangerer und Arzt ist jedoch davon auszugehen, dass den Arzt eine Rechtspflicht zur Behandlung des Fötus trifft (Lipp, a.a.O., S. 88; § 1 I BÄO; § 11 I MBO), zumal die Gefahr für den Fötus einen Notfall darstellt und es der Schwangeren nicht zuzumuten ist, in dieser Extremsituation einen neuen Arzt suchen zu müssen.

19 Garantenstellung aus „freiwilliger Übernahme“ (K. Kühl (Anm. 5), § 13 Rn. 9); V. Lipp (Anm. 18), S. 88.

20 R. Rengier (Anm. 15), S. 434.

erforderlich“ sein. Dies ist unproblematisch dann der Fall, wenn der Arzt eine Behandlungsmöglichkeit zur Verfügung hat, die geeignet wäre, den Tod des Fötus zu verhindern. Schwierig ist hier, ob im Falle kranker ungeborener Menschen eine Verhinderungshandlung auch dann noch als geeignet und erforderlich bezeichnet werden kann, wenn sie zwar das Leben der Leibesfrucht im Mutterleib verlängert, dem Menschen aber dennoch keine Chance einräumen könnte, als Geborener zu leben. Eine Rechtsprechung hierzu gibt es wohl noch nicht. In der Literatur wird teils darauf abgestellt, dass es sich um eine nicht nur „unwesentliche Lebensverkürzung“, etwa nur um eine Woche, handeln dürfe.²¹ Andererseits heißt es, dass „das Absterben geschädigter oder sonst fehlentwickelter Embryonen ... insbesondere während des Frühstadiums der Schwangerschaft ... ein natürlicher Prozess [sei], den aufzuhalten der behandelnde Arzt idR nicht in der Lage und erst recht nicht strafrechtlich verpflichtet ist ... Eine Verpflichtung des Arztes zur Verhinderung einer natürlichen Beendigung der Schwangerschaft besteht somit nur dann, wenn der drohende Spontanabgang auf einer Ursache beruht, die ohne bleibende Schäden für das ungeborene Kind oder für die Mutter behoben werden kann.“²² Die Schwierigkeit besteht hier darin, dass sich in der Entscheidung des Arztes nicht eine Geringschätzung des behinderten Lebens ausdrücken darf. So darf der Arzt etwa eine Maßnahme der Rettung eines Kindes keinesfalls aus dem Grunde verweigern, weil es sich um ein Kind mit Downsyndrom handelt. Strafrechtsdogmatisch bilden jedoch subjektive Einstellungen eines Täters noch keine relevanten Merkmale des sog. „objektiven Tatbestandes“. Im Kontext der Prüfung, ob eine „geeignete und erforderliche Verhinderungshandlung trotz physisch-realer individueller Handlungsmöglichkeit“ bestand, ist also zunächst nur relevant, ob für den Arzt die Möglichkeit vorhanden war, den Tod des Ungeborenen nicht nur unwesentlich hinauszögern zu können. Erst wenn sich der Fötus unwiderruflich im Sterbevergang befindet, kann man wohl nicht mehr von einer „geeigneten und erforderlichen Verhinderungshandlung“ sprechen. Es scheint angemessen, den Sterbevergang nicht zu eng zu fassen, so dass Maßnahmen, die dem ungeborenen Kind nur ein paar Tage oder Wochen mehr im Mutterleib ermöglichen können ohne jede Chance auf ein extrauterines Leben, nicht als „geeignet und erforderlich“ zu betrachten sind, gleichwohl der Arzt sie natürlich vornehmen darf.²³

Ein strafbares Unterlassensdelikt setzt weiterhin (4) die Ursächlichkeit des Unterlassens für den Tod des Fötus voraus, also die *hypothetische Kausalität*. Diese ist eng mit dem zuvor erörterten Prüfungspunkt verbunden. Zu fragen ist: Hätte der Arzt behandelt, wäre dann der Tod mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht oder später eingetreten?²⁴ Die „naturwissenschaftlich gedachte“ Kausalität wird (5) über die *objektive Zurech-*

nung „korrigiert“. Objektiv zurechenbar ist der Tod des Fötus dann, wenn sich in dem Tod die Gefahr realisiert, die der Arzt durch die pflichtwidrige Unterlassung der gebotenen medizinischen Behandlung geschaffen hat.²⁵ Diese objektive Zurechnung des Todes zum Unterlassen des ärztlichen Handelns ist dann gegeben, wenn die Ursache des Todes nicht am Ende auf eine weitere Kausalität zurückzuführen ist (etwa eine panische Reaktion der Schwangeren, die wegen der Nichtbehandlung des Arztes aus Verzweiflung Selbstmord begeht). Damit kann der objektive Tatbestand eines Schwangerschaftsabbruchs durch Unterlassen dann erfüllt sein, wenn ein Arzt das ungeborene Kind (trotz Behandlungswunsch der Schwangeren) nicht behandelt, obwohl es durch einen der medizinischen Lage angemessenen ärztlichen Eingriff hätte länger leben können. Im Einzelnen wird hier wohl eine Abwägung vorzunehmen sein nach der Intensität des Eingriffs und den Überlebenschancen des ungeborenen Kindes. Die Verweigerung der Gabe eines Medikamentes zur Lungenreife wird wohl schon dann tatbestandsmäßig sein, wenn das Kind eine wesentliche Zeitspanne länger hätte leben können, operative (über einen Kaiserschnitt hinausreichende) pränatale Eingriffe erfordern dagegen eine hohe bis sehr hohe Chance für den Fötus, als Geborener leben zu können, um strafrechtlich relevant zu sein.

Im „subjektiven Tatbestand“ wird danach gefragt, ob der Arzt die medizinische Hilfe vorsätzlich unterlässt. Hier kommt es also darauf an, ob der Arzt es für möglich hält, dass eine medizinische Maßnahme den Tod des Fötus hätte verhindern oder hinauszögern könnte und gleichwohl nicht handelt, weil er den Tod in Kauf nimmt.

21 W. Gropp (Anm. 17), § 218 Rn. 53. („Obwohl eine Quasikausalität bereits bei der Vermeidung des konkreten Todes zum konkreten Zeitpunkt anzunehmen ist, sind unwesentliche Lebensverkürzungen durch Untätigbleiben – falls überhaupt nachweisbar – nicht tatbestandsmäßig, da nicht erforderlich. Ein Arzt macht sich daher z.B. nicht wegen eines Schwangerschaftsabbruchs durch Unterlassen strafbar, wenn er durch eine Maßnahme das Leben des ungeborenen Menschen allenfalls um eine Woche hätte verlängern können. Im Übrigen lässt sich die Zeitspanne, innerhalb derer von einer nur unwesentlichen Lebensverkürzung gesprochen werden kann, nicht näher festlegen.“).

22 W. Gropp (Anm. 17), § 218 Rn. 56.

23 Vgl. hier auch das Urteil zur Sterbehilfe durch Unterlassen BGH, Urt. v. 25. Juni 2010, BGHSt 55, 191-206, erster Leitsatz. Der BGH macht zwar die Zulässigkeit der Sterbehilfe durch Unterlassen von dem Patientenwillen abhängig. Patient wäre hier das ungeborene Kind, das seinen Willen nicht äußern kann, so dass in der Regel die sorgeberechtigten Eltern entscheiden. Da die Mutter hier eine Behandlung wünscht, wäre danach ein Unterlassen der medizinischen Hilfe nicht möglich. Man kann hier also mit guten Gründen beides vertreten, entweder den objektiven Tatbestand des Schwangerschaftsabbruchs durch Unterlassen verneinen, wenn das ungeborene Kind sich im unwiderruflichen Sterben befindet und sein mutmaßlicher Wille nicht auf etwaige Eingriffe gerichtet ist oder man kann in strenger Analogie zu den Geborenen auf den Willen der Mutter als Sorgeberechtigter abstellen und eine Behandlungspflicht statuieren.

24 R. Rengier (Anm. 15), § 49 Rn. 13.

25 Hier wörtlich angelehnt an die allgemein gefasste Formel der Objektiven Zurechnung von R. Rengier (Anm. 15), § 49 Rn. 24.

Im Anschluss an den Tatbestand wird gefragt, ob das Unterlassen des Arztes *rechtswidrig* ist. Wenn die Schwangere keine Behandlung wünscht, handelt der Arzt mit seinem Unterlassen grundsätzlich auch nicht rechtswidrig²⁶: Hier kollidiert dann die Handlungspflicht gegenüber dem Fötus mit der Unterlassenspflicht gegenüber der Schwangeren, die ja den Eingriff erdulden müsste. Es liegt dann eine rechtfertigende Pflichtenkollision vor.²⁷ Rechtswidrig bleibt die Nichtvornahme einer Behandlung aber dann, wenn die Schwangere eine Behandlung wünschte.

Im Anschluss an die Ebene der Rechtswidrigkeit wird nach der Schuld des Arztes gefragt. „Schuldig“ ist, wenn die Tat persönlich vorgeworfen werden kann, wer etwas „dafür kann“.²⁸ Der Arzt ist „schuldig“, sofern nicht ein rechtlich anerkannter Entschuldigungsgrund greift. Zu überlegen ist, inwiefern das Unterlassen der Hilfe am Ungeborenen gegen den Behandlungswunsch der Mutter „entschuldbar“ ist. Hier müsste genau eruiert werden, aus welchen Motiven der Arzt die Behandlung des Fötus verweigert, obwohl die Mutter dies wünscht. Kann er die Weiterbehandlung etwa nicht mit seinem Gewissen vereinbaren, käme eine Entschuldigung aus Gewissensnot in Betracht (Art. 4 GG)²⁹. So könnte der Fall etwa liegen, wenn die für den Fötus zu ergreifenden Maßnahmen ein Risiko für die Schwangere bedeuteten und diesem Risiko nur eine geringe Rettungswahrscheinlichkeit für den Fötus gegenübersteht. Auch könnte sich der Arzt in einem Verbotsirrtum (§ 17 StGB) befinden, wenn ihm bei der verweigerten Hilfeleistung die Einsicht fehlt, Unrecht zu tun und dieser Irrtum nicht vermeidbar war. So könnte es sein, dass der Arzt meint, dass ein Schwangerschaftsabbruch durch Unterlassen nicht „begehrbar“ sei oder dass ein Schwangerschaftsabbruch nur dann gegeben sein könne, wenn der Fötus lebensfähig sei. Problematisch ist, ob ein solcher Irrtum „vermeidbar“ ist. Der Täter, so heißt es im Strafrecht, müsse sein „Gewissen anspannen“. Der BGH redet von dem Einsatz aller „Erkenntniskräfte“ und „sittlichen Wertvorstellungen“.³⁰ Im Zweifelsfall oder bei beruflich wiederkehrenden Problemsituationen obliegt dem Arzt eine Erkundigungspflicht.³¹ Ein Verbotsirrtum wäre also wohl nur solange anzunehmen, wie der Arzt gar keinen Zweifel an der Legitimität seiner unterlassenen Hilfeleistung hat und nicht schon wiederholt in eine solche Situation geraten ist.

Nach alledem dürfen dem Arzt durch das Strafrecht keine unangemessenen Behandlungspflichten auferlegt werden. Ein strafbares Unterlassen sollte in Abhängigkeit der Relation zwischen der Intensität des Eingriffs und den Lebenschancen des Fötus bestimmt werden.

3. Verfassungsrecht

Aus der staatlichen Schutzpflicht für das Leben und die körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 GG) folgt, dass der Staat gewisse Mindestanforderungen erfüllen

muss, um Leib und Leben vor Übergriffen Dritter zu schützen. In seinem Urteil zum Schwangerschaftsabbruch von 1993 hat das Bundesverfassungsgericht ausgeführt, welche Mindestanforderungen im Hinblick auf den Schutz des ungeborenen Lebens gelten, hinter die nicht zurückgefallen werden darf (Untermaßverbot).³² Diesen Mindestanforderungen genügt das Strafrecht, indem es auch einen Schwangerschaftsabbruch durch Unterlassen sanktioniert und dadurch auch gegenüber ungeborenen Kindern eine Behandlungspflicht in Abhängigkeit von den Erfolgsaussichten des Eingriffs statuiert.³³

4. Zwischenbefund

Grundsätzlich besteht eine Behandlungspflicht auch gegenüber einem ungeborenen Kind, es sei denn, dass die Mutter keine Behandlung wünscht. Mit guten Gründen kann vertreten werden, dass dann keine Behandlungspflicht besteht, wenn der Sterbevorgang irreversibel eingesetzt hat, wenn also abzusehen ist, dass der Fötus innerhalb der nächsten Wochen im Mutterleib versterben wird.

IV. Aktives Handeln

Nach Diskussion der Handlungspflicht in Hinblick auf den Arzt soll nun nach den Grenzen der medizinischen Behandlung gefragt werden. Darf ein Arzt also immer eine Behandlung am Ungeborenen durchführen?

1. Berufsrecht

In § 7 (1) MBO heißt es „Jede medizinische Behandlung hat unter Wahrung der Menschenwürde und unter Achtung der Persönlichkeit, des Willens und der Rechte der Patientinnen und Patienten, insbesondere des Selbstbestimmungsrechts, zu erfolgen.“ Dieser Grundsatz gibt den berufsrechtlichen Rahmen vor

26 Vgl. die verschiedenen rechtlichen Konstruktionen, nach denen der Arzt vom Unterlassensdelikt „freigesprochen“ werden kann, wenn die Schwangere keine Behandlung wünscht: W. Gropp (Anm. 17), § 218 Rn. 54.

27 Weitere Nachweise zur Pflichtenkollision einer Handlungspflicht mit einer Unterlassenspflicht: K. Kühl (Anm. 5), § 34 Rn. 15.

28 R. Rengier (Anm. 15), § 24 Rn. 1.

29 Dazu näher K. Weilert, Grundlagen und Grenzen des Folterverbotes in verschiedenen Rechtskreisen, Heidelberg 2009, S. 211 f. Die dogmatische Einordnung als Rechtfertigungs- oder Entschuldigungsgrund ist umstritten (vgl. C. Roxin, in: Festschrift Maihofer, S. 389 (404 ff.)).

30 BGHSt 4, S. 1 ff., 2. Leitsatz „Mit der „Gewissensanspannung“ im Sinne des Entscheidungssatzes dieses Beschlusses ist gemeint, dass der Täter verpflichtet sei, alle seine Erkenntniskräfte und alle seine sittlichen Wertvorstellungen einzusetzen, wenn es gilt, sich über die Rechtmäßigkeit oder die Rechtswidrigkeit eines bestimmten Verhaltens ein Urteil zu bilden“.

31 Th. Fischer, Strafgesetzbuch und Nebengesetze, 58. Aufl. München 2011, § 17 Rn. 9.

32 BVerfGE 88, S. 203 (254 f.).

33 Zum verfassungsrechtlichen Konflikt zwischen Fötus und Schwangerer siehe K. Weilert (Anm. 10), S. 285 ff.

und ist im einzelnen höchst auslegungsbedürftig. Das Selbstbestimmungsrecht wird dabei sehr umfassend verstanden: „Der Wille des einsichts- und urteilsfähigen – also einwilligungsfähigen – Patienten ist für den Arzt bindend. Wünscht der Patient die Behandlung, so hat der Arzt sie im Rahmen seiner Behandlungspflicht zu erbringen, soweit ihm dies zumutbar ist und er die Behandlung nicht, wie es § 7 Abs. 2 vorsieht, ablehnen kann. Verweigert der Patient seine Einwilligung in die Behandlung, so hat der Arzt dies ebenfalls zu respektieren. Der Wille des Patienten begrenzt also den ärztlichen Behandlungsauftrag.“³⁴

2. Strafrecht

a) Heileingriff gegen den Willen der Schwangeren

Der strafrechtlich leitende Grundsatz der Rechtsprechung sieht jeden Heileingriff als Körperverletzung an, der der Zustimmung des Patienten bedarf. Selbst bei einer medizinischen Indikation liegt eine Körperverletzung vor, wenn keine Einwilligung gegeben ist.³⁵ Für den Arzt bedeutet dies, dass er am Willen der Patientin nicht vorbeikommt, also nicht eigenmächtig einen Heileingriff unternehmen darf.

Bei einer Schwangerschaft müssen verschiedene Situationen differenziert werden. Dient der Heileingriff direkt der Schwangeren und geht er nicht zu Lasten des Kindes, so weicht dies nicht von der Standardbehandlungssituation ab. Geht der Eingriff zu Lasten des Kindes, führt er etwa zum Tod des Fötus, so bemisst sich die Zulässigkeit nach §§ 218, 218 a StGB (s. oben). Dient der Heileingriff dem Kind und geht er zu Lasten der Schwangeren, so hängt die Zulässigkeit des Eingriffs vom Willen der Schwangeren ab.³⁶ Eine Zwangsbehandlung ist nicht zulässig.³⁷

b) Aktives Handeln auf Wunsch der Schwangeren, aber gegen den medizinischen Sachverstand („ohne medizinische Indikation“)

Muss ein Arzt nun eine Behandlung durchführen, wenn diese Behandlung völlig aussichtslos ist, d. h. nicht einmal zeitweilig eine Verbesserung bewirken könnte? Dies ist nicht der Fall. Der Arzt macht sich nicht strafbar, wenn er dem Wunsch der Patientin *nicht* nachkommt, sofern hierfür *keine* medizinische Indikation besteht.³⁸ Die Frage kann also nur lauten, ob sich der Arzt strafbar macht, wenn er einen Eingriff *vornimmt*, der nicht indiziert ist, nur weil die Patientin es so will. Grundsätzlich verlangt die Rechtsprechung neben der Einwilligung (die hier ja gegeben ist) auch, dass ein Eingriff medizinisch indiziert ist und darüber hinaus *lege artis* ausgeführt wird.³⁹ Fraglich ist also, ob die *fehlende Indikation* von dem *Wunsch* des Patienten *aufgefangen* werden kann. Teils wird dies verneint.⁴⁰ Dies ist allerdings bei der heutigen zunehmenden Betonung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten kaum noch so haltbar.⁴¹ Meines Erachtens wird die Frage, inwieweit die Einwilligung eine fehlende Indikation wettmachen kann, von

§ 228 StGB angemessen gelöst. Dort heißt es: „Wer eine Körperverletzung mit Einwilligung der verletzten Person vornimmt, handelt nur dann rechtswidrig, wenn die Tat trotz der Einwilligung gegen die guten Sitten verstößt.“ Es ist jedoch umstritten, wie dies zu verstehen ist, ob sich die Sittenwidrigkeit nach „Art und Umfang der Körperverletzung“ bemisst oder ob es auch auf den Zweck der Körperverletzung ankommt.⁴² Die Rechtslage ist hier nicht völlig klar, aber man kann wohl festhalten, dass jedenfalls eine Einwilligung in eine lebensgefährliche Körperverletzung, die keinen übergeordneten Interessen zu dienen bestimmt ist, nicht wirksam wäre. Im konkreten Fall bestand das Handeln v.a. in der Lungenreifeung des Kindes und dem Kaiserschnitt. Beides wurde vorgenommen, da eine Chance bestand, das Kind noch retten zu können. Insofern kann ohnehin nicht davon gesprochen werden, dass keine medizinische Indikation bestanden habe. Wenn nun aus medizinischer Sicht Lungenreifeung und Kaiserschnitt *völlig eindeutig* das Kind nicht mehr hätten retten können, macht sich der Arzt dennoch nicht strafbar, wenn er dem Wunsch der Frau nachkommt und diese Maßnahmen ergreift. Die Lungenreifeung bedeutet nur einen minimalen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit der Frau. Der Kaiserschnitt könnte zwar im Vergleich zu einer eingeleiteten Totgeburt medizinisch mehr Risiken bergen. Wichtig ist daher, dass die Frau zuvor genau aufgeklärt wird. Jedoch kann eine Einwilligung in den Kaiserschnitt nicht als sittenwidrig bezeichnet werden, schon weil diese dem sehr nachvollziehbaren Interesse entspricht, dass das Kind nicht im Mutterleib oder während der eingeleiteten Geburt versterben sollte. Sofern der Kaiserschnitt einem Schwangerschaftsabbruch gleich kommt, ist dieser nach § 218, 218 a StGB zu beurteilen.

34 H.-D. Lippert, in: R. Ratzel/ders., Kommentar zur Musterberufsordnung der deutschen Ärzte (MBO), 5. Aufl. Heidelberg 2010, § 7 Rn. 6.

35 E. Deutsch/A. Spickhoff, Medizinrecht, 6. Aufl. Heidelberg 2008, S. 298.

36 W. Gropp (Anm. 17), § 218 Rn. 55: „Gegen den Willen der Schwangeren ist jede Maßnahme zur Rettung des Ungeborenen, welche die körperliche Unversehrtheit der Schwangeren beeinträchtigt, unzulässig.“

37 W. Gropp (Anm. 17), § 218 Rn. 54. Gropp erörtert auch, inwieweit die Schwangere ein Pflicht haben könnte, sich einer Behandlung zu unterziehen oder auf das Ungeborene Rücksicht zu nehmen. Eine solche Pflicht würde aber keine Zwangsbehandlung rechtfertigen können. Hier ist allerdings noch vieles ungeklärt.

38 A. Laufs, in: Laufs/Katzenmeier/Lipp, Arztrecht, 6. Aufl. 2009, S. 17.

39 Ch. Katzenmeier, in: Laufs/Katzenmeier/Lipp, Arztrecht, 6. Aufl. 2009, S. 314.

40 A. Laufs (Anm. 38), S. 17: „Der Arzt darf von Rechts wegen keinen Eingriff vornehmen, der zwar dem Willen des Patienten oder Klienten, nicht aber der Berufsregel entspricht.“

41 Dies sieht auch A. Laufs (Anm. 38, S. 227) in Hinblick auf die Sterilisation: „Nach inzwischen wohl überwiegender Ansicht gilt ein Sterilisationseingriff mit Einwilligung der Frau auch ohne besondere medizinische oder soziale Indikation als rechtlich zulässig.“

42 K. Kühl (Anm. 5), § 228 Rn. 10.

3. Verfassungsrecht

Verfassungsrechtlich stellt sich hier die Frage nach dem Umfang des Selbstbestimmungsrechts der Patientin und was aus diesem Selbstbestimmungsrecht für das Arzt-Patienten-Verhältnis folgt. In der Verfassung gibt es kein namentliches „Selbstbestimmungsrecht“, sondern dieses wird aus verschiedenen Grundrechten abgeleitet, nämlich der Menschenwürde, dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht⁴³, dem Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, der Glaubens- und Gewissensfreiheit sowie der allgemeinen Handlungsfreiheit. Grundrechte gelten grundsätzlich nur im Staat-Bürger-Verhältnis und nicht zwischen Privaten. Grundrechtliche Fragen stellen sich daher hier nur in der Dimension der Schutzpflichten oder insofern der Staat durch Gesetz „das Selbstbestimmungsrecht“ der Patientin beschneidet. Im Falle der Problematik des medizinisch nicht indizierten Eingriffs aber geht es, wie oben gezeigt, nicht um einen Bereich, in dem ein Gesetz es dem Arzt verbieten würde, bei der Schwangeren eine Heilbehandlung durchzuführen. Verfassungsrechtlich problematisch wäre der Fall, wenn die Schwangere eine Behandlung des Kindes ablehnte, obwohl für sie kein Risiko bestünde und die Behandlung große Erfolgsaussichten hätte. Hier wäre dann zu fragen, ob eine staatliche Schutzpflicht zugunsten des Fötus trotz der grundrechtlichen Abwehrrechte der Schwangeren besteht.

4. Zwischenbefund

Gegen den Willen der Schwangeren darf der Arzt keine Behandlung des Fötus vornehmen. Verlangt die Schwangere dagegen nach einer *medizinisch nicht indizierten* Heilbehandlung für das ungeborene Kind, so besteht für den Arzt zwar keine Pflicht, dem nachzukommen, doch aber die Berechtigung, es zu tun.

V. Schlussbemerkung

Während es bei der Diskussion von § 218 a StGB normalerweise darum geht, ob die Schwangere einen Schwan-

gerschaftsabbruch vornehmen darf, legt der Ausgangsfall den Schwerpunkt einmal ganz anders. Im Zentrum steht hier vielmehr die Frage, wie viel Vorsorge und Fürsorge sie für das Kind vom Arzt verlangen kann und wie sich ein Arzt zu verhalten hat, wenn die Schwangere eine Behandlung wünscht, die dem Kind zum Besten zu dienen bestimmt ist, dabei aber kaum eine Chance besteht, dass das Kind jemals außerhalb des Mutterleibes wird leben können, so dass sich der Arzt scheut, die Schwangere durch Eingriffe (etwa einen Kaiserschnitt) zu belasten. Die Mutter tritt hier als Anwältin des Kindes auf, der Arzt könnte nun versucht sein, die Interessen der Mutter zu vertreten, die sich selbst in der Rolle der Anwältin für das Kind verankert hat und aus ärztlicher Sicht vielleicht nicht mehr imstande ist, ihre eigenen Interessen wahrzunehmen. Paternalistische Tendenzen scheitern jedoch am Recht der Frau, selbst zu entscheiden, inwieweit sie bereit ist, sich auch einer risikoreichen Behandlung zugunsten des Kindes zu unterziehen. Mutter und Kind sind nicht nur körperlich verwoben, auch ihre Interessen können nicht klar voneinander getrennt werden. So mag eine Mutter vielleicht körperliche Leiden (Verlängerung der Problemschwangerschaft; Kaiserschnitt) eher hinnehmen als die seelischen Leiden, die sich verstärkt einstellen würden, wenn sie sich später selbst den Vorwurf macht, nicht „alles“ für ihr Kind versucht zu haben. Diese psychische Komponente sollte bei jeder ärztlichen Entscheidung bei pränatalen Grenzfällen, bei denen der Embryo intrauterin zu versterben droht, eine zentrale Rolle spielen und die Abwägung daher nicht nach einer reinen medizinischen Nutzen-Risiko-Analyse vorgenommen werden. Eine reine Nutzen-Risiko-Analyse hätte der Schwangeren im vorgestellten Fall ein Abwarten nahelegen müssen, der Kaiserschnitt war hier aber für die psychische Gesundheit der Mutter, die nicht zum Grab ihres Kindes werden und ihr Kind einmal lebend sehen wollte, von zentraler Bedeutung.

⁴³ Das Allgemeine Persönlichkeitsrecht findet sich nicht namentlich im Grundgesetz, ist aber mittlerweile in der Rechtsprechung und Literatur fest etabliert.

Prof. Dr. med. Axel W. Bauer, Mainz

Die Normativität von Gesundheit und Krankheit als Herausforderung für Medizin und Rechtsordnung

Der Mensch als Maß der Dinge

„Aller Dinge Maß ist der Mensch, der seienden, dass sie sind, der nicht seienden, dass sie nicht sind.“¹ Dieses geflügelte Wort stammt von dem griechischen Philosophen Protagoras (485-415 v. Chr.), der den Menschen inmitten einer Welt sah, in der dieser sich nicht mehr

an den absoluten Maßstäben unsichtbarer Götter orientieren konnte, sondern nur noch an seiner eigenen Werteskala.

In der Ära der Biowissenschaften und der Biopolitik sehen wir uns erneut mit dieser Aussage konfrontiert.

¹ Protagoras, zitiert nach Diels/Kranz 1960, S. 263 (Fragment 1). Vgl. auch Bauer 1984 und Bauer 2001a.

Der Mensch muss sich heute entscheiden, ob er sich *entweder* weiterhin als ein Geschöpf betrachten will, das von einem personalen Gott bzw. von der evolutionären Natur geschaffen und gestaltet werden soll, *oder* ob er sein Leben und Sterben – als Individuum wie als biologische Spezies - in die eigenen Hände nehmen möchte. In einer werteppluralistischen Kultur- und Wissensgesellschaft scheint die Antwort auf der Hand zu liegen: Da in solchen Gesellschaften kein Gott mehr den Menschen allgemein bindende Vorschriften gibt und da die evolutionäre Natur keinen moralischen Wert an sich darstellt, werden sich die Menschen selbst zum Maß aller Dinge machen und dann vermutlich alles das realisieren, was ihnen Vorteile verspricht, sofern sie technisch und finanziell dazu in der Lage sind.

Bereits 1822 formulierte der Philosoph Joseph Hillebrand (1788-1871) in seinem Buch *Anthropologie als Wissenschaft* die These, dass der Mensch eben nur durch das beständige Beziehen aller Erkenntnisse auf sein Selbst dieses seinem wahren Begriffe gemäß allein vollständig zu entwickeln und zu fördern vermöge. Endlich sei ja auch der Mensch das alleinige Subjekt seines Erkennens. Wie würde er daher nur überhaupt etwas wirklich zu erkennen im Stande sein, wenn er nicht überall diese seine Subjektivität gewährte als den einen und letzten Haltungspunkt aller Vorstellungen und gewonnenen Resultate?²

Gesundheit und Krankheit als normative Größen der medizinischen Anthropologie

Die medizinische Anthropologie hat sich in den letzten fünf Jahrhunderten, seit sie als Disziplin diesen Namen führt, immer wieder auf das Thema *Gesundheit* und *Krankheit* bezogen. In einer Zeit, in der metaphysische, religiöse und transzendente Bedürfnisse des Menschen mehr oder minder offen im Namen der aufgeklärten Wissenschaft und des demokratischen Pluralismus negiert werden, ist die Gesundheit gar zu *dem* zentralen Dreh- und Angelpunkt der medizinischen Anthropologie geworden. Noch niemals zuvor wurde auch soviel Geld für das angeblich „höchste Gut“ eingesetzt wie heute. So gaben im Jahre 2009 allein die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) in Deutschland 171 Milliarden Euro für ihre Versicherten aus. Angesichts eines Bruttoinlandsprodukts von 2,4 Billionen Euro entspricht dies mehr als 7 Prozent der Wirtschaftsleistung. Der Gesundheitsmarkt boomt, er ist eine „Wachstumsbranche“ geworden. Gesundheit ist in aller Munde. Auf Geburtstagskarten wird die Gesundheit fast schon stereotyp thematisiert, doch mit steigendem Alter werden die entsprechenden Wünsche inflationär und zum Teil illusionär.

Wann ist jemand *gesund*? Der Begriff, die Definition und das Verständnis von Gesundheit sind unter Fachleuten wie unter Laien strittig. In erster Linie wird die

Medizin als diejenige Disziplin angesehen, die sich mit der *Gesundheit* auskennen sollte. In Wirklichkeit ist die Medizin aber nur mit der Erkennung und Behandlung von *Krankheiten* beschäftigt. Da Gesundheit und Krankheit aber als einander kontradiktorisch, wenn nicht sogar konträr gegenüber stehende Begriffe³ aufgefasst werden, kann ein Blick auf den Krankheitsbegriff doch wichtige Informationen über den Gesundheitsbegriff zu Tage fördern. Fragen wir also zunächst: Was ist Krankheit?⁴

Gängige Definitionen von Krankheit zeichnen sich durch ihre intellektuelle Schlichtheit aus, die nicht selten auf einem logischen Zirkelschluss beruht. So wird Krankheit einmal abstrakt als Störung der Lebensvorgänge in Organen oder im gesamten Organismus mit der Folge von subjektiv empfundenen bzw. objektiv feststellbaren körperlichen, geistigen beziehungsweise seelischen Veränderungen beschrieben, ohne dass die ebenfalls erklärungsbedürftigen Ausdrücke *Störung* und *Veränderung* ihrerseits definiert würden. Die in der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts entwickelte Formel, wonach Krankheit ein „Zustand von Regelwidrigkeit im Ablauf der Lebensvorgänge“ ist, der Krankenpflege und Therapie erfordert und aus dem eine „berufsspezifische erhebliche Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit“ resultiert, mag in der juristischen Praxis zwar durchaus von Nutzen sein, sie unterliegt aber ebenfalls der logischen Zirkularität, da sie den gleichermaßen unklaren normativen Begriff der *Regelwidrigkeit* zur Definition der *Krankheit* benutzt.⁵

Die Vermutung, dass bei der Beschreibung von Krankheit(en) nicht die bloße Feststellung zeitunabhängiger physikalischer Tatsachen, sondern vielmehr die Erzeugung und Aushandlung historisch gewachsener sozialer Tatsachen vor sich geht, ist durch eine Fülle an historischer Evidenz empirisch belegt. Diese sozialen Tatsachen repräsentieren zwar keine objektiven materiellen Realitäten der Außenwelt, sie sind aber auch nicht bloß subjektive Empfindungen einzelner Individuen. Soziale Tatsachen müssen vielmehr als von Menschen geschaffene Institutionen angesehen werden, die innerhalb einer Kultur- und Sprachgemeinschaft nach bestimmten Regeln intersubjektiv konstituiert, stabilisiert und modifiziert werden. Diese Regeln folgen der Struktur *A gilt als B im Kontext der Sprachgemeinschaft C*. Soziale Tatsachen sind also auf eine bestimmte Art und Weise interpretierte Tatsachen der physikalischen Welt. In ihnen gehen Lebenswelt und Sprachwelt eine kon-

2 Hillebrand 1822 (Band 1), S. 2-3.

3 Von zwei kontradiktorischen Begriffen trifft stets *genau einer* auf einen Sachverhalt zu (z. B. *schön – nicht schön*), während von zwei konträren Begriffen *höchstens einer* einen Sachverhalt korrekt beschreibt (z. B. *schön – hässlich*).

4 Vgl. Bauer 2009.

5 Diese Krankheitsdefinitionen finden sich in Psyhrembel 1994, S. 824.

krete, wertbezogene Verbindung ein, die indessen flexibel und historisch labil ist.

Eine bestimmte Konstellation von körperlichen beziehungsweise seelischen Anzeichen (Symptomen) gilt demnach als krankhaft im Kontext einer zeitlich und räumlich zu definierenden sozialen Gemeinschaft. Die *negative Normativität* („Etwas ist oder verhält sich nicht so, wie es sein oder sich verhalten sollte“) repräsentiert den gemeinsamen Nenner des Krankheitsbegriffs. Die Beobachtung, dass bestimmte körperliche, seelische oder soziale Phänomene über einen historisch gesehen sehr langen Zeitraum hinweg kontinuierlich als krankhaft gegolten haben oder noch immer als krankhaft gelten, ändert nichts daran, dass die Verknüpfung der entsprechenden Phänomene mit dem Etikett *krankhaft* eine prinzipiell labile beziehungsweise jederzeit revidierbare Verbindung zwischen Lebenswelt und Sprachwelt darstellt.

Was der englische Philosoph Richard M. Hare (1919-2002) schon 1952 über die *Sprache der Moral* geschrieben hat, gilt für die *Sprache der Krankheit* nicht minder: Krankheitsbegriffe können nicht bloß Tatsachenfeststellungen sein, und wenn sie das wären, würden sie nicht die Funktionen erfüllen, die sie erfüllen, oder sie hätten nicht die logischen Merkmale, die sie haben. Entweder müssen wir das unreduzierbar vorschreibende Element im Krankheitsbegriff anerkennen, oder aber wir müssten gestatten, dass ein lediglich als beschreibend aufgefasster Krankheitsbegriff ärztliche Handlungen nicht mehr in der Weise anleiten würde, wie er es nach gewöhnlichem Verständnis offensichtlich tut.⁶

Die gemeinsame Basis zwischen einer das Leben bedrohenden Krankheit (zum Beispiel einem Magenkrebs) und einer lediglich schmerzhaften beziehungsweise einer die körperlichen Funktionen oder das seelische Erleben störenden Erkrankung (zum Beispiel einem wiederholten Migränekopfschmerz, einer Depression oder einem Oberarmbruch) besteht nicht in einer biologischen Gemeinsamkeit, sondern vielmehr darin, dass alle diese Zustände

1. die betroffene Person und/oder deren soziales Umfeld stören,
2. als räumlich im Körper der betroffenen Personen lokalisiert angesehen werden,
3. als einer am Körper des Betroffenen ansetzenden Behandlung bedürftig gelten.

Nur der Mensch und nicht die Natur hat einen Begriff für *Krankheit* entwickelt. In der Natur ereignen sich nur physikalische und biologische Abläufe. Ob die betroffenen Menschen jene Abläufe schätzen oder sich vor ihnen fürchten, ist der „Natur“ vollkommen gleichgültig. Der Ausdruck *Krankheit* bezeichnet also ein kulturelles Konstrukt und keine biologische Konstante.

Was bedeutet diese Erkenntnis für den Gesundheitsbegriff? Die Verfassung der Weltgesundheitsorganisation

(WHO) aus dem Jahre 1946 definierte die Gesundheit in ihrer Präambel so: „Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“.⁷ Aus unseren bisherigen Überlegungen zum Krankheitsbegriff folgt, dass es sich auch bei der *Gesundheit* um ein wertbezogenes Konstrukt und damit um eine – historisch variable – soziale Tatsache handeln muss. Wie die WHO-Definition nahe legt, verhält sich *Gesundheit* *konträr* zur *Krankheit*. *Gesundheit* und *Krankheit* werden als einander nicht berührende Extreme definiert, zwischen denen sich ein mehr oder minder breites „Niemandland“ erstreckt.

Die Individualnorm der Gesundheit in der Vier-Säfte-Lehre der Antike

Gemäß der traditionellen medizinischen Vier-Säfte-Lehre (*Humoralpathologie*) oblag es dem Arzt der griechischen Antike, gerade den Zwischen-Raum (*Neutralitas*) zwischen Krankheit (*Aegritudo*) und Gesundheit (*Sanitas*) durch die diätetische Regelung der Lebensführung (*Perfectio vitae*) zu erhalten. Die *Neutralitas* repräsentierte eben jenes „Niemandland“ (*ne-utrum*), das zwar keiner der beiden Extrem-Zustände *krank* und *gesund* zuzuordnen war, innerhalb dessen sich aber der normale Lebensalltag des Menschen in aller Regel abspielte.

Häufig lässt man medizinhistorische Darstellungen mit Hippokrates (460-377 v. Chr.) beginnen, dem berühmten, meist aber ungenau zitierten und fehlerhaft interpretierten „Ahnherrn“ der griechischen Heilkunde und der abendländischen Medizin.⁸ Hippokrates lebte in der zweiten Hälfte des 5. Jahrhunderts vor Christus, und er war ein sehr bekannter Arzt, der sogar in den Dialogen Platons (427-347 v. Chr.) als medizinische Autorität genannt wird. Doch vermutlich sind höchstens drei der rund siebzig Bücher der Schriftensammlung *Corpus Hippocraticum* von ihm selbst verfasst worden. Die übrigen Texte, darunter auch der *Hippokratische Eid*, stammen von Autoren aus dem Schülerkreis des Hippokrates. Es finden sich sogar Bücher darunter, die gar nicht von Ärzten, sondern von Philosophen oder Rednern geschrieben worden sind. Der größte Teil der hippokratischen Abhandlungen entstand zwischen etwa 430 und 350 vor Christus.⁹

Die Schriften spiegeln den Geist eines naturalistischen Denkens wider. Nach der Lehre des vorsokratischen Philosophen Empedokles von Agrigent (490-430 v. Chr.)

6 Vgl. Hare 1983, S. 241 sowie Bauer 2007.

7 Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. Unterzeichnet in New York am 22. Juli 1946. Stand 25. Juni 2009. [http://www.admin.ch/ch/d/sr/0_810_1/\(Seitenaufwurf am 9.10.2011\)](http://www.admin.ch/ch/d/sr/0_810_1/(Seitenaufwurf%20am%209.10.2011)).

8 Zum Folgenden siehe auch Bauer 1998, Bauer 2001b und Bauer 2005.

9 Vgl. das Nachwort von Hans Diller in Hippokrates 1962, S. 263-272.

bestand der gesamte Kosmos aus nur vier Elementen, nämlich aus *Luft, Feuer, Erde und Wasser*. Um die Wende vom 5. zum 4. Jahrhundert wurde diese physikalische Kosmologie in eine engere Korrespondenz zur Physiologie des Menschen gesetzt, als ein hippokratischer Autor in der Schrift über die *Natur des Menschen* erstmals behauptete, dass der menschliche Körper aus einer Mischung von vier den Elementen der Physik analogen Säften bestehe, und zwar aus *Blut, gelber Galle, schwarzer Galle und Schleim*.¹⁰ Das war die Geburtsstunde der *Vier-Säfte-Lehre*, die bis ins 17. Jahrhundert das wissenschaftliche Rückgrat der Medizin des Abendlandes bildete.

Die hippokratischen Ärzte machten die individuelle Säftekonstellation für Gesundheit und Krankheit des Menschen verantwortlich. Dabei kam es ihnen nicht auf eine statistisch normierte Säftemischung an, vielmehr schwankte diese Mischung um einen nur individuell bestimmbaren Wert, der unter anderem als geschlechts-, alters- und jahreszeitenabhängig galt. Man könnte sagen: Jeder Mensch hat seine persönliche, unverwechselbare Gesundheit. Krank wird er dann, wenn er von dieser, ihm gewohnten Lage abweicht. Die auf den ersten Blick kaum sichtbare bewertende Komponente der Vier-Säfte-Lehre und ihres Gesundheitsbegriffs besteht darin, dass als *krank* jede größere Abweichung von der individuell gewohnten körperlichen Verfassung angesehen werden soll. Als *gesund* soll dem gegenüber jener ausbalancierte Zustand gelten, der die biologische Kontinuität anzeigt. Gesundheit galt demnach in der antiken Medizin als etwas zu Bewahrendes, als ein „konservativer“ Wert.

Die professionelle Aufmerksamkeit des griechischen Arztes richtete sich auf die Wiederherstellung der gewöhnlichen biologischen Funktionen – oder aber auf die Erkenntnis einer schlechten Prognose. Die medizinische Theorie der Hippokratiker hatte eine Vorliebe für mechanische Wirkungszusammenhänge. Selbst die Epilepsie, ein Leiden mit psychischen Symptomen, wurde als Folge übermäßiger Schleimproduktion im Gehirn bei gleichzeitiger Verstopfung des Schleimabflusses interpretiert.¹¹ Die Sicht der hippokratischen Ärzte auf den Menschen stellte sich als ein sachlicher Blick von außen dar, wobei der Körper des Patienten als eine unerschöpfliche Quelle von Zeichen betrachtet wurde, deren Informationsgehalt es rasch und professionell zu entschlüsseln galt. Die subjektive Erlebniswelt ihrer Patienten hingegen blieb diesen Ärzten fremd, oder sagen wir vorsichtiger: Man findet in den überlieferten Texten nur wenig über Motive, Gefühle oder Lebensziele der Kranken.

Der Beginn der medizinischen Anthropologie im 16. Jahrhundert

Die gehäufte Verwendung des Substantivsuffixes *-logia* zur Benennung einer wissenschaftlichen Disziplin

ist eine sprachliche Innovation des abendländischen Humanismus im frühen 16. Jahrhundert. Termini wie *psychologia, philologia, theologia, astrologia* oder *ontologia* entstammen in ihrer heute geläufigen Bedeutung der Zeit nach 1500 und nicht etwa der griechischen Antike. Auch die beiden ersten Nachweise für den Begriff der *Anthropologie* als der *Lehre vom Menschen* fallen in den Beginn und das Ende des 16. Jahrhunderts. *Antropologium de hominis dignitate, natura et proprietatibus, de elementis, partibus et membris humani corporis. De iuvamentis nocu-mentis, accidentibus, vitiis, remediis, et physionomia ipsorum [...] De anima humana et ipsius appendiciis*, so lautet der ausführliche und zugleich programmatische Titel eines 1501 in Leipzig erschienenen Werkes des Philosophen, Arztes und Theologen Magnus Hundt (1449-1519). Der Mensch wird damit zum Objekt wissenschaftlicher Untersuchung gerade in jenen Eigentümlichkeiten, die ihn aus der übrigen Schöpfung heraus heben. Im Zentrum des Interesses steht zunächst die Anatomie des menschlichen Körpers, seine Zusammensetzung aus Elementen und Teilen. Heilmittel und Schadstoffe, Ausscheidungen und Absonderungen, also Physiologie und Pathologie, werden ebenso berücksichtigt wie die menschliche „Seele“.

Damit konzipierte Hundt einerseits ein sehr weit gespanntes Fachgebiet, das andererseits durch die prominente Stellung der gerade im Aufblühen befindlichen medizinischen Grundlagendisziplin *Anatomie* darin bereits ein für spätere Werke dieses Genres konstitutives Merkmal aufwies: Rezeption und Reflexion des (der) jeweils in expansiver Entwicklung befindlichen medizinischen Faches werden zu Grundpfeilern der medizinischen Anthropologien einer Epoche. Dabei versucht die *Anthropologie* stets, über jene Einzelwissenschaften hinaus Aussagen vom Menschen als einem Ganzen zu machen. Dieses Ziel wurde im Lauf der Geschichte jedoch umso schwerer erreichbar, je spezieller und detaillierter sich die jeweiligen Basisfächer (Anatomie, Physiologie, Immunologie, Hirnforschung, Psychologie, Psychoanalyse etc.) bereits inhaltlich ausdifferenziert hatten.

Am Ende des 16. Jahrhunderts, nämlich 1594, verfasste der Astronom, Physiker und Theologe Otho Casmann (1562-1607) eine *Psychologia anthropologica sive animae humanae doctrina*, die er zwei Jahre später fortsetzte als *Secunda pars anthropologiae: hoc est; fabrica humani corporis*. Casmann führte damit Psychologie und Anatomie als die beiden Säulen einer Anthropologie für das kommende 17. Jahrhundert ein. Der Autor betonte die zwilingsartige Doppelnatur des Menschen aus geistigem und körperlichem Prinzip: Durch das Eintauchen des göttlichen Geistes in den aus Erde geformten Körper sei der lebendige Mensch entstanden. Eine körperlose

¹⁰ Hippokrates 1962, S. 165-173.

¹¹ So dargestellt in der Abhandlung *Die Heilige Krankheit*, vgl. Hippokrates 1962, S. 131-149.

Seele oder ein seelenloser Körper verdient nicht den Namen *Mensch*.¹²

Der Wandel des Begriffsinhalts der medizinischen Anthropologie hat sich seit dem 16. Jahrhundert in aller Regel korrespondierend zur Entwicklung der jeweils expandierenden medizinischen Fächer vollzogen. Dabei reagierte die Anthropologie prinzipiell in dreierlei sehr unterschiedlicher Weise auf den wissenschaftlichen Fortschritt:

1. Die medizinische Anthropologie nahm das von den Naturwissenschaften entwickelte Gedankengut auf und verstärkte seine Wirksamkeit durch Bestätigung. Diese Vorgehensweise entspräche dem *affirmativen Typus* medizinischer Anthropologien.
2. Die medizinische Anthropologie verwarf das von den Naturwissenschaften entwickelte Gedankengut, indem sie ein konträres Modell des Menschen entwarf. Diese Vorgehensweise entspräche dem *kompensatorischen Typus* medizinischer Anthropologien.
3. Die medizinische Anthropologie nahm das von den Naturwissenschaften entwickelte Gedankengut zwar auf, versuchte aber, dieses in einen umfassenderen Kontext einzubauen. Diese Vorgehensweise entspräche dem *integrativen Typus* medizinischer Anthropologien.¹³

Medizinische Anthropologie, Mechanismus und Vitalismus im 17. und 18. Jahrhundert

Die wissenschaftliche Krise der aus der Antike überlieferten Vier-Säfte-Lehre begann im Zeitalter des Barock. Das 17. Jahrhundert war eine Periode des Umbruchs in der Medizin und den Naturwissenschaften. Die Heilkunde fing an, sich aus dem dogmatisch erstarrten, traditionellen System wie aus einem nicht mehr passenden Korsett zu befreien. Dabei forderte die neue, mechanistische Denkweise von Ärzten, die den menschlichen Körper als eine physikalisch-chemische Maschine betrachteten, mehr und mehr Beachtung. Die von dem französischen Philosophen René Descartes (1596-1650) zur Zeit des Dreißigjährigen Krieges formulierte Trennung des Leibes in *Res extensa* (Körper) und *Res cogitans* (Seele) wirkte auch auf die Medizin ein, die ihr Interesse jetzt auf die Erforschung des nach physikalischen Gesetzen arbeitenden Körpers konzentrierte. Ein wichtiger Zwischenschritt auf diesem Weg war 1628 die Beschreibung des Blutkreislaufs durch den englischen Arzt William Harvey (1578-1657). Bereits 1626 hatte ein italienischer Forscher erstmals Fieber mit einem Thermometer gemessen, und in den 1660er Jahren stellte ein niederländischer Arzt eine chemische Theorie der Verdauung auf.¹⁴

Der Faszination durch das neue dualistische Weltbild konnten sich auch die Verfasser medizinischer Anthropologien nicht entziehen. Deutlich trat dabei aber eine

Reduktion der Inhalte auf Anatomie und (Iatro-)physik zutage. Wegen ihres affirmativen Charakters verstärkten diese Werke den materialistischen Ansatz der Naturwissenschaften im Sinne einer positiven Rückkopplung. 1732 identifizierte das Zedlersche Universal-Lexikon die Anthropologie sogar mit der „Anthropometrie“, also der quantifizierenden Vermessung des Menschen, und definierte sie als dasjenige Spezialgebiet der Physik, „in welchem die natürliche Beschaffenheit und der gesunde Zustand des Menschen, sonderlich was seine physicalischen und natürlichen Eigenschaften betrifft, abgehandelt und erkläret wird.“ Zwar gehöre eigentlich auch die „moralische Beschaffenheit“ des Menschen hierher, „weil aber hieraus ein ungeheurer Körper erwachsen würde, so hat man die moralische Betrachtung des Menschen in die Ethic und die Untersuchung des menschlichen Verstandes in die Logic lociret“.¹⁵

Das praktische Versagen der neuen physikalisch-chemischen Medizintheorie in der ärztlichen Therapie ließ sich jedoch nicht auf Dauer ignorieren. Gegen Ende des 17. Jahrhunderts entstand in Deutschland gleichzeitig eine von Pietisten initiierte Strömung gegen alles, was wie wissenschaftliche Autorität anmutete. Diese Bewegung, die an der 1695 gegründeten Universität Halle ihr Zentrum fand, richtete ihre Angriffe zugleich gegen die herrschende Theologie und Medizin, wobei der aus Ansbach stammende Georg Ernst Stahl (1659-1734) der führende Aktivist im Bereich der Heilkunde war. Sein Reformversuch der Medizin leitete sich von einem auf subjektive Erfahrung gegründeten Wahrheitsanspruch ab; diese Erfahrung war für Stahl die entscheidende Methode, um „wahre“ Erkenntnisse zu ermitteln.¹⁶

Es gibt historisch betrachtet nur sehr wenige konsequent durchdachte Systeme, in denen die menschliche Seele zur maßgeblichen Ursache von Gesundheit und Krankheit erhoben wurde. Georg Ernst Stahl hat sich diesem Wagnis vornehmlich in seinem 1708 in Halle publizierten Hauptwerk *Theoria medica vera* unterzogen. Der Körper war nach Stahls Auffassung kein bloßer Mechanismus, die Materie in ihrer Lebendigkeit vielmehr ein organisches Ganzes. Geist und Materie lebten in ihrer Vereinigung, und dies bedeute Wahrnehmung, Gefühl und Erkenntnis in der körperlichen und seelischen Einheit des Subjekts: „Alle vitalen, animalen und rationalen Vorgänge haben ihren Grund in der schönsten Harmonie und in ihrem unlöslichen Zusammenhang mit einer Kraft. Mit Recht schließt man, dass es die Seele ist, die alle diese Bewegungen unmittelbar bewirkt, seien sie geordnet oder ungeordnet, vitaler oder anima-

12 Casmann 1594, S. 1-2. Vgl. auch Bauer 1984, S. 36-37.

13 Vgl. Bauer 1984, S. 38.

14 Vgl. dazu Bauer 1985, S. 440-441.

15 Zedler 1732, Sp. 522.

16 Vgl. zum Folgenden insbesondere Bauer 1991 und Bauer 2000.

ler Art, ob sie zur Erhaltung des Körpers beitragen oder zu seiner Zerstörung“.¹⁷

Der Körper werde von der Seele (*Anima*) dirigiert und geleitet. Eine besondere Rolle komme dabei dem Blutkreislauf als Bindeglied zu. Laut Stahl trat das Blut direkt aus dem arteriellen in den venösen Schenkel des Kreislaufs über, indem es hypothetische Poren im Gewebe passierte. Die Größe dieser Poren werde durch einen geheimnisvollen Spannungszustand reguliert, den er als *Motus tonicus vitalis* bezeichnete. Ihn bestimme die Seele je nach der gerade herrschenden Notwendigkeit. Alle leiblichen Vorgänge würden von der Seele gesteuert, die den Körper bis ins letzte Detail kenne und beherrsche. Der Arzt brauche daher keine anatomischen oder physiologischen Details zu studieren, sondern könne sich mit der reinen Erfahrung begnügen.

Stahl ging von der Selbstheilungsfähigkeit des Körpers aus. Der Arzt solle mit der nötigen Vorsicht als Mitarbeiter der Natur die Heilwege von Hindernissen befreien. Dramatische Eingriffe in den natürlichen Heilungsprozess waren also nicht zu erwarten. Vielmehr vertrat er eine schonende und abwartende Behandlungsweise. Eine wichtige Rolle spielten dabei hygienische Maßnahmen, aber auch Aderlass und Schröpfen wurden empfohlen, um Blutüberschuss oder Verunreinigungen der Körpersäfte beseitigen zu können. Diese Anknüpfung an die hippokratischen Schriften verband sich mit Stahls Pietismus zu einer eigentümlichen Mischung: In der pietistischen Vertiefung, in der Erlangung der besonderen Gnade Gottes erwerbe der Arzt den richtigen, sicheren, intuitiven Blick und könne nicht mehr irren. Deswegen bezeichne die *Theoria medica vera* die Vollenendung der Heilkunst, denn es bleibe dem Arzt nur noch, die Theorie zu interpretieren und anzuwenden.¹⁸

Die Rolle der Lebenskraft in der Homöopathie während des frühen 19. Jahrhunderts

Georg Ernst Stahl, der heute als ein Vorläufer der psychosomatischen Medizin angesehen wird, vertrat zwar das Programm einer Minderheit unter den Ärzten seiner Zeit, doch geriet seine Lehre nicht in Vergessenheit. Noch im Jahre 1810 dachte der Schöpfer der Lehre von der *Homöopathie*, der Arzt Samuel Hahnemann (1755-1843), in den Kategorien Stahls, als er die auch für sein Heilverfahren zentrale *Lebenskraft* postulierte: In seinem *Organon der Heilkunst* schrieb er: „Im gesunden Zustand des Menschen waltet die geistartige, [...] den materiellen Organismus belebende Lebenskraft unumschränkt. In bewundernswürdig harmonischem Lebensgang hält sie alle seine Teile, seine Gefühle und Tätigkeiten aufrecht, so dass der in uns wohnende vernünftige Geist sich dieses lebendigen und gesunden Werkzeugs frei zum höheren Zwecke unseres Daseins bedienen kann. [...] Der materielle Organismus – ohne Lebenskraft gedacht – ist keiner Empfindung, keiner

Tätigkeit und keiner Selbsterhaltung fähig; er ist tot und, wenn er bloß der physischen Außenwelt unterworfen ist, fault er und wird wieder in seine chemischen Bestandteile aufgelöst. Nur das immaterielle, den materiellen Organismus im gesunden und kranken Zustand belebende Lebensprinzip, die Lebenskraft, verleiht ihm alle seine Empfindung und bewirkt seine Lebensverrichtungen“.¹⁹

Was machte nun gerade die Homöopathie schon nach kurzer Zeit trotz heftigster Kritik von Seiten der Hochschulmediziner für ein großes Publikum attraktiv? Hahnemann hatte 1796 einen Aufsatz mit dem Titel *Versuch über ein neues Princip zur Auffindung der Heilkräfte der Arzneisubstanzen, nebst einigen Blicken auf die bisherigen* publiziert. Aus seinem bis heute umstrittenen Selbstversuch²⁰ mit Chinarinde, den er bereits 1790 unternommen hatte, zog Hahnemann in dieser Abhandlung sehr weit reichende spekulative Schlüsse: „Jedes wirksame Arzneimittel erregt im menschlichen Körper eine Art von eigener Krankheit. Man [...] wende in der zu heilenden (vorzüglich chronischen Krankheit) dasjenige Arzneimittel an, welches eine andere, möglichst ähnliche künstliche Krankheit zu erregen imstande ist und jene wird geheilet werden; *Similia similibus*“.²¹

In seinem 1810 erschienenen Hauptwerk *Organon der Heilkunst* führte Hahnemann diesen Gedanken, den er jetzt bereits als „Naturheilgesetz“ bezeichnete, noch präziser aus, wobei er sich auf die angeblich „reine Erfahrung“ als Beweismittel berief: „Nun lehrt aber das einzige und untrügliche Orakel der Heilkunst, die reine Erfahrung, in allen sorgfältigen Versuchen, dass wirklich diejenige Arznei, welche in ihrer Einwirkung auf gesunde menschliche Körper die meisten Symptome in Aehnlichkeit erzeugen zu können bewiesen hat, welche an dem zu heilenden Krankheitsfalle zu finden sind, in gehörig potenzierten und verkleinerten Gaben auch die Gesamtheit der Symptome dieses Krankheitszustandes, das ist [...], die ganze gegenwärtige Krankheit schnell, gründlich und dauerhaft aufhebe und in Gesundheit verwandle, und dass alle Arzneien die ihnen an ähnlichen Symptomen möglichst nahe kommenden Krankheiten, ohne Ausnahme heilen und keine derselben ungeheilt lassen“.²²

Hahnemanns Heilsystem hat bis in die Gegenwart trotz seiner mangelhaften wissenschaftlichen Plausibilität und seiner nicht bewiesenen Wirksamkeit die Herzen zahlloser Patientinnen und Patienten erobert und damit die Sehnsucht vieler Menschen nach einfachen Erklärungen für komplexe Zusammenhänge deutlich

17 Georg Ernst Stahl: *De passionibus animi*. Halle 1695. Deutsche Übersetzung bei Gottlieb 1961, S.23-37, hier S. 25.

18 Vgl. Bauer 1991, S. 198-199.

19 Hahnemann 1978, S. 38 (§§ 9-10). Siehe auch Bauer 1997a.

20 Vgl. Bayr 1989.

21 Vgl. Hahnemann 1921, S. XLII und Lambert/Brittan 1991, S. 91-142

22 Vgl. Hahnemann 1978, S. 43-44 (§ 25).

werden lassen. Dies bleibt ein beachtenswerter Punkt auch für alle modernen Theorien über Gesundheit und Krankheit: Wesentlich für die Akzeptanz eines wissenschaftlichen Konzepts ist immer auch die Frage, ob es den Wünschen und den durch die Medien vermittelten Vorlieben des Publikums entgegenkommt, oder ob es dem Zeitgeist zuwider läuft und dann kaum Chancen auf Popularität hat.

Medizin als angewandte Physik nach 1850: Der Mensch als Maschine

Um das Jahr 1850 kam es zu einem erneuten und diesmal nachhaltigen Umbruch in der medizinischen Wissenschaft: Spekulationen über die Existenz der Lebenskraft waren jetzt nicht mehr gefragt. Die neuen Leitwissenschaften der Medizin wurden Physiologie und Pathologische Anatomie, zwei Fächer, deren Protagonisten sich dem physikalischen Denken verpflichtet sahen. So schrieb 1848 der Berliner Physiologe Emil Du Bois-Reymond (1818-1896):

„[Es] erscheint die Lehre von der Lebenskraft [...] als ein solches Gewebe der willkürlichsten Behauptungen, sie häuft auf ein Phantasiegebilde solche Summe unmöglicher Attribute und undenkbarer Tätigkeiten, dass es schwer hält, sie ernst zu nehmen, und in ihrer offenkundigen Abgeschmacktheit nicht einfach mit dem verdienten Spotte zu begegnen. [...] Vor unserem Denken, das vor keiner Folgerung zurückscheut, löst sich das Weltganze daher auf in bewegte Materie, deren Wesen zu begreifen wir nicht für möglich halten. Nicht die *Ursachen* der Bewegungen, ihre *Gesetze* zu erkennen, erscheint uns als wahre Aufgabe unseres Strebens. Nun kann das Wort *Kraft* für uns keine andere Bedeutung haben, als die, in welcher es der analytischen Mechanik gute Dienste geleistet hat. Die Kraft ist uns das *Maß*, nicht die *Ursache* der Bewegung. Mathematisch ausgedrückt, sie ist die zweite Ableitung des Weges des in veränderlicher Bewegung begriffenen Körperlichen nach der Zeit“.²³

Damals begann die bis heute andauernde Ära des materialistischen Reduktionismus, durch den die Medizin zu einer angewandten Naturwissenschaft wurde. Das Leben ist nach dieser Theorie ausschließlich den Gesetzen der Physik unterworfen. Natürliche Prozesse verlaufen gemäß dieser Vorstellung nach dem Prinzip von Ursache und Wirkung in einer regelhaften Weise, die mit Hilfe von Naturgesetzen mathematisch beschrieben wird. Alle Vorgänge müssen im Experiment überprüft werden können.²⁴ Der später weltberühmte Berliner Pathologe Rudolf Virchow (1821-1902) schrieb 1849: „Die naturwissenschaftliche Frage ist die logische Hypothese, welche von einem bekannten Gesetz durch Analogie und Induction weiterschreitet; die Antwort darauf giebt das Experiment, welches in der Frage [...] vorgeschrieben liegt“.²⁵

Die naturwissenschaftliche Methode war und ist dort besonders erfolgreich, wo es solche physiologischen oder pathologischen Prozesse aufzudecken gilt, denen physikalische oder chemische Gesetzmäßigkeiten zu Grunde liegen. Sobald jedoch prinzipiell nicht wiederholbare, singuläre Vorgänge ins Spiel kommen, tauchen erhebliche Schwierigkeiten bei der wissenschaftlichen Analyse auf, die sich mithilfe allgemeiner Naturgesetze praktisch nicht lösen lassen. Solche historischen, insbesondere biographischen Ereignisketten aber gibt es im menschlichen Leben in großer Zahl.

Psychoanalyse und Psychosomatik als anthropologische Disziplinen

Die Krise der naturwissenschaftlichen Medizin wurde um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert mehr und mehr empfunden und kam in wissenschaftlichen Abhandlungen zum Ausdruck. So diskutierte man damals die Frage nach der korrekten Gewichtung von *Kausalität* und *Konditionalität*, also von *Ursachen* und *Bedingungen*.²⁶ Überwiegend blieben diese Debatten jedoch innerhalb des von der mechanistischen Theorie vorgegebenen Rahmens. So kam noch 1898 der damalige Leiter der Medizinischen Poliklinik in Jena, Ludolf Krehl (1861-1937), zu dem Schluss, die Beurteilung des Krankheitszustandes habe sich an den Methoden und Grundsätzen der Biologie zu orientieren, „und diese sind ja [...] keine anderen als die der exacten Naturwissenschaft; auf deren Boden müssen wir fest stehen“.²⁷ Doch bereits 1906 gab Krehl, mittlerweile Direktor der Medizinischen Klinik in Straßburg, zu bedenken: „Die pathologischen Symptome äussern sich am kranken Menschen als Individuum und durch die Art seiner Persönlichkeit außerordentlich verschieden“.²⁸

Was hier nur angedeutet wurde, beschrieb ein Wiener Arzt um dieselbe Zeit sehr präzise. Auch er hatte seine Laufbahn im letzten Viertel des 19. Jahrhunderts in der naturwissenschaftlichen Hochschulmedizin begonnen, nämlich in der Nervenheilkunde. Und auch als Sigmund Freud (1856-1939) schon längst durch die Ausarbeitung der Psychoanalyse bekannt geworden war, konnte er nicht verleugnen, dass er nach wie vor in den soliden Bahnen des mechanistischen Menschenbildes zu denken vermochte, das er als Student in sich aufgenommen hatte. In einer Vorlesung warnte Freud 1915 die Medizinstudenten gleichwohl vor einer Unterschätzung psychologischer Aspekte in der Arzt-Patient-Beziehung, wie sie die traditionelle Ausbildung mit sich brachte:

23 Du Bois-Reymond 1912, S. 11 und S. 15.

24 Vgl. Bauer 1997b, S. 302-303.

25 Virchow 1849, S. 7.

26 Vgl. v. Engelhardt 1985.

27 Krehl 1898, S. III.

28 Krehl 1906, S. VI.

„Sie sind darin geschult worden, die Funktionen des Organismus und ihre Störungen anatomisch zu begründen, chemisch und physikalisch zu erklären und biologisch zu erfassen, aber kein Anteil Ihres Interesses ist auf das psychische Leben gelenkt worden, in dem doch die Leistung dieses wunderbar komplizierten Organismus gipfelt. Darum ist Ihnen eine psychologische Denkweise fremd geblieben, und Sie haben sich daran gewöhnt, eine solche misstrauisch zu betrachten, ihr den Charakter der Wissenschaftlichkeit abzusprechen und sie den Laien, Dichtern, Naturphilosophen und Mystikern zu überlassen. Diese Einschränkung ist gewiss ein Schaden für Ihre ärztliche Tätigkeit, denn der Kranke wird Ihnen, wie es bei allen menschlichen Beziehungen die Regel ist, zunächst seine seelische Fassade entgegenbringen, und ich fürchte, Sie werden zur Strafe genötigt sein, einen Anteil des therapeutischen Einflusses, den Sie anstreben, den von Ihnen so verachteten Laienärzten, Naturheilkünstlern und Mystikern zu überlassen“.²⁹

Mehr als ein halbes Jahrhundert später, nämlich 1966, beschrieb der Psychosomatiker, Psychoanalytiker und Sozialpsychologe Alexander Mitscherlich (1908-1982) das Dilemma von biologischer und psychologischer Ursachenforschung so: „Geforscht wird unter [der] naturwissenschaftlichen Prämisse quantitativ, das heißt, es wird gemessen. Erlebt werden aber von uns Qualitäten. Es ist deutlich, dass hier zwei Phänomene vorliegen, die man gar nicht auseinander hervorgehen lassen kann; wir können nur die Voraussetzungen, die Konditionen zu ermitteln versuchen, unter denen das eine Moment dem anderen die fortschreitende Verwirklichung gestattet. [...] Im Alltag bleibt Seelisches von Leiblichem getrennt“.³⁰

Der Mensch als neuronales Netzwerk als optimierbares Objekt von prädiktiver Medizin und „Enhancement“

In jüngster Zeit wurde nicht zuletzt durch die Arbeiten des deutschen Physiologen Johann Caspar Rüegg (* 1930) deutlich, dass das Gehirn mit seinen neuronalen Netzwerken die Gesundheit des übrigen Körpers beeinflusst, so die Immunabwehr, aber auch die Funktionen von Herz, Kreislauf, Atmung und Verdauung. Auslöser psychosomatischer Erkrankungen sind biographische Traumata, durch welche die Verbindungsstärken innerhalb der neuronalen Netzwerke langfristig verändert werden. Damit liegt ein Modell für die Speicherung von Erfahrungsinhalten und für die Bereitschaft vor, entsprechend diesen Erfahrungen zu reagieren. Bewusstsein und Intentionalität gelten aus dieser Perspektive als verbindende Eigenschaften zwischen Biologie und Kultur.³¹

Durch Beobachten, durch Messen und Zählen, durch graphische Aufzeichnungen und durch visualisierbare

Befunde und schließlich durch eine ganze Palette von statistisch ermittelten Normwerten sind Gesundheit und Krankheit heute dem Anschein nach quantitativ nachprüfbar geworden. Gesundheit und Krankheit scheinen nicht mehr durch wertbezogene Hintergrundkonzepte definiert zu werden, sondern durch objektive Fakten: Wer einen Blutdruck von 170/90 mm Hg hat, gilt als nicht gesund, wer einen Nüchternblutzucker von mehr als 126 mg/dl aufweist, hat Diabetes mellitus, und wessen Serumcholesterinwert 290 mg/dl beträgt, der bekommt vielleicht schon bald einen Schlaganfall. Gesundheit und Krankheit wurden damit der Bestimmung durch den einzelnen Betroffenen entzogen und gerieten in die alleinige Verfügbarkeit medizinischer Experten, die je nach den erhobenen Befunden ein subjekt-unabhängiges Urteil über *gesund* und *krank* fällen.

Diese Veränderung der Diagnostik bzw. der Zuschreibung von Diagnosen hat eine wichtige Konsequenz nach sich gezogen: Mithilfe der technischen Analyseverfahren der Laboratoriumsmedizin und neuerdings auch der Humangenetik ist es nicht mehr nur möglich, Gesundheit und Krankheit quantitativ gegen einander abzugrenzen, sondern man kann sogar Menschen, die subjektiv *und* physiologisch vollkommen unbeeinträchtigt leben, auf eine neuartige Weise als krankheitsgefährdet und damit als zumindest nicht mehr ganz gesund markieren. Was in den 1960er Jahren scheinbar harmlos mit dem internistischen Konzept der *Risikofaktoren* wie Blutdruck-, Blutzucker-, Cholesterin- oder Harnsäurewerten begann, heißt heute *genetische Krankheitsdisposition* oder gar – populär, aber falsch – *Krankheits-Gen*. Der Versuch, Gesundheit und Krankheit an der linearen Abfolge der DNA fest zu machen, hat einen neuen Zweig der ärztlichen Prognostik hervor gebracht, der in den kommenden Jahren vermutlich weiter boomen dürfte: die *prädiktive Medizin*, die unser zukünftiges Krankheitsschicksal in Form eines individuellen statistischen Risikoprofils angibt.

Die Medizin der Zukunft wird sich nicht mehr nur mit denjenigen Menschen beschäftigen, die als Patienten – also als Leidende – zum Arzt kommen, sondern auch mit jenen potenziell Kranken, deren Genom eine oder mehrere Krankheits-Anlagen enthält. Mit anderen Worten: Im Sinne der prädiktiven Medizin dürfte es keinen Bürger mehr geben, der noch als *gesund* wird gelten können. Jeder Untersuchte wird zu einem potenziellen Patienten, der womöglich seinerseits nach maximaler präventiver Therapie verlangen wird. Dabei bemächtigt sich die prädiktive Medizin aber nicht nur der Erwachsenen und der Kinder, und sie liefert nicht nur Informationen über solche Menschen, die freiwillig zum Arzt gehen. Vielmehr können genetische Variationen oder

29 Freud 1982, S. 45.

30 Mitscherlich 1966, S. 63-64.

31 Vgl. dazu Rüegg/Rudolf 1998 und Rüegg 2011.

Defekte auch schon bei Embryonen und Feten entdeckt werden, was nicht selten deren vorzeitigen Tod zur Folge hat: In Form der seit den 1970er Jahren praktizierten Pränataldiagnostik (PND) und neuerdings in Gestalt der seit 2011 auch in Deutschland unter bestimmten Bedingungen erlaubten Präimplantationsdiagnostik (PID) hat sich eine Art genetischer „Qualitätskontrolle“ etabliert, die zu einer eugenischen „Selektion von unten“ führen könnte, das heißt zu einer Bekämpfung von Krankheit durch die medizinisch assistierte Tötung von ungeborenen Kranken, Behinderten, potenziell Kranken oder potenziell Behinderten.³²

Der Gesundheitsbegriff innerhalb eines Medizinsystems, in dem Patienten zu anspruchsvollen Kunden, Ärzte zu eifrigen Dienstleistern und Krankenhäuser zu Profit-Centern werden, ändert sich auf nachhaltige Weise. Nicht mehr die individuellen Normen der hippokratischen Ärzte und ihrer Patienten sind heute für die Vorstellung einer „perfekten“ Gesundheit maßgebend, sondern die Erreichung eines optimierten Zustandes, der „besser“ sein soll als der jeweils vorgefundene biologische Status. *Enhancement* heißt hier das Schlagwort, das medizinische Interventionen charakterisiert, die jenseits des klassischen Therapiespektrums angesiedelt sind. Dazu gehören chirurgische Eingriffe zur Verwirklichung kultureller oder individueller Schönheitsideale, pharmakologische Manipulationen zur Herstellung größerer Leistungsfähigkeit oder höherer Anpassung in Schule und Beruf, und vielleicht eben eines Tages gentechnische Interventionen zur Erzeugung bestimmter psychischer oder körperlicher Merkmale, die den Betroffenen näher an ein kulturell vermitteltes Idealbild heranführen.

Auch am Lebensende zeigt sich ein neues, Furcht erregendes Bild vom Menschen, das unter dem Stichwort *Humanität* geradezu deren Gegenteil zu fördern scheint. Nicht nur in Deutschland beobachten wir eine Tendenz, der zufolge das Selbstbestimmungsrecht von Patientinnen und Patienten in medizinethischen Debatten mit immer größerer Ausschließlichkeit gerade beim Sterben in den Vordergrund rückt. Wenn die immer wieder eingeforderte Autonomie des Patienten zunehmend an die Stelle der Würde des Menschen zu treten scheint und schließlich zum alleinigen Maßstab ärztlichen Handelns wird, dann hat dies nichts mehr mit einem „partnerschaftlich“ verstandenen Heilauftrag des Arztes zu tun, sondern vielmehr mit der leichtfertigen Preisgabe der zentralen Fürsorgepflicht für das Leben kranker Menschen.³³ Man gewinnt den Eindruck, dass *Selbstbestimmung* in der Medizin zu identifizieren sei mit einem moralischen Recht auf den selbst bestimmten Todeszeitpunkt. Eine solche Verkürzung der Selbstbestimmung auf Therapieabbruch, ärztliche Suizidassistenz oder gar eine legalisierte Tötung auf Verlangen käme jedoch einer Pervertierung dieses Begriffs gleich.

Bei aller Kritik an derartigen Entwicklungen muss uns jedoch klar sein, dass der Gesundheitsbegriff seiner Natur nach normativ ist, weshalb er im Lauf der Geschichte auf veränderte Wertvorstellungen flexibel reagierte und seine jeweiligen konkreten Bedeutungen wandelte. Gesundheit ist tatsächlich keine starre biologische, sondern eine im historischen Kontext sich verändernde soziale Kategorie, die auf gesellschaftliche Einflüsse sehr empfindlich reagiert.

Was ist der Mensch? Aporien der medizinischen Anthropologie

Die biowissenschaftlich fundierte Medizin der Gegenwart ist nicht gesundheitsorientiert, sondern sie agiert krankheitsbezogen, wobei die zunehmenden Möglichkeiten der Erkennung genetischer Krankheitsdispositionen dazu führen, dass sich immer mehr Menschen ängstigen und ärztlichen Beistand suchen, obwohl sie (noch) gar nicht von Symptomen betroffen sind. Gleichzeitig wandelt sich die Medizin von einer karitativen sozialen Institution zu einer profitorientierten Wachstumsbranche, die Konsum fördernd und angeblich am Kunden, in Wirklichkeit am Profit orientiert arbeitet. Gesundheitliches *Enhancement* einschließlich chirurgischer Psychotherapie (etwa im Falle der operativen Behandlung von Transsexualität) soll die Berufs-, Liebes- und Lebenschancen der Menschen verbessern. Körperdesign ist ein Teil der Alltagskultur geworden. Und wo die Kunst der biologischen Körperverjüngung endgültig versagt, da ist möglichst rasches, als „autonom“ deklariertes Sterben erwünscht.

„Gesundheit ist ein hohes Gut, aber sie ist keine Ware – Ärzte sind keine Anbieter, Patienten keine Kunden. Die medizinische Versorgung darf nicht auf eine Dienstleistung reduziert werden“. Mit diesen eindringlichen Worten mahnte am 18. Mai 2004 der am Ende seiner Amtszeit stehende damalige Bundespräsident Johannes Rau (1931-2006) in der Eröffnungsrede zum 107. Deutschen Ärztetag in Bremen.³⁴ Gegenwärtig sieht es allerdings nicht so aus, als ob dem gesundheitspolitischen Vermächtnis des ehemaligen Staatsoberhauptes Gehör geschenkt würde. Im Rahmen einer Wirtschaftsordnung, die den „freien Markt“ kritiklos favorisiert, ist es logisch konsequent, dass auch die normativen Konzepte von Gesundheit und Krankheit dem Kräftespiel von Angebot und Nachfrage angepasst werden. Die medizinische Anthropologie hat sich auf das Bild vom *Homo oeconomicus* reduziert.

³² Vgl. dazu Bauer 2002.

³³ Vgl. Geitner 2011.

³⁴ Rede von Bundespräsident Johannes Rau beim 107. Deutschen Ärztetag am 18. Mai 2004 in Bremen. http://www.bundespraesident.de/SharedDocs/Reden/DE/Johannes-Rau/Reden/2004/05/20040518_Rede.html (Seitenaufwurf am 9.10.2011).

Literaturverzeichnis

- Bauer, Axel:* Bemerkungen zur Verwendung des Terminus „Anthropologie“ in der Medizin der Neuzeit (16.-19. Jahrhundert). In: Seidler, Eduard (Hrsg.): Medizinische Anthropologie. Beiträge für eine Theoretische Pathologie. Veröffentlichungen aus der Forschungsstelle für Theoretische Pathologie der Heidelberger Akademie der Wissenschaften. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo 1984, S. 32-55.
- Bauer, Axel:* Georg Franck von Franckenau. Repräsentant einer empirischen Heilkunde im Zeitalter des Barock. In: Semper Apertus. Sechshundert Jahre Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg 1386-1986. Festschrift in sechs Bänden, 1. Mittelalter und frühe Neuzeit (1386-1803). Hrsg. von Wilhelm Doerr. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo 1985, S. 440-462.
- Bauer, Axel:* Georg Ernst Stahl. In: Engelhardt, Dietrich v. und Hartmann, Fritz (Hrsg.): Klassiker der Medizin, 1: Von Hippokrates bis Hufeland. München 1991, S.190-201 und S. 393-395.
- Bauer, Axel W.:* 200 Jahre Homöopathie und die Axiome des systematischen Erkenntnisgewinns in Medizin und Pharmazie. B.I.F. Futura 12 (1997a), Nr. 2, S. 98-108.
- Bauer, Axel W.:* Axiome des systematischen Erkenntnisgewinns in der Medizin. Der Internist 38 (1997b), S. 299-306.
- Bauer, Axel W.:* Körperbild und Leibverständnis. Die Sicht vom kranken und gesunden Menschen in der Geschichte der Medizin - dargestellt an ausgewählten Beispielen. In: Evangelische Akademie Iserlohn (Hrsg.): Tagungsprotokoll 82-1997: „Kalte Embryonen“ und „Warme Leichen“. Körperverständnis und Leiblichkeit. Christliche Anthropologie und das Menschenbild der Medizin. Tagung der Evangelischen Akademie Iserlohn vom 29. bis 31. August 1997. Iserlohn 1998, S.21-38.
- Bauer, Axel W.:* Der Körper als Marionette? Georg Ernst Stahl und das Wagnis einer psychosomatischen Medizin. In: Engelhardt, Dietrich von und Gierer, Alfred (Hrsg.): Georg Ernst Stahl (1659-1734) in wissenschaftstheoretischer Sicht. Leopoldina-Meeting am 29. und 30. Oktober 1998 in Halle (S.). Acta historica Leopoldina Nr. 30. Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina, Halle (Saale) 2000, S. 81-95.
- Bauer, Axel W.:* Ethische und gesellschaftliche Aspekte: „Die Grenzen des Erlaubten“. In: „Was kann, was darf der Mensch?“ Symposium zu aktuellen Fragen der Bioethik am 16. Oktober 2001. Protokoll. Landtag Rheinland-Pfalz, 14. Wahlperiode. Mainz 2001a, S. 40-43.
- Bauer, Axel W.:* Gesunder Leib und kranker Körper. Das sich wandelnde Bild vom Menschen in der Geschichte der Medizin und sein Beitrag zur Philosophie der Biowissenschaften. In: Maio, Giovanni und Roelcke, Volker (Hrsg.): Medizin und Kultur. Ärztliches Denken und Handeln im Dialog zwischen Natur- und Geisteswissenschaften. Festschrift für Dietrich von Engelhardt. Stuttgart, New York 2001b, S. 77-95.
- Bauer, Axel W.:* Der Mensch als Produkt der Gene und die Unantastbarkeit seiner Würde. Deutsche Richterzeitung 80 (2002), Heft 5, S. 163-169.
- Bauer, Axel W.:* Das Leben in Gesundheit und Krankheit – Aufgaben und Rätsel für die Medizin. In: Was wissen wir vom Leben? Eine Annäherung aus unterschiedlichen Perspektiven. Evangelische Akademie der Pfalz in Zusammenarbeit mit der Katholischen Akademie Speyer, 26./27. November 2004 in Speyer [= Speyerer Protokolle]. Evangelische Akademie der Pfalz, Speyer 2005, S. 1-12.
- Bauer, Axel W.:* Brute Facts oder Institutional Facts? Kritische Bemerkungen zum wissenschaftstheoretischen Diskurs um den allgemeinen Krankheitsbegriff. Erwägen – Wissen – Ethik 18 (2007), Heft 1, S. 93-95.
- Bauer, Axel W.:* Gesundheit als normatives Konzept in medizintheoretischer und medizinhistorischer Perspektive. In: Bendarra, Ilona und Weeren, Marc (Hrsg.): Gesundheit – Gesundheit? Eine Orientierungshilfe. Würzburg 2009, S. 31-57.
- Bayr, Georg:* Hahnemanns Selbstversuch mit der Chinarinde im Jahre 1790. Die Konzipierung der Homöopathie. Heidelberg 1989.
- Casmann, Otho:* Psychologia anthropologica sive animae humanae doctrina. Hanoviae 1594. Secunda pars anthropologiae: hoch est; fabrica humanae corporis. Hanoviae 1596.
- Diels, Hermann und Kranz, Walther (Hrsg.):* Die Fragmente der Vorsokratiker, 2. 10. Auflage, Berlin 1960.
- Du Bois-Reymond, Estelle (Hrsg.):* Reden von Emil Du Bois-Reymond in zwei Bänden, 1. 2. Auflage, Leipzig 1912.
- Engelhardt, Dietrich v.:* Kausalität und Konditionalität in der modernen Medizin. In: Schipperges, Heinrich (Hrsg.): Pathogenese. Grundzüge und Perspektiven einer Theoretischen Pathologie, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo 1985, S. 32-58.
- Freud, Sigmund:* Erste Vorlesung (Einleitung). In: Freud, Sigmund: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Frankfurt am Main 1982, S. 41-49.
- Geitner, Regina:* Grundvertrauen in die Entscheidung des Hausarztes. Deutsches Ärzteblatt 108 (2011), S. A520-A522.
- Gottlieb, Bernward Josef (Hrsg.):* Georg Ernst Stahl: Über den mannigfaltigen Einfluß von Gemütsbewegungen auf den menschlichen Körper (Halle 1695) / Über die Bedeutung des synergischen Prinzips für die Heilkunde (Halle 1695) / Über den Unterschied zwischen Organismus und Mechanismus (Halle 1714) / Überlegungen zum ärztlichen Hausbesuch (Halle 1703). (= Sudhoffs Klassiker der Medizin, Band 36.) Leipzig 1961.
- Hahnemann, Samuel:* Organon der Heilkunst. Nach der handschriftlichen Neubearbeitung Hahnemanns für die 6. Auflage herausgegeben und mit Vorwort versehen von Richard Haehl. Leipzig 1921.
- Hahnemann, Samuel:* Organon der Heilkunst. Nach der handschriftlichen Neubearbeitung Hahnemanns für die 6. Auflage neu herausgegeben und stilistisch völlig überarbeitet von Apotheker Kurt Hochstetter. Ausgabe 6B. 2. Auflage, Heidelberg 1978.
- Hare, Richard M.:* Die Sprache der Moral. Übersetzt von Petra von Morstein. Frankfurt am Main 1983.
- Hillebrand, Joseph:* Die Anthropologie als Wissenschaft – Band 1: Allgemeine Naturlehre des Menschen. Mainz 1822. – Band 2: Besondere Naturlehre des Menschen. Mainz 1823. – Band 3: Pragmatische Anthropologie. Mainz 1823.
- Hippokrates:* Schriften. Die Anfänge der abendländischen Medizin. Übersetzt und mit Einführungen, einem Essay zum Verständnis der Schriften und einer Bibliographie herausgegeben von Hans Diller. Reinbek bei Hamburg 1962.
- Hundt, Magnus:* Antropologium de hominis dignitate, natura et proprietatibus. Liptzick 1501.
- Krehl, Ludolf:* Pathologische Physiologie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. 2. Auflage, Leipzig 1898.
- Krehl, Ludolf:* Pathologische Physiologie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. 4. Auflage, Leipzig 1906.
- Lambert, Karel und Brittan jr., Gordon G.:* Eine Einführung in die Wissenschaftsphilosophie. Aus dem Amerikanischen übersetzt von Joachim Schulte. Berlin, New York 1991.
- Mitscherlich, Alexander:* Die psychosomatische und die konventionelle Medizin. In: Mitscherlich, Alexander: Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin, 1. Frankfurt am Main 1966, S. 53-73.
- Pschyrembel:* Klinisches Wörterbuch. 257. Auflage, Berlin, New York 1994.
- Rüegg, Johann Casper und Rudolf, Gerd:* Neuronale Plastizität und Psychosomatik (1) und (2). In: Haux, Reinhold; Bauer, Axel W.; Eich, Wolfgang; Herzog, Wolfgang; Rüegg, Johann Caspar; Windeler, Jürgen (Hrsg.): Wissenschaftlichkeit in der Medizin, 2: Physiologie und Psychosomatik. Versuche einer Annäherung. Frankfurt am Main 1998, S. 82-120 und S. 121-130.
- Rüegg, Johann Caspar:* Gehirn, Psyche und Körper. Neurobiologie von Psychosomatik und Psychotherapie. 5. Auflage, Stuttgart, New York 2011.
- Virchow, Rudolf:* Die naturwissenschaftliche Methode und die Standpunkte in der Therapie. Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin 2 (1849), S. 3-37.
- Zedler, Johann Heinrich:* Grosses vollständiges Universal-Lexikon, Band 2. Halle, Leipzig 1732.

Brandenburgisches OLG: Beweisanforderungen bei mangelhafter Beratung bzw. Aufklärung vor und während einer Schwangerschaft

BGB §§ 280, 249, 251, 253; ZPO § 286 Abs. 1

Leitsätze der Redaktion:

1. Bei der genetischen Beratung oder der therapeutischen Aufklärung im Vorfeld einer Schwangerschaft genügt es für den Nachweis der haftungsbegründenden Kausalität zwischen dem behaupteten Aufklärungsmangel und einer Unterhaltsverpflichtung nicht, wenn der Patient darlegt, dass er im Falle beratungsrichtigen Verhaltens in einen Entscheidungskonflikt geraten wäre. Für die Folgen des behaupteten Beratungs- bzw. Aufklärungsfehlers, ist allein der Patient beweibelastet, der meint, bei gebotener Aufklärung hätte er sich gegen eine Schwangerschaft entschieden.

2. Eine Vermutung aufklärungsrichtigen Verhaltens im Sinne einer Abtreibung besteht nicht, auch wenn den Eltern mitgeteilt wird, dass ihr Kind behindert zur Welt kommen wird. Es handelt sich um eine individuelle und höchstpersönliche Entscheidung, für die der Vollbeweis geführt werden muss.

Urteil vom 19.12.2011, Az. 12 U 152/11 (1. Inst.: LG Neuruppin, Az. 3 O 387/07)

Zum Sachverhalt:

Der am ...11.2001 geborene Kläger zu 3. verlangt von der Beklagten, einer Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, die im Vorfeld seiner Zeugung sowie während der Schwangerschaft seine Mutter, die Klägerin zu 1., beraten und behandelt hat, Schmerzensgeld, weil er - beruhend auf Pflichtverletzungen der Beklagten - mit einer schweren Behinderung zur Welt gekommen ist (Autismus gem. ICD-10 F84.0 und einer Entwicklungsstörung seiner motorischen Fähigkeiten nach Maßgabe von ICD-10 F82). Seine Eltern - neben der Klägerin zu 1. der Kläger zu 2. - verlangen gegenüber der Beklagten die Feststellung, dass sie ihnen zum Ersatz sämtlicher materieller und immaterieller Schäden verpflichtet sei, und Zahlung des Barunterhaltes, den sie dem Kläger zu 3. schulden. Sie machen geltend, dass sie die Schwangerschaft vermieden oder abgebrochen hätten, wenn sie über die - von ihnen behauptete - Gefahr einer Behinderung des Klägers zu 3. angesichts des Vitamin-B12-Mangels der Klägerin zu 1. von der Beklagten aufgeklärt worden wären. Sie werfen der Beklagten vor, eine erneute Schwangerschaft als unbedenklich dargestellt zu haben, statt zunächst zu empfehlen, die Ursachen für den Grund der Fehlgeburt, die die Klägerin zu 1. im vierten Schwangerschaftsmonat im Dezember 2000 erlitten hatte, und den Grund ihres Vitamin-B12-Mangels klären zu lassen. Außerdem sind sie der Meinung, dass die Beklagte den Vitamin B12-Spiegel

nicht hinreichend kontrolliert und die Mangelsubstitution fehlerhaft intravenös statt intramuskulär durch ihre Arzthelferin vorgenommen habe.

Die Parteien streiten darum, ob es sich bei der am 23.03.2001 auf die sechste Woche festgestellten Schwangerschaft der Klägerin zu 1. mit dem Kläger zu 3. um eine Risikoschwangerschaft gehandelt habe, die von der Beklagten nicht angemessen überwacht worden sei.

Das Landgericht hat die Klage abgewiesen. Zur Begründung wird ausgeführt, dass die Behandlung seitens der Beklagten seit Dezember 2000 bis zur Geburt des Klägers zu 3. fachmedizinischem Standard entsprochen habe. Ein behandlungsbedürftiger Vitamin-B12-Mangel habe bei der Klägerin zu 1. während der Schwangerschaft mit dem Kläger zu 3. nicht vorgelegen. Die entsprechenden gutachterlichen Ausführungen seien überzeugend, da nach Oktober 2000 das Depot, in dem das Vitamin B12 im Körper gespeichert werde, gefüllt gewesen sei, wie sich aus der Blutuntersuchung vom 04.01.2001 ergeben habe. Selbst wenn kein Vitamin B12 nachgespritzt worden sei, sei während der Dauer einer Schwangerschaft genug Vitamin B12 vorhanden gewesen, da im Falle einer, wie auch vorliegend erfolgten, Behandlung stets eine leichte Überdosis verabreicht werde. Die während der Schwangerschaft durchgeführten Laboruntersuchungen am 04.09.2001 und 11.10.2001 hätten lediglich eine geringgradige Anämie gezeigt, während der MCV-Wert, das mittlere Zellvolumen als Größenmaß der roten Blutkörperchen, im Normbereich gelegen habe. Nur höhere MCV-Werte seien kontrollbedürftig und hätten eine weitere Behandlung geboten. Die Frage einer Notwendigkeit der Einstufung der Schwangerschaft als Risikoschwangerschaft und die Frage nach der ordnungsgemäßen Verabreichung der Vitamin-B12-Spritzen stelle sich damit nicht mehr.

Die von den Klägern eingelegte Berufung, mit der die Kläger ein angemessenes Schmerzensgeld für den Kläger zu 3., den Ersatz des Unterhaltsschadens für die Kläger zu 1. und 2. sowie die Feststellung verlangten, dass die Beklagte verpflichtet sei, den Klägern zu 1. und 2. alle materiellen und immateriellen Schäden, die ihnen aufgrund der Behinderung ihres Sohnes noch entstehen werden, zu ersetzen, blieb ohne Erfolg. Die Revision wurde nicht zugelassen.

Aus den Gründen:

II. Die Berufung ist zulässig, insbesondere form- und fristgerecht eingelegt und begründet worden. ... Die Kläger stützen ihr Rechtsmittel im Wesentlichen darauf, dass die nach § 529 Abs. 1 Nr. 1 ZPO zugrunde zu legenden Tatsachen eine andere Entscheidung rechtfertigen würden und dass das Landgericht bestimmte Gesichtspunkte (z.B. der fehlenden Aufklärung über die Folgen eines Vitamin-B12-Mangels bei einer werdenden Mutter) fehlerhaft unberücksichtigt gelassen habe. Darauf kann das Urteil auch beruhen.

In der Sache ist die Berufung indes unbegründet. Eine Verletzung des Behandlungsvertrages durch die Beklagte ist nicht festzustellen. Dem Kläger zu 3. fehlt es darüber hinaus an einem ersatzfähigen Schaden.

1. Ansprüche der Kläger zu 1. und zu 2. ergeben sich nicht aus der Verletzung eines mit der Beklagten geschlossenen Beratungsvertrages. Ein solcher sog. „genetischer Beratungsvertrag“ liegt vor, wenn der Behandlungsvertrag mit dem Arzt darauf gerichtet ist, über Missbildungsrisiken des Kindes im Falle einer erneuten Schwangerschaft aufzuklären. Obwohl die Kläger zu 1. und zu 2. vortragen, dass sie die Geburt eines behinderten Kindes auf jeden Fall vermeiden wollten, liegt ein solcher „genetischer Beratungsvertrag“ nicht vor. Die Klägerin zu 1. sei - so die Beklagte unbestritten - nach ihrer Fehlgeburt tieftraurig bei der Beklagten in der Praxis erschienen. Bei dieser Gelegenheit habe die Beklagte sie in ihrem Wunsch, möglichst schnell wieder schwanger zu werden, unterstützt. Aus ihrer Sicht sei der einzige Grund für die Klägerin zu 1., nicht wieder schwanger zu werden, der Vitamin-B12-Mangel gewesen; dieser sei aber durch den Hausarzt Dr. F bereits therapiert worden. Die Kläger zu 1. und zu 2. sind mithin nicht mit der gezielten Fragestellung an die Beklagte heran getreten, das Risiko einer erneuten Schwangerschaft zu beurteilen. Sie meinen lediglich, dass die Beklagte aufgrund der Anamnese der Klägerin zu 1. nicht zu einer erneuten Schwangerschaft hätte raten dürfen, ohne zuvor den Grund der Vitamin-B12-Mangelkrankung und des Aborts zu klären.

2. Ein Behandlungsfehler in Form eines therapeutischen Aufklärungsmangels liegt ebenfalls nicht vor. Die therapeutische Aufklärung dient der Sicherstellung des erzielten Behandlungserfolges oder der erforderlichen Nach-/Weiterbehandlung und ist Bestandteil der Behandlungspflicht des Arztes (OLG Karlsruhe, Urteil vom 25.10.2006 zu Az.: 7 U 183/05, zitiert nach juris). Ihre Mangelhaftigkeit stellt daher einen Behandlungsfehler dar. Sie kann sich schon bei einem statistisch gesehen recht geringen Risiko ergeben (BGH, Urteil vom 28.03.1989 zu Az.: VI ZR 157/88, zitiert nach juris). Im vom BGH entschiedenen Fall bestand ein Risiko des Kindstodes im Falle einer erneuten Schwangerschaft von 0,32 bis 1 %. Dies wurde für ausreichend erachtet, um es nicht als vernachlässigbar anzusehen, sondern den Arzt in die Pflicht zu nehmen, auf die entsprechend mit einer neuen Schwangerschaft verbundenen Risiken hinzuweisen. Zur Begründung wird ausgeführt, dass keine therapeutischen oder anderen Gründe erkennbar seien, die ein Vorenthalten dieser Information rechtfertigen würden. Im Bereich der Risikoauflklärung im Zusammenhang mit einem Eingriff oder einer Behandlung ist weniger die Komplikations- oder Schadenshäufigkeit von Bedeutung, sondern die Bedeutung für den Patienten hinsichtlich seines weiteren Lebens, wenn sich das Risiko verwirklichen

sollte (Geiß/Greiner, Arzthaftungsrecht, 6. Auflage, C II, RdNr. 49). Demnach hätte eine Aufklärungspflicht bestanden, wenn die Anamnese der Klägerin zu 1., wie sie behauptet, tatsächlich ein gesteigertes Risiko von Fehlbildungen eines weiteren Kindes - was ohne Zweifel Bedeutung für das weitere Leben der ganzen Familie hat - hervorgerufen haben sollte.

Bei der Klägerin lag indes kein solcherart gesteigertes Risiko vor. Der gerichtlich bestellte Sachverständige, der Chefarzt der Klinik für Geburtsmedizin Prof. V, gibt hierzu an, dass „im Prinzip“ keine „evidenz-basierten schwerwiegenden Risiken“ bestanden haben, die gegen eine Schwangerschaft sprachen. Es handelte sich bei der perniziösen Anämie (anders, als bei der Kugelzellanämie) auch nicht um eine genetische Erkrankung, sondern um die Folge einer Vitamin-B12-Mangelversorgung. Diese sei aber behoben worden. Aufgrund der intramuskulären Gabe des Vitamins sei das Depot, in dem es sich im Körper anreichere, wieder gefüllt gewesen, was sich anhand der Blutuntersuchung am 04.01.2001 gezeigt habe. Für die Dauer der Schwangerschaft sei dann, auch wenn die Substitution nicht fortgeführt worden sein sollte, genügend Vitamin-B12 vorhanden gewesen. Deswegen kommt es nicht darauf an, ob und inwieweit ein akuter B12-Mangel der Mutter negative Auswirkungen auf das Kind haben kann. Ein solcher Mangel lag nicht mehr vor, sondern war für die Dauer der Schwangerschaft ausgeglichen worden.

Am 04.01.2001, also gut einen Monat vor der Empfängnis, waren die Blutwerte der Klägerin zu 1., welche die Beklagte erhoben hat, im Normbereich. Insbesondere der Hb-Wert lag mit 14,2 g/dl deutlich positiv über dem Grenzwert. Der Sachverständige geht deshalb davon aus, dass danach ein Vitamin-B12-Mangel während der Schwangerschaft nicht vorgelegen haben könne. Dies ist auch plausibel, weil die Klägerin zu 1., wie sie selbst vorträgt, nach ihrem Zusammenbruch im Oktober 2000 mit Vitamin-B12-Spritzen „in zeitlich nahen Abständen intramuskulär aufgebaut“ worden ist. Auch wenn die Ursache für den Vitamin-B12-Mangel im Nachgang nicht festgestellt wurde, so bleibt doch entscheidend, ob während der Schwangerschaft noch eine Mangelversorgung vorlag. Der Sachverständige unterstellt, dass die Vitamin-B12-Substitution während der Schwangerschaft unterbrochen worden sei, da sich eine fortlaufende Gabe anhand der Behandlungsunterlagen nicht feststellen lasse. Es habe aber keine therapiepflichtige Anämie während der Schwangerschaft vorgelegen. Die später während der Schwangerschaft gemessenen Hb-Werte hätten am 04.09.2001 bei 10,9 g/dl und am 11.10.2001 bei wiederum 10,9 g/dl gelegen. Dies sei nur geringgradig unter dem Grenzwert von 11 g/dl und nicht behandlungsbedürftig. Dafür spreche auch, dass sowohl der MCV-Wert (das mittlere Zellvolumen als Größenmaß der roten Blutkörperchen) und der MCH-Wert (das mittlere Zellhämoglobin) am 11.10.2001 im

Normbereich gelegen hätten. Diese Werte seien deshalb aussagekräftig, da bei einem Vitamin-B12-Mangel der Körper nicht in der Lage sei, schnell viele rote Blutkörperchen zu bilden. Er reagiere darauf, indem er weniger Zellen mit jeweils größeren Volumina bilde, so dass der MCV, das mittlere Zellvolumen, sich erhöhe.

Rügen der Kläger, dass keine direkte Messung des Vitamin-B12-Spiegels im Blut stattgefunden habe, greifen demgegenüber nicht durch. Neben der, wie aufgezeigt, überzeugenden Begründung des Sachverständigen, kommt hinzu, dass auch am 17.07.2001 die im Zuge einer Feindiagnostik erhobenen Hb-Werte in Ordnung waren. Aus diesen Gründen ist der Senat davon überzeugt, dass die Klägerin zu 1. ausweislich der Blutuntersuchung am 04.01.2001 über ein ausreichend großes Vitamin-B12-Depot verfügt hat, das mindestens für die Dauer der Schwangerschaft ausgereicht hat. Dies rühre, so der Sachverständige weiter, daher, dass bei der Vitamin-B12-Substitution stets mehr, als aktuell benötigt, gespritzt werde. Es kann somit dahin stehen, ob der Klägerin zu 1. jedenfalls einmal - vielleicht auch mehrfach, wie die Kläger behaupten - die Vitamin-B12-Substitution in der Praxis der Beklagten nicht intramuskulär, sondern intravenös verabreicht worden ist. Die intravenöse Gabe sei auch nicht schädlich, so der Sachverständige, sondern führe allenfalls dazu, dass es nicht zu einer weiteren Depotanreicherung komme.

Anhaltspunkte dafür, dass es Gründe für die Fehlgeburt gab, die einer erneuten Schwangerschaft entgegenstanden, liegen nicht vor. Der Beklagten war die (Zwillings-)Fehlgeburt der Klägerin zu 1. im Dezember 2000 bekannt und sie hat deswegen eine Nachuntersuchung vorgenommen. Die Beklagte wusste auch, dass der Klägerin zu 1. wegen einer Kugelzellanämie im 11. Lebensjahr die Milz entfernt worden ist. Ebenso waren der Beklagten das Alter der Klägerin zu 1. von 37 Jahren, ihr Mehrfachgebären sowie die erste Entbindung per Kaiserschnitt bekannt. All dies waren aber keine besonderen Risiken, die zu einer Hinweispflicht führten. Es gab keine konkreten Risikofaktoren, die speziell bei der Klägerin zu 1. - über allgemeine und auch der Klägerin zu 1. bekannte Risiken hinaus - vorlagen und eine Aufklärung schon im Vorfeld der Schwangerschaft erforderlich gemacht hätten. Es stellt daher keinen Behandlungs- bzw. Aufklärungsfehler dar, dass die Beklagte den Hinweis, die Klägerin zu 1. könne ohne Bedenken wieder schwanger werden, maßgeblich im Wissen, dass der bekannte Vitamin-B12-Mangel vom Hausarzt ausreichend behandelt werde, erteilt hat.

3. Es liegt auch kein Behandlungsfehler in Form eines Befunderhebungsfehlers vor. Soweit die Kläger geltend machen, dass die der Beklagten bekannten Umstände die Pflicht ausgelöst hätten, solange von einer Schwangerschaft abzuraten, bis die Gründe für die Vitamin-B12-Mangelerkrankung und die für den Abort im Dezember 2000 geklärt waren, stellt die unterbliebene

Abklärung selbst keine Pflichtverletzung dar, da sie aus o.g. Gründen medizinisch nicht geboten war.

4. Anhand des außerprozessual eingeholten pädiatrischen bzw. neuropädiatrischen Gutachtens von Prof. S vom 19.09.2005, auf das die Kläger mit der Berufung Bezug nehmen, ergibt sich nichts anderes. Dort wird ausgeführt, dass die vom Vitamin-B12-Mangel ausgelöste perniziöse Anämie ihre Ursache zwar nicht in der Mehrzahl, aber doch in einigen Fällen auch in einer Stoffwechselerkrankung haben könne, die ihrerseits Auswirkungen auf die psychoneurologische Entwicklung des Feten haben könne. Da gleichzeitig die Behinderung des Klägers zu 3. mangels eines neurologischen Durchgangssyndroms nicht auf eine Geburtsasphyxie (Sauerstoffmangel während der Geburt) zurückzuführen sei, liege ein Sauerstoffmangel des Feten deutlich vor der Geburt zwischen der 28 und 34 Schwangerschaftswoche nahe, der eine - wie beim Kläger zu 3. festzustellende - Schädigung der weißen Hirnsubstanz hinterlassen haben könne. Ein Sauerstoffmangel während der Schwangerschaft ließ sich aber, wie oben ausgeführt, nicht feststellen. Deshalb kann auch anhand der Ausführungen des Prof. S nicht darauf geschlossen werden, dass vor Beginn der Schwangerschaft bei der Klägerin zu 1. eine Disposition vorlag, die - mit Ausnahme des Vitamin-B12-Mangels, der aber suffizient behandelt worden ist - das Risiko bei einer erneuten Schwangerschaft gerade bei der Klägerin zu 1. in einer Weise erhöht hat, die eine Aufklärung der Klägerin zu 1. erfordert hätte.

Ebenso verhält es sich mit dem Einwand, die von der Beklagten empfohlene Einnahme von Folsäure habe den Vitamin-B12-Mangel bei der Klägerin verdeckt (sog. Folsäurefalle). Entscheidend ist, dass sowohl Folsäure als auch Vitamin B12 im Körper dazu dienen, eine hinreichende Hämoglobinbildung zu gewährleisten. Die Untersuchungen der Klägerin zu 1. haben aber gezeigt, dass eine Sauerstoffunterversorgung durch zu wenig Hämoglobin nicht festzustellen war. Es gab - so der Sachverständige überzeugend - auch keine Anhaltspunkte dafür, dass der Sauerstoff von den Organen der Klägerin zu 1. nicht aufgenommen worden wäre. Auch vor diesem Hintergrund lassen sich keine Rückschlüsse auf eine Risiko erhöhende Disposition bei der Klägerin zu 1. ziehen. Teilen die Kläger schließlich unwidersprochen mit, dass eine genetische Untersuchung des Klägers zu 3. am 05.10.2004 zum Ausschluss einer genetischen Ursache seiner Behinderung geführt habe, so zeigt sich ebenfalls, dass von einem bei der Klägerin zu 1. schon vor Beginn der Schwangerschaft spezifisch vorliegenden Risiko der Behinderung des Kindes nicht ausgegangen werden kann. Insgesamt muss festgehalten werden, dass die Ursache für die Behinderung des Klägers zu 3. nicht bekannt ist.

5. Ein Behandlungsfehler während der Schwangerschaftsbegleitung liegt ebenfalls nicht vor. Die Beweisaufnahme hat ergeben, dass die schwangerschaftsbegleiten-

den Untersuchungen vorgenommen worden sind und die Schwangerschaft der Klägerin zu 1. entsprechend der damaligen Mutterschafts-Richtlinien sorgfältig betreut worden ist. Der Sachverständige hat an der Betreuung der Schwangerschaft durch die Beklagte, insbesondere hinsichtlich der durchgeführten Untersuchungen und einschließlich der genetischen Beratung im Mai 2001, keine durchgreifende Kritik geübt. Die zytogenetische Diagnostik blieb unauffällig, ebenso hat die Befundung der Serum- und Fruchtwasserkonzentration auf Alfa-Fetoprotein keinen Anhalt für ein erhöhtes Risiko für offene Neuralrohr- oder Bauchwanddefekte ergeben. Die bei der Klägerin zu 1. vor und während der Schwangerschaft erhobenen Befunde, insbesondere die Blutwerte, gaben, wie oben bereits dargestellt, keine Veranlassung, noch weitere oder häufigere Untersuchungen vorzunehmen. War nach der Entbindung bei der familiär bekannten erblichen hämolytischen Anämie eine Vitamin-K-Prophylaxe indiziert gewesen, um frühkindliche Gehirnblutungen und daraus folgende Hirnschädigungen zu vermeiden, so konnte der Sachverständige festhalten, dass die unterbliebene Prophylaxe folgenlos geblieben ist.

Dem Antrag der Kläger, die tatsächlichen Feststellungen mittels eines kinderneurologischen bzw. kinderpathologischen Gutachtens zu ergänzen, war nicht nachzugehen. ... [wird ausgeführt]

6. All dessen ungeachtet fehlt es für einen Anspruch der Kläger zu 1. und zu 2. auch an der haftungsbegründenden Kausalität zwischen dem behaupteten Aufklärungsmangel und der Unterhaltsverpflichtung gegenüber dem Kläger zu 3. Voraussetzung eines Ersatzanspruches der Kläger zu 1. und zu 2. ist der Nachweis, dass sie bei zutreffender Aufklärung den Kläger zu 3. nicht gezeugt hätten. Anders, als bei der gebotenen Aufklärung im Vorfeld eines medizinischen Eingriffs, die grundsätzlich der Arzt nachzuweisen hat, um die Rechtmäßigkeit seines Eingriffs zu belegen (Geiß/Greiner, aaO., C IV, RdNr. 131), genügt es bei der genetischen Beratung oder der therapeutischen Aufklärung im Vorfeld einer Schwangerschaft nicht, wenn der Patient darlegt, dass er im Falle beratungsrichtigen Verhaltens in einen Entscheidungskonflikt geraten wäre. Es geht nicht um die Frage der Rechtmäßigkeit der Behandlung durch Einwilligung, sondern um die Folgen des behaupteten Beratungs- bzw. Aufklärungsfehlers, für die allein der Patient, der meint, bei gebotener Aufklärung hätte er sich gegen eine Schwangerschaft entschieden, beweibelastet ist. Welche Anforderungen an diesen Vortrag zu stellen sind, hängt von den Umständen des Einzelfalles ab. Allein die Schilderung der dann verwendeten Verhütungsmittel ist hierzu nicht ausreichend. Die Kläger müssten vielmehr darlegen und ggf. unter Beweis stellen, warum sie sich allein deshalb gegen ein weiteres Kind entschieden hätten, weil „eine Anämie besonderer Beobachtung und Behandlung (bedürfe) und Auswirkungen auf das werdende Leben in Form einer irgendwie gearteten Be-

hinderung haben würde“ (so zuletzt ihr dahingehendes Vorbringen in der Berufungsbegründung). Diese Behauptung der Kläger zu 1. und zu 2. wird nicht - auch nicht im Rahmen der Erörterungen in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat - plausibel begründet, sondern durch ihren anderweitigen Vortrag in Frage gestellt. Die Kläger zu 1. und zu 2. hatten, was durch die Entnahme des Pessars Anfang des Jahres 2000 und die anschließende Schwangerschaft mit den Zwillingen gut dokumentiert wird, einen Kinderwunsch, der bei der Klägerin zu 1. durch die vorangegangene Fehlgeburt zudem - wie es die Beklagte nachvollziehbar schildert - emotional „aufgeladen“ war. In der Klageschrift vom 18.12.2007 sprechen die Kläger zu 1. und 2. sogar von einem „dringenden Kinderwunsch“. Vor diesem Hintergrund überzeugt auch die im Übrigen nicht feststehende Behauptung der Kläger, sie seien sich einig gewesen, einen Schwangerschaftsabbruch vorzunehmen, wenn die „Möglichkeit der Geburt eines behinderten Kindes nicht ausgeschlossen werden konnte“, nicht.

Soweit die Kläger zu 1. und zu 2. einen Behandlungs- bzw. Aufklärungsfehler während der Schwangerschaft geltend machen, sind sie ebenfalls beweisfällig dafür geblieben, dass behandlungsfehlerfreies bzw. aufklärungsrichtiges Verhalten dazu geführt hätte, dass sie den Kläger zu 3. hätten abtreiben lassen und hierfür auch eine Indikationslage vorgelegen hätte. Die Vermutung aufklärungsrichtigen Verhaltens besteht, auch wenn den Eltern mitgeteilt wird, dass ihr Kind behindert zur Welt kommen wird, nicht. Es handelt sich um eine individuelle und höchstpersönliche Entscheidung, für die der Vollbeweis geführt werden muss.

Ist schließlich theoretisch noch denkbar, dass behandlungsrichtiges Verhalten der Beklagten während der Schwangerschaft die Behinderung des Klägers zu 3. vermieden, nicht aber zu einer Abtreibung geführt hätte, so besteht für die Annahme eines solchen Kausalverlaufs aufgrund der getroffenen Feststellungen kein Anhaltspunkt.

7. Dem Kläger zu 3. steht kein Schadensersatz- oder Schmerzensgeldanspruch zur Seite. Auch das mit schweren Behinderungen geborene Kind kann einen Schadenersatzanspruch nicht darauf stützen, dass seine Abtreibung wegen einer fehlerhaften ärztlichen Beratung oder Behandlung unterblieben ist. Es fehlt an einer hypothetischen Vergleichslage. Dem Kläger zu 3. steht auch kein Schadens- bzw. Schmerzensgeldanspruch zur Seite, soweit auch er geltend macht, bei gehöriger Aufklärung seiner Eltern hätten diese von seiner Zeugung abgesehen. Die verfassungsrechtliche Schranke im Schadensrecht, keinesfalls das Kind selbst bei einem Vergleich zweier hypothetischer Zustände einzustellen, gilt nicht nur bei einem unterbliebenen Schwangerschaftsabbruch, sondern auch, wenn zwei Handlungsalternativen im Vorfeld der Schwangerschaft miteinander verglichen werden sollen (Geiß/Greiner aaO., B I, RdNr.

178). Schließlich lassen sich weder der Zustand unterbliebener Zeugung noch unterbliebener Abtreibung einerseits mit der Geburt des Klägers zu 3. andererseits schadensrechtlich miteinander vergleichen. Dies gilt erst recht, da der Kläger zu 3. Schmerzensgeld, also einen Ausgleich für einen immateriellen, damit letztlich einen an seine Persönlichkeit und sein menschliches Empfinden notwendig gekoppelten Anspruch, geltend macht; würde aber auch gelten, soweit er materielle Schadenersatzansprüche weiterverfolgen würde. Demgegenüber können die Eltern im Hinblick auf von ihnen geschuldete Unterhaltsleistungen gegenüber dem Kind einen Schadenersatzanspruch wegen des gesamten Unterhaltsbedarfs für das behinderte Kind geltend machen (Rüßmann in: jurisPK-BGB, 5. Aufl. 2010, § 251 BGB, RdNr. 43 f.). Damit wird nicht das Kind selbst als Schaden bewertet, sondern es wird nur dafür gesorgt, dass, soweit eine haftungsbegründende Pflichtverletzung vorliegt, die finanziellen Auswirkungen dieses schadenersatzpflichtigen Tuns oder Unterlassens nicht beim Betroffenen, sondern beim pflichtwidrig Handelnden zu spüren sind (vgl. BGH, Urteil vom 16.11.1993 zu Az.: VI ZR 105/92, zitiert nach juris, dort RdNr. 40).

8. Nach alledem kommt es auf die mit der Berufungserwiderung erhobene Verjährungseinrede nicht mehr an.
...

LSG Nordrhein-Westfalen: Zu Voraussetzungen und Glaubhaftmachung von Leistungsansprüchen im Zusammenhang mit einem möglichen Schwangerschaftsabbruch nach genetischer Diagnostik

SGB V §§ 24b, 27; StGB § 218a Abs. 2

Leitsätze der Redaktion:

1. Eine DNA-Untersuchung des Großvaters eines ungeborenen Kindes, die allein darauf abzielt, gegebenenfalls dessen Leben zu beenden, kann nicht als Krankenbehandlung des ungeborenen Kindes oder dessen Mutter qualifiziert werden.

2. Allein das (mögliche) Vorliegen einer Behinderung bei einem ungeborenen Kind reicht zur Glaubhaftmachung der Voraussetzungen eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs gem. § 218a Abs. 2 StGB, für den Leistungen gem. § 24b SGB V in Betracht kommen, nicht aus.

Landessozialgericht NRW, Beschluss v. 26.01.2012, Az. L 5 KR 720/11 ER

Aus den Gründen:

Der Antrag der Antragstellerin auf Erlass einer einstweiligen Anordnung des Inhalts, dass die Antragsgegnerin verpflichtet wird, ihr eine molekularbiologische

Sequenzierung der DNA-Struktur ihres Vaters L. C. (geboren 1950) zu gewähren, ist nicht begründet.

Nach § 86b Abs. 2 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) sind einstweilige Anordnungen zur Regelung eines vorläufigen Zustandes in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis zulässig, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint. Der Erlass einer einstweiligen Anordnung setzt das Bestehen eines Anordnungsanspruchs und eines Anordnungsgrundes voraus. Ein Anordnungsanspruch liegt vor, wenn der Antragsteller das Bestehen eines Rechtsverhältnisses glaubhaft macht, aus dem er eigene Ansprüche herleitet. Maßgeblich sind mithin grundsätzlich die Erfolgsaussichten in der Hauptsache (vgl. Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, Kommentar, 9. Aufl. 2008, § 86b Rdn. 27 ff.). Ein Anordnungsgrund ist nur dann gegeben, wenn der Antragsteller glaubhaft macht, dass ihm unter Berücksichtigung der widerstreitenden öffentlichen Belange ein Abwarten bis zur Entscheidung der Hauptsache nicht zuzumuten ist.

Diese Voraussetzungen sind hier nicht erfüllt. Die Antragstellerin hat weder einen Anordnungsanspruch noch einen Anordnungsgrund glaubhaft gemacht.

Ansprüche der Antragstellerin auf Krankenbehandlung nach den §§ 27 ff. Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) scheiden von vornherein aus. Gemäß § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Im vorliegenden Fall geht es aber nicht darum, eine Krankheit der Antragstellerin in diesem Sinne zu behandeln. Selbst wenn man davon ausginge, dass es vorliegend darum geht, eine Krankheit des ungeborenen Kindes der Antragstellerin (die wegen der wechselseitigen Abhängigkeit zwischen Mutter und Kind einer Erkrankung der Antragstellerin grundsätzlich gleichzustellen ist - vgl. Senatsurteil vom 10.03.2011, L 5 KR 177/10) zu erkennen, so kann dies hier dennoch nicht als Krankenbehandlung des ungeborenen Kindes beurteilt werden, weil die Erkennung des bei dem ungeborenen Kind möglicherweise vorliegenden Gendefekts - auf dem „Umweg“ über die DNA-Untersuchung des Großvaters - allein darauf abzielt, gegebenenfalls dessen Leben zu beenden. Es liegt auf der Hand, dass dies nicht als Krankenbehandlung des ungeborenen Kindes oder der Antragstellerin qualifiziert werden kann.

Soweit die Antragstellerin geltend macht, die molekularbiologische Sequenzierung der DNA-Struktur ihres Vaters diene letztlich dazu, die Voraussetzungen für die Vornahme einer Abtreibung zu klären, könnte - möglicherweise - ein Anspruch der Antragstellerin aus § 24b SGB V in Betracht kommen. Aus Abs. 2 dieser Vorschrift ergibt sich, dass im Falle eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs nach § 218a Abs. 2 Strafgesetzbuch (StGB) alle Leistungen zu gewähren sind,

die der Feststellung der Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch dienen (vergl. Schütze in: jurisPK § 24b SGB V Rdnr. 50). Dabei kann der Senat es offen lassen, ob die DNA-Sequenzierung eines Dritten auch dann zu den zu gewährenden Leistungen zählt, wenn sich diese Untersuchung als das einzige Mittel darstellt, um die Voraussetzungen für das Vorliegen einer Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch zu klären - was hier durchaus zweifelhaft sein könnte, weil es der Antragstellerin zuzumuten sein könnte, eine unmittelbare Untersuchung der DNA des Kindes vornehmen zu lassen. Ein derartiger Anspruch würde aber jedenfalls daran scheitern, dass die Antragstellerin das Vorliegen der Voraussetzungen der Vorschrift des § 218a Abs. 2 StGB (der hier allein in Betracht kommenden Indikation für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch) nicht glaubhaft gemacht hat. Entscheidend ist insoweit u.a. das Ausmaß der „Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren“; keinesfalls reicht hierfür allein das (mögliche) Vorliegen einer Behinderung bei dem ungeborenen Kind aus (vergl. Schütze aaO Rdnr. 43 mit weiteren Nachweisen). Hinsichtlich der anzunehmenden Belastung bei der Antragstellerin sind aber keinerlei Tatsachen glaubhaft gemacht worden; vielmehr scheint die Antragstellerin - irrig - davon auszugehen, dass allein die reale Gefahr des Vorhandenseins eines genetischen Defekts bei ihrem ungeborenen Kind in ihrer Person die Voraussetzungen des § 218a Absatz 2 StGB begründet.

Soweit die Antragstellerin meint, der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung sei verfassungskonform um die hier begehrte Leistung zu erweitern, es gebe ein „Recht auf ein gesundes Kind“, vermag der Senat dem nicht zu folgen. Die Antragstellerin verkennet, dass auch das Leben ihres ungeborenen Kindes unter dem Schutz der Verfassung steht; es ist nicht ersichtlich, dass es Grundrechte der Antragstellerin gebieten, ihr seitens der gesetzlichen Krankenversicherung die Leistungen zu gewähren, die es ermöglichen, zu klären, ob bei ihrem Kind gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen, allein mit dem Ziel, dessen Leben zu beenden. Schließlich fehlt es auch an einem Anordnungsgrund. Die Antragstellerin hat nicht dargelegt und erst recht nicht glaubhaft gemacht, aus welchen Gründen ihr eine Vorfinanzierung der streitgegenständlichen DNA-Untersuchung nicht möglich ist. Nach den von der Antragstellerin vorgelegten Unterlagen handelt es sich um Kosten in Höhe von rund 3.000,- Euro. Bei einer derartigen Höhe kann nicht ohne Weiteres davon ausgegangen sein, dass eine vorläufige Tragung seitens der Antragstellerin bis zur Beendigung des Hauptsacheverfahrens von vornherein ausgeschlossen ist.

Die Kostenentscheidung beruht auf einer entsprechenden Anwendung des § 193 SGG.

Der Beschluss ist unanfechtbar (§ 177 SGG).

SG Berlin: Behandlungsabbruch als Selbsttötung

SBG VII §§ 7 Abs 1, 101 Abs 1; BGB § 1901a

Leitsätze der Redaktion

1. Die Sterbehilfe durch einen von Angehörigen durchgeführten Behandlungsabbruch entspricht von ihrer Wertung her einer Selbsttötung als mittelbare Folge eines Arbeitsunfalls, wenn der Versicherungsnehmer selbst genauso gehandelt hätte.
2. Zur Annahme eines den Behandlungsabbruch rechtfertigenden mutmaßlichen Willens reicht es aus, dass nahe Angehörige vortragen, der Behandlungsabbruch habe dem mutmaßlichen Willen des Versicherten entsprochen.
3. Es entspricht nicht dem Sinn und Zweck der Vorschrift des § 101 Abs. 1 SGB VII Maßnahmen der Sterbehilfe durch einen Behandlungsabbruch, die ihren Grund in der Achtung des Selbstbestimmungsrechts des Moribunden haben und die unter dem Schutze der Rechtsordnung stehen, durch einen Leistungsausschluss zu sanktionieren.

Sozialgericht Berlin, Urt. v. 16.01.2012, Az. S 25 U 216/11

Zum Sachverhalt:

Streitig zwischen den Beteiligten ist ein Anspruch der Klägerin auf Hinterbliebenenrente und Sterbegeld.

Die Klägerin war Ehefrau des mittlerweile verstorbenen Versicherten S. Bei einem Arbeitsunfall vom 7. September 2006 erlitt der Versicherte schwerste Verletzungen. Als Folgen dieses Arbeitsunfalls stellte die Beklagte mit Bescheid vom 18. März 2008 fest: apallisches Syndrom (Wachkoma), Tetraplegie (komplette Lähmung aller Extremitäten), Dysphagie mit Tracheostomaversorgung und PEG-Versorgung sowie Harn- und Stuhlinkontinenz nach Verkehrsunfall mit schwerem Schädelhirntrauma mit Subduralblutung und Subarachnoidalblutung, multiplen Schädelfrakturen und multiplen traumatischen Hirnkontusionen, stumpfem Thoraxtrauma, Rippenserienfrakturen II-VI links, traumatischer Hämatothorax beiderseits und Milzkontusion.

Über einen Zeitraum von rund zwei Jahren hinweg wurde der Versicherte medizinisch, physio- und ergotherapeutisch sowie logopädisch behandelt, ohne dass wesentliche Fortschritte im Genesungsprozess zu verzeichnen gewesen wären. Insbesondere änderte sich nichts an seinem Wachkoma.

Die Klägerin und ihre drei Söhne entschlossen sich daher, dem vor dem Unfall mündlich geäußerten Willen des Versicherten entsprechend lebenserhaltende Maßnahmen zu beenden. Am 12. Juli 2010 durchtrennte die Klägerin daher die der Ernährung des Versicherten dienende Magensonde, so dass der Versicherte am 20. Juli 2010 verstarb.

Im Folgenden beantragte sie bei der Beklagten Hinterbliebenenrente und Sterbegeld. Diesen Antrag lehnte

die Beklagte mit Bescheid vom 26. August 2010 ab. Ein rechtlich wesentlicher Ursachenzusammenhang zwischen den mit Bescheid vom 18. März 2008 anerkannten Unfallfolgen und dem Tod des Ehemannes der Klägerin lasse sich nach dem Ergebnis der Ermittlungen nicht feststellen. Als Todesursache sei festgestellt worden: Marasmus infolge der Beendigung der Nahrungszufuhr (Einstellung der Versorgung durch die Magensonde). Die Beendigung der lebenserhaltenden Maßnahmen sei damit die allein wesentliche Bedingung für den Tod. Der Tod sei somit nicht Folge des Arbeitsunfalls, so dass Ansprüche auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung nicht bestünden.

Hiergegen legte die Klägerin mit am 28. September 2010 bei der Beklagten eingegangenem Schreiben Widerspruch ein, den sie wie folgt begründete: auch wenn als Todesursache Marasmus infolge der Beendigung der Nahrungszufuhr festgestellt worden sei, sei der Arbeitsunfall die Ursache im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinne für den Tod des Versicherten. Seit dem Unfalltag habe sich der Versicherte in einem für ihn nicht lebenswerten Zustand befunden. Ende Juni 2010 habe sie - die Klägerin - von einem Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 25. Juni 2010 zum Aktenzeichen 2 StR 454/09 gehört. In diesem Urteil sei klargestellt worden, dass der Abbruch einer lebenserhaltenden Behandlung auf der Grundlage des Patientenwillens unter gewissen Umständen nicht strafbar sei. Zwar habe eine Patientenverfügung des verstorbenen Versicherten nicht vorgelegen. Allerdings hätten sie - die Klägerin - und ihre drei Söhne gewusst, dass der Versicherte niemals nur durch lebenserhaltende Maßnahmen hätte weiterleben wollen. Es liege daher insbesondere kein verbotswidriges Verhalten vor, dass zu einem Entfallen des Leistungsanspruchs gemäß § 101 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) führen könnte.

Den Widerspruch der Klägerin wies die Beklagte durch Widerspruchsbescheid vom 23. Februar 2011 zurück. Weil der Tod des Ehemannes der Klägerin nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit wesentlich auf den Arbeits-Wegeunfall vom 7. September 2006 zurückzuführen sei, bestehe kein Anspruch auf die Zahlung einer Hinterbliebenenrente und auf Sterbegeld.

Am 1. April 2011 erhob die Klägerin über ihren Prozessbevollmächtigten Klage vor dem Sozialgericht Berlin. Der Tod des Versicherten L. S. sei infolge des Versicherungsfalles eingetreten. Dieser sei – unter einer wertenden Betrachtung – die wesentliche Bedingung für den Tod. Ohne das Anlegen der Sonde wäre Herr S. bereits im Oktober 2006 verstorben. Das Durchtrennen der Sonde habe dem ausdrücklichen Willen des Verstorbenen entsprochen und sei wertungsmäßig dem Fall einer Selbsttötung vergleichbar. Die Ursächlichkeit des Arbeits-Wegeunfalls für den – durch Selbsttötung eingetretenen – Tod des Versicherten sei auch dann zu bejahen, wenn deren Folgen die Entschließung zur

Selbsttötung wesentlich mitbedingt haben. Es liege auch kein verbotswidriges Handeln vor, dass den Leistungsanspruch gemäß § 101 SGB VII entfallen lassen würde. Ein gegen sie – die Klägerin – bei der Staatsanwaltschaft Neuruppin geführtes Ermittlungsverfahren sei gemäß § 170 Absatz 2 Strafprozessordnung (StPO) eingestellt worden.

Auf die Berufung der Klägerin hin wurde der Bescheid der Beklagten vom 26. August 2010 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 23. Februar 2011 aufgehoben und die Beklagte zur Zahlung von Hinterbliebenenrente sowie Sterbegeld verurteilt.

Aus den Gründen:

Die Klage ist zulässig und auch begründet.

Der Bescheid der Beklagten vom 26. August 2010 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 23. Februar 2011 ist rechtswidrig und verletzt die Klägerin in ihren Rechten.

Sie hat gegen die Beklagte einen Anspruch auf Zahlung von Hinterbliebenenrente sowie Sterbegeld wegen des Todes des am 20. Juli 2010 verstorbenen Versicherten L. S., ihres Ehemannes.

Eine Witwe hat Anspruch auf Sterbegeld und Hinterbliebenenrente, wenn der Tod des Versicherten infolge eines Versicherungsfalles (d.h. infolge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit, vgl. § 7 Absatz 1 SGB VII) eingetreten ist (§§ 63 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 3, Satz 2 SGB VII). Dies ist hier der Fall.

Für die Feststellung der Kausalität zwischen dem Versicherungsfalle und dem Tod ist auf die Theorie der wesentlichen Bedingung zurückzugreifen (vgl. BSG 11, 50, 52; 25, 49, 50).

Nach der im Sozialrecht geltenden Theorie der wesentlichen Bedingung genügt nicht jedes Glied in einer Ursachenkette, um die Verursachung zu bejahen, weil dies zu einem unendlichen Ursachenzusammenhang führen würde. Als kausal und im Sozialrecht erheblich werden vielmehr nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zu dem Gesundheitsschaden zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben. Dies bedeutet, dass nicht jeder Gesundheitsschaden, der durch ein Ereignis naturwissenschaftlich verursacht wird, im Sozialrecht als Folge eines Arbeitsunfalls anerkannt wird, sondern nur derjenige, der wesentlich durch das Ereignis verursacht wurde. Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besonderen Beziehungen der Ursache zum Eintritt des Gesundheitsschadens abgeleitet werden (so schon BSGE 1,72, 76; 1, 150; 13, 175). Für diese wertende Entscheidung über die Wesentlichkeit einer Ursache hat die Rechtsprechung folgende Grundsätze herausgearbeitet: Es kann mehrere rechtlich wesentliche Mitursachen geben. Sozialrechtlich ist allein relevant, ob das Unfallereignis wesentlich war. Ob eine konkurrierende Ursache

es war, ist unerheblich. „Wesentlich“ ist nicht gleichzusetzen mit „gleichwertig“ oder „annähernd gleichwertig“. Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die andere(n) Ursache(n) keine überragende Bedeutung hat (haben) (BSG SozR Nr. 69 zu § 542 aF RVO; BSG SozR Nr. 6 zu § 589 RVO). Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der je nach Fallgestaltung ggf. aus einem oder mehreren Schritten bestehende Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss. Es gibt im Bereich des Arbeitsunfalls keine Beweisregel, dass bei fehlender Alternativursache die versicherte naturwissenschaftliche Ursache automatisch auch eine wesentliche Ursache ist, weil dies bei komplexem Krankheitsgeschehen zu einer Beweislastumkehr führen würde (BSGE 19, 52 = SozR Nr. 62 zu § 542 aF RVO; BSG, Urteil vom 7. September 2004 - B 2 U 34/03 R -). Für die Feststellung dieses Ursachenzusammenhangs - der haftungsbegründenden und der haftungsausfüllenden Kausalität - genügt hinreichende Wahrscheinlichkeit (ständige Rechtsprechung BSGE 19, 52 = SozR Nr. 62 zu § 542 aF RVO; BSGE 32, 203, 209 = SozR Nr. 15 zu § 1263 aF RVO; BSGE 45, 285, 287 = SozR 2200 § 548 Nr. 38, BSGE 58, 80, 83 = SozR 2200 § 555a Nr. 1). Diese liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden; die reine Möglichkeit genügt nicht (BSG, Urteile vom 9. Mai 2006, Az. B 2 U 1/05 R und B 2 U 40/05 R, Juris, jeweils mit Hinweis auf BSG SozR Nr. 41 zu § 128 SGG; BSG SozR Nr. 20 zu § 542 aF RVO; BSGE 19, 52 = SozR Nr. 62 zu § 542 aF RVO; BSG SozR 3-1300 § 48 Nr. 67; Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage 2010, Kapitel 1.8.2, S 119 f.; Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 9. Auflage 2008, § 128 Rn. 3c).

Die versicherte Tätigkeit kann auch wesentliche Bedingung für eine Selbsttötung sein. Dies ist in der Rechtsprechung dann bejaht worden, wenn spezielle berufsbedingte Umstände bei dem Versicherten einen Schock, das heißt eine schlagartig auftretende schwere psychische Erschütterung bzw. eine reaktive Depression mit der Vorstellung bewirken, sich in einer ausweglosen Situation zu befinden (vgl. BSG 61, 113; SozR 2200 § 548 Nr. 7). Bejaht worden ist die Kausalität zwischen der versicherten Tätigkeit und dem Unfall (Selbsttötung) dementsprechend für den Selbstmord eines Betriebsratsvorsitzenden in den Räumen des Betriebsrates (vgl. LSG Hessen Breithaupt 1979, 862), für einen Selbstmord nach der versehentlichen Tötung eines Kollegen (vgl. LSG Bayern Breithaupt 1969, 475), für eine Selbsttötung nach einem Personalgespräch, beinhaltend die Entbindung von Leitungsfunktionen, Abmahnung und Kündigungsandrohung (LSG Bayern, Urteil vom 29. April 2008, Az. L 18 U 272/04; Juris) und für eine

Selbsttötung am Beginn einer stationären Behandlung wegen der Folgen einer Berufskrankheit (BSG 66, 156). Eine Selbsttötung als mittelbare Folge eines Arbeitsunfalls ist dann bejaht worden, wenn dieser zu einer Willensbeeinträchtigung geführt hat oder den Entschluss zum Selbstmord wesentlich mitbedingt hat (vgl. BSG 54, 184, 185: qualvolle, unerträglich gewordene Schmerzen; LSG Bayern Breithaupt 1991, 17: erhebliche Dauerschmerzen und die Befürchtung, die Arbeitsfähigkeit nicht wiederzuerlangen; LSG Hamburg Breithaupt 1955, 917: keine Aussicht auf Heilung der Unfallfolgen).

Kein Arbeitsunfall liegt dagegen vor, wenn eine krankhaft depressive Veranlagung von überragender Bedeutung für die Selbsttötung war (vgl. Bereiter-Hahn/Mehrtens § 8 Rn. 9.9; Benz, NZS 1999, 435).

Die Kammer hält den vorliegenden Fall, in dem die Angehörigen des Versicherten – dessen mutmaßlichen Willen folgend – die Magensonde durchtrennten und somit die Nahrungszufuhr einstellten, wertungsmäßig einem Fall der Selbsttötung vergleichbar:

Es besteht kein Zweifel daran, dass das Durchtrennen der Magensonde dem mutmaßlichen Willen des Versicherten entsprach. Die Klägerin und ihre drei Söhne haben dies so vorgetragen, ohne dass es Anhaltspunkte für die Annahme des Gegenteils gibt. Ansätze für weitere Ermittlungen gibt es in diesem Zusammenhang nicht. Es ist völlig nachvollziehbar, dass der intime Wille, im Falle eines Unfalls mit schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen ohne Heilungsaussichten lebensverlängernde Maßnahmen zu beenden, lediglich Gegenstand von Gesprächen innerhalb des engsten Familienkreises ist, dieser Wille bzw. diese Frage aber nicht zum Inhalt von Gesprächen mit Dritten wird, die hier ggf. als Zeugen hätten gehört werden können. In diesem Zusammenhang ist auch zu würdigen, dass das wegen des Todes des Versicherten Lutz S. unter dem Aktenzeichen .../10 gegen die Klägerin geführte Verfahren der Staatsanwaltschaft Neuruppin am 11. August 2010 mangels hinreichenden Tatverdachts gemäß § 170 Absatz 2 StPO eingestellt wurde. Gemäß der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs ist eine Sterbehilfe durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung (Behandlungsabbruch) nur dann gerechtfertigt, wenn dies dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Patientenwillen entspricht (§ 1901a Bürgerliches Gesetzbuch – BGB -) und dazu dient, einem ohne Behandlung zum Tode führenden Krankheitsprozess seinen Lauf zu lassen (BGH, Urteil vom 25. Juni 2010, Az. 2 StR 454/09, Juris). Auch vor diesem Hintergrund gibt es keine Veranlassung davon auszugehen – oder auch nur für möglich zu halten – das Durchtrennen der Sonde habe nicht dem mutmaßlichen Willen des Versicherten entsprochen.

Diese Sterbehilfe durch einen Behandlungsabbruch entspricht von ihrer Wertung her einer Selbsttötung.

Wäre die betroffene Person in der Lage, ihrem eigenen Willen entsprechend zu handeln, würde sie die lebensverlängernden Maßnahmen selbst einstellen. Dass die erforderliche Handlung von Dritten vorgenommen wird, liegt einzig in dem Umstand begründet, dass die betroffene Person körperlich nicht selbst dazu in der Lage ist. Diesem Umstand kommt keine Bedeutung zu, die es rechtfertigen würde, die Sterbehilfe durch Behandlungsabbruch anders zu werten als einen Fall der Selbsttötung.

Grund für den Behandlungsabbruch war der über viele Jahre hinweg ohne wesentliche Besserung bestehende Gesundheitszustand des Versicherten, der sich noch immer in einem Wachkoma befand und unter einer kompletten Lähmung aller Extremitäten litt. Dieser Zustand ging – was auch die Beklagte nicht in Abrede stellt – auf den Arbeitsunfall vom 7. September 2006 zurück. Die Folgen des streitgegenständlichen Unfalls haben bei dem Versicherten einen Krankheitszustand bewirkt, der über den Entschluss seiner Angehörigen, die Nahrungszufuhr mittels Magensonde einzustellen, seinen Tod in einem naturwissenschaftlichen Sinne ursächlich herbeigeführt hat. Der Unfall hat damit eine wesentliche Ursache im Rechtssinne für den Tod des Versicherten gesetzt.

Eine Unterbrechung des Kausalzusammenhangs hätte nur dann angenommen werden müssen, wenn ein schuldhaftes Verhalten dritter Personen oder des Verletzten selbst als ursächliches Moment dergestalt dazwischentritt, dass ihm gegenüber die durch den Unfall verursachte körperliche Schädigung höchstens als äußerer Anlass (Gelegenheitsursache) bewertet werden kann. Dies ist – wie oben dargelegt – nicht der Fall.

Ansprüchen der Klägerin steht schließlich auch nicht die Vorschrift des § 101 Absatz 1 SGB VII entgegen. Danach haben Personen, die den Tod von Versicherten vorsätzlich herbeigeführt haben, keinen Anspruch auf Leistungen. Die Klägerin mag vorliegend zwar mit Tatbestandsvorsatz gehandelt haben, als sie die Magensonde durchtrennte, angesichts ihrer – wie oben dargelegt – strafrechtlichen Rechtfertigung aber nicht mit Schuldvorsatz. Zudem entspricht es nicht dem Sinn und Zweck der Vorschrift, Maßnahmen der Sterbehilfe durch einen Behandlungsabbruch, die ihren Grund in der Achtung des Selbstbestimmungsrechts des Moribunden haben und die unter dem Schutze der Rechtsordnung stehen, durch einen Leistungsausschluss gemäß § 101 Absatz 1 SGB VII zu sanktionieren.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG und folgt der Entscheidung in der Hauptsache.

Anmerkung:

Das BGH-Urteil im Fall „Fulda“ (s. ZfL 2010, S. 92 ff.), das einen Behandlungsabbruch mittels Durchschneiden des Ernährungsschlauchs aufgrund des „mutmaßlichen Willens“ des Patienten für zulässig erklärt hatte, beginnt zu wirken. Welche Tatsachenfeststellungen der Annahme eines solchen „mutmaßlichen Willens“ zugrunde liegen müssen, blieb ungeklärt. Das SG Berlin hat sich nun in einem vergleichbaren Fall mit einer schlichten Angehörigen-Erklärung zufrieden gegeben und jede weitere Aufklärung des Patientenwillens nicht nur im konkreten Fall für unmöglich gehalten, sondern geradezu als absurd und unsinnig hingestellt.

Vom SG Berlin wird im Tatbestand lediglich wiedergegeben, dass die Klägerin und ihre drei Söhne „gewusst“ hätten, „dass der Versicherte niemals nur durch lebenserhaltende Maßnahmen hätte weiterleben wollen.“ Irgendwelche Äußerungen des Betroffenen selbst werden nicht mitgeteilt. Dennoch besteht für das Gericht „kein Zweifel“, dass das Durchtrennen der Magensonde dem mutmaßlichen Willen des Versicherten entsprach. Denn: „Die Klägerin und ihre drei Söhne haben dies so vorgetragen, ohne dass es Anhaltspunkte für die Annahme des Gegenteils gibt.“ Hier wird offenbar die Meinung der Angehörigen als Wille des Patienten ausgegeben. Das Gericht versteigt sich sogar zu der Aussage, man könne es nicht einmal für möglich halten (!), dass das Durchtrennen der Sonde dem mutmaßlichen Willen des Betroffenen widersprochen habe! Damit schließt sich der Kreis: Ohne brauchbare Tatsachenbasis (jedenfalls wird diese nicht mitgeteilt) steht für das Gericht objektiv und ohne die Möglichkeit einer anderen Sichtweise fest, dass die Meinung der Angehörigen zutreffend sein muss. Das hat mit dem Willen des Betroffenen nichts mehr zu tun und eröffnet dem Missbrauch Tür und Tor.

Auch im vorliegenden Fall wurde der angebliche Wille des Betroffenen zunächst über zwei Jahre ignoriert. Bereits im März 2008 stand die Diagnose Apallisches Syndrom fest; erst am 12. Juli 2010 haben die Angehörigen die Sonde durchgeschnitten. Da liegt es doch sehr nahe, anzunehmen, dass es einen eindeutigen Willen des Betroffenen gar nicht gegeben hat und dass die Angehörigen erst im Nachhinein zu der Einschätzung gekommen sind, es wäre besser, die Ernährung einzustellen. Dann muss man dieses Vorgehen auch als solches begründen und rechtfertigen können und sollte sich nicht hinter dem im wahrsten Sinne des Wortes nur „angeblichen“ Willen des Betroffenen verschanzen.

Wenn diese Art Rechtsprechung Schule macht, wird das ohnehin schwer greifbare Konstrukt des „mutmaßlichen Willens“ (vgl. Beckmann, FPR 2010, S. 279 ff.) zum Freibrief für willkürliche Mutmaßungen.

Spätabtreibungen

A. Katarina Weilert (Hg.)
*Spätabbruch oder Spätabtreibung - Entfernung einer
 Leibesfrucht oder Tötung eines Babys?*
 Mohr-Siebeck, Tübingen 2011
 Reihe: Religion und Aufklärung, Band 20
 324 Seiten, 74 Euro

Zur Frage der „Bedeutung der Geburt für das Recht des Kindes auf Leben und das Recht der Eltern auf Wohlergehen“ fand im Oktober 2009 an der Forschungsstätte der Evangelischen Studiengemeinschaft e.V. in Heidelberg eine interdisziplinäre Tagung statt. Gegenstand der Erörterungen waren Spätabtreibungen ab der 22. Woche p.c., also in einem Stadium in dem der Fötus extrakorporal überlebensfähig ist. In dem Dokumentationsband dieser Tagung kommen Praktiker und Wissenschaftler gleichermaßen zu Wort. Das Thema wird in 15 Vorträgen durchaus kontrovers diskutiert und die Autoren kommen zu gegenläufigen Ergebnissen.

Alle Aufsätze im Einzelnen zu besprechen ist hier nicht möglich, wäre aber lohnend. Denn alle Autoren setzen sich sachlich mit dem Thema auseinander. Im ersten Buchbeitrag, in dem *Alexander Scharf* die „Praxis der Spätabtreibung in deutschen Kliniken“ schildert, vermisst man lediglich den Hinweis auf die bedrückende Atmosphäre im Kreißsaal, wie sie von Hebammen häufig geschildert wird. Denn dass eine Spätabtreibung „grauenvoll“ ist und sie daher „schlichtweg zu unterbinden“ sei, sofern nicht das Leben der Mutter gefährdet ist, hatte schon die frühere Justizministerin Däubler-Gmelin nach der überlebten Spätabtreibung des „Oldenburger Babys“ gefordert. Ob aber das Leben der Schwangeren gefährdet (sehr selten, S. 45) oder einer erheblichen Beeinträchtigung ausgesetzt ist, unterliegt ärztlicher Erkenntnis, § 218a II StGB. Diese Regelung wird zu Recht kritisiert, da der Arzt seine Einschätzung nur auf die „Plausibilität“ der Angaben der Schwangeren stützen kann (S. 21).

Verlässliche Angaben zur Zahl der Spätabtreibungen erhält man selten; sie werden hier jährlich mit etwa 300 - 400 (S. 24, etwas höhere Zahlen S. 84) angegeben. Offen gelegt wird zudem, dass die Durchführung der Spätabtreibung heute regelmäßig als Fetozid erfolgt (S. 88 u. a.). Korrekterweise vermerkt der Totenschein dann, dass der Tod durch eine „nicht natürliche Todesursache“ (S. 26) eingetreten ist. Diese Angabe belegt ganz nebenher, dass die Geburt eines Menschen nicht identisch ist mit dem Beginn seines Lebens, was *Michael Spieker* in seinem Beitrag (S. 107 ff) deutlich hervorhebt. Dementsprechend muss der Schutz des Lebens schon vor der Geburt, jedenfalls aber, was im Rahmen des hier besprochenen Buches allein von Bedeutung ist, mit Eintritt der extrauterinen Lebensfähigkeit einsetzen. Hierfür tritt auch A. *Katharina Weilert* (S. 285

ff.) ein, die neben dem Lebensrecht des Fötus auch die Rechte seiner Eltern untersucht mit dem Ergebnis, dass die Elternrechte den Fötus nicht gefährden können. Zugleich wird der Staat unter Hinweis auf Art. 6 Abs. 4 und Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG aufgefordert, die Rechte der Eltern, insbesondere der Mütter so zu stärken, dass auch über diesen Weg das Lebensrecht des Kindes gestärkt wird.

RiLG a.D. Knut Wiebe, Köln

Heiligkeit des Lebens

Hans Joas
*Die Sakralität der Person. Eine neue Genealogie der
 Menschenrechte*
 Suhrkamp, Berlin 2011
 303 Seiten, Euro 26,90

Hans Joas greift die hervorgehobene Rolle des Christentums bei der Förderung der Anerkennung der Würde jedes einzelnen Menschen heraus und verortet gleichsam die Bedeutung der Idee der Gottesebenbildlichkeit und ihre Auswirkungen im politischen, historischen und philosophischen Kontext. Die besondere Leistung des Verfassers besteht aber darin, die Entwicklung der Idee der Menschenrechte von ihren historischen Ursprüngen bis heute philosophisch aufzuarbeiten. Im Grunde genommen gelingt ihm damit eine (Rechts-)Philosophiegeschichte der Menschenrechte. Dies erarbeitet der Verfasser zwar in mehreren Schritten, wobei auch zahlreiche Nebenschauplätze abgedeckt werden, es stellt sich aber nie das Gefühl künstlicher Brüche ein.

Lediglich das vierte Kapitel, welches sich mit Fragen der Methodik beschäftigt, fällt aus diesem Rahmen. Es mag auf den ersten Blick verwunderlich erscheinen, dass eine nähere Auseinandersetzung mit Methodenfragen in der Mitte des Buches erfolgt. Im Ergebnis ist die gewählte Vorgehensweise jedoch schlüssig, da der Leser bereits in die eigentliche Materie einsteigen konnte, nun aber auf die sich in den letzten Kapiteln anschließenden Folgerungen vorbereitet wird. Joas schlägt keineswegs einen Erzählbogen sondern baut seine Arbeit einem Berg gleich auf, an dessen Spitze die globale Verrechtlichung der Menschenrechte steht. Insofern bietet der Verfasser dem Leser eine Gelegenheit, sich nach einer Bergwanderung noch einmal auf einem Hochplateau für den Aufstieg auf den Gipfel vorzubereiten. Insgesamt wirkt der Aufbau durchaus erfrischend und trägt dazu bei, dass das Werk durchgängig mit Gewinn lesbar bleibt. Die Ausführlichkeit der Darstellung anhand von Beispielen wie der Entwicklung der Bewegung zur Abschaffung der Sklaverei oder der Bedeutung der *Imago Dei*-Lehre bringt es darüber hinaus mit sich, dass die Arbeit ausgesprochen leicht zugänglich wirkt. Um

bei dem Bild vom Aufstieg auf einen Berg zu bleiben: Der Verfasser fungiert nicht nur als Bergführer sondern macht auch auf die Sehenswürdigkeiten in der Umgebung aufmerksam.

Der Schutz des vorgeburtlichen Lebens findet jedoch keine Erwähnung. Nur kurz (S. 210 und 232 ff.) geht Joas auf die Idee ein, dass dem Menschen keine Verfügungsgewalt über das menschliche Leben zukommt. Er beschränkt sich aber auf die Frage nach der Verfügungsgewalt über das *eigene* Leben (S. 210, 232 und 239). Konkret macht er dies am Beispiel der Sterbehilfe (S. 232) fest, geht aber nicht auf die Frage nach den Rechten ungeborener Menschen ein. Angesichts der Breite des Werkes stellt dies ein Versäumnis dar, welches nicht wirklich nachzuvollziehen ist. Positiv zu bemerken ist die Auseinandersetzung mit dem christlichen Verständnis des menschlichen Lebens als Gottesgeschenk (S. 247 ff.), die deutlich über eine lediglich philosophische Sichtweise hinausgeht. Anlässlich der Beschäftigung mit der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (AEMR) deutet er die Textstelle „All human beings“ am Anfang von Art. 1 S. 1 AEMR als Beleg für die Geschlechtsneutralität der AEMR (S. 274 f.), wiederum ohne auf die Problematik der Einschränkung auf geborene Menschen („All human beings are *born* free and equal“, Art. 1 S. 1 AEMR, Hervorhebung S.K.) einzugehen.

Es ist nicht nur so, dass der Verfasser wirklich heiße Eisen nicht anfasst und auf sicherem, sprich: politisch unumstrittenem, Terrain verbleibt – es gelingt dem Verfasser, rund 300 Seiten zur Heiligkeit der menschlichen

Person zu schreiben, ohne ungeborene Menschen auch nur zu erwähnen. Das mag man für Zufall halten – angesichts der intensiven Auseinandersetzung des Verfassers mit der christlichen, zumal der katholischen, Position zu Menschenrechten, sowie aufgrund der Tatsache, dass er die Frage der Verfügbarkeit des (eigenen) menschlichen Lebens ebenso aufgreift wie zahlreiche andere Problemfelder (wie Sklaverei, Sterbehilfe, Völkermord an der indianischen Bevölkerung Nordamerikas, um nur einige Beispiele zu nennen) erscheint dies jedoch wenig wahrscheinlich. Ohne über die Motive des Verfassers spekulieren zu wollen und selbst unter Berücksichtigung der Tatsache, dass nicht immer jedes Problem angesprochen werden kann, bleibt doch anzumerken, dass die Unterlassung der Behandlung des vorgeburtlichen Lebensschutzes sehr auffällig ist. Angesichts des Titels hätte man anderes erwarten dürfen.

Dabei handelt es sich fraglos um ein flüssig geschriebenes, auch für Nicht-Juristen und Nicht-Philosophen eingängiges Buch, welches man auch noch nach längerer Zeit gerne wieder zur Hand nehmen wird. Der Text vermittelt aber leider auch der Eindruck, dass der Schutz vorgeburtlichen Lebens überhaupt kein relevantes Thema sei, dass man ausführlich, in sich schlüssig und – vermeintlich – vollständig, die Heiligkeit der Person diskutieren könne, ohne sich mit dem Lebensrecht ungeborener Kinder überhaupt auseinanderzusetzen zu müssen.

RA Stefan Kirchner, Frankfurt

umschau

Präimplantationsgesetz

Am 8. Dezember 2011 ist das Gesetz zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik in Kraft getreten (vgl. ZfL 4/2011, S. 139/40). Die wesentlichen Inhalte der neuen gesetzlichen Regelung sind hinlänglich bekannt. Im Grundsatz steht die Präimplantationsdiagnostik unter Strafe, wenn die Diagnose nicht der Abklärung schwerwiegender Erbkrankheiten dient, für die infolge der genetischen Disposition eines Elternteils ein hohes Risiko besteht, oder eine schwerwiegende Schädigung des Embryos festgestellt werden soll, „die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Tot- oder Fehlgeburt führen wird“.

Nur in diesen Ausnahmefällen ist die Präimplantationsdiagnostik nicht rechtswidrig, § 3 a Abs. 2 ESchG. Die in ihrer Regelungstechnik an die §§ 218 ff. StGB erinnernde Bestimmung betrifft die Fälle einer In-Vitro-Fertilisation, also der künstlichen Befruchtung einer Eizelle außer-

halb des Mutterleibes. Sie bezieht sich damit nur auf den Zeitraum bis zum Transfer der befruchteten Eizelle in die Gebärmutter. Ab dem Zeitpunkt der Einnistung greifen dann die Regelungen der §§ 218 ff. StGB.

Unabhängig von der inhaltlichen Bewertung einer begrenzten Zulassung der Präimplantationsdiagnostik stellt sich die ganz nüchterne Frage, ob die nunmehr getroffene Regelung als gesetzestechnisch gelungen angesehen werden kann und ob sie geeignet ist, für die Beteiligten Rechtssicherheit zu schaffen. Die ersten Stellungnahmen zu dem neuen Gesetz machen da wenig Hoffnung (Prof. Dr. **Tanja Henking**, „**Präimplantationsdiagnostik – Neues Gesetz, neue Probleme**“, ZRP 2012, S. 20 – 22; **Marlis Hübner/Wiebke Pühler**, „**Die neuen Regelungen zur Präimplantationsdiagnostik – wesentliche Fragen bleiben offen**“, MedR 2011, S. 789 – 796; **Frank Czerner**, „**Die Kodifizierung der Präimplantationsdiagnostik in § 3 a ESchG im Ensemble pränataldiagnostischer und schwangerschaftsbezogener**

Untersuchungen des Fötus“, MedR 2011, S. 783 – 789). Die Bestimmungen zur Präimplantationsdiagnostik sind in das Embryonenschutzgesetz eingefügt worden, das seinem Charakter nach ein strafrechtliches Nebengesetz darstellt. Der in das Gesetz neu eingefügte § 3 a ESchG enthält jedoch nur in den Absätzen 1, 2 und 4 genuin strafrechtliche Regelungen; die übrigen Absätze 3, 5 und 6 befassen sich dagegen eingehend mit prozeduralen Fragen, mit Fragen der beruflichen Qualifikation der beteiligten Ärzte, der Einrichtung von Ethikkommissionen und PID-Zentren sowie der Statistik und Evaluation der gesetzlichen Regelung. Sie gehören systematisch nicht in ein strafrechtliches Nebengesetz, sondern wären – so Hübner/Pühler – besser in einem „Fortpflanzungsmedizinengesetz“ untergebracht, das zwar schon seit langer Zeit gefordert, aber noch nicht in Angriff genommen worden ist. Der Ruf nach einem solchen Gesetz findet nach Hübner und Pühler zusätzlich Nahrung in dem Umstand, dass es inzwischen eine schwer überschaubare Zahl gesetzlicher Regelungen gebe, welche den Umgang mit menschlichen Keimzellen und Embryonen betreffen. Als Beispiel führen Hübner und Pühler unter anderem die in § 3 a Abs. 3 Nr. 1 ESchG vorgesehene „Aufklärung und Beratung“ an, welche vor Erteilung der schriftlichen Einwilligung der Frau zur Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik zu erfolgen hat. Abgesehen davon, dass es einer expliziten Regelung einer – ohnehin vor jeder medizinischen Maßnahme erforderlichen – Aufklärung nicht bedurft hätte, enthalten auch die §§ 9 und 10 des Gendiagnostikgesetzes gesetzliche Bestimmungen zur Beratung. Nach Hübner und Pühler hätte es daher nahegelegen, den Anwendungsbereich der Vorschriften des Gendiagnostikgesetzes zu erweitern und auf diese Weise eine eigenständige Regelung bei der PID überflüssig zu machen.

Aber auch die strafrechtlichen Bestandteile von § 3 a ESchG erscheinen nach Einschätzung von Hübner und Pühler sowie von Henking wenig geglückt. Stellt das Präimplantationsdiagnostikgesetz die PID generell unter Strafe, so wäre es wichtig und notwendig gewesen, die Ausnahmen von diesem Grundsatz für den Normadressaten möglichst klar und vorhersehbar zu formulieren. Von einer solchen Klarheit ist das Gesetz indessen weit entfernt. Es wimmelt von unbestimmten Rechtsbegriffen, so dass für den Einzelnen nicht mit letzter Sicherheit abzuschätzen ist, wann sein Tun von dem generellen Verbot der Präimplantationsdiagnostik erfasst ist oder wann es unter die Ausnahmetatbestände fällt. Eine maßgebliche Rolle kommt insoweit den gesetzlich vorgesehenen Ethikkommissionen zu, von deren „zustimmender Bewertung“ die Durchführung einer „nicht rechtswidrigen“ Präimplantationsdiagnostik abhängt. Sie werden es letztlich sein, die den Kreis sowohl der „schwerwiegenden Erbkrankheiten“ als auch der „schwerwiegenden Schädigungen des Embryos“

bestimmen werden, „welche mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Tot- oder Fehlgeburt führen“ und die eine rechtmäßige Präimplantationsdiagnostik nach sich ziehen können. Auf ihr positives Votum wird sich derjenige Arzt verlassen müssen, der eine Präimplantationsdiagnostik durchführt. Letzten Endes aber werden es wohl wieder Gerichte sein, die die Grenzen zwischen dem generellen Verbot und den „nicht rechtswidrigen“ Ausnahmen werden ziehen müssen. Schließlich ist im Präimplantationsdiagnostikgesetz nicht festgelegt, an welchen Zellen eine Diagnose durchgeführt werden kann. Denn „erstaunlicherweise enthält die Definition der PID – so die Autorinnen Hübner und Pühler – „keine einschränkenden Angaben zum Zellstadium bzw. zur Potentialität der Zellen des Embryos“. (us)

Gendiagnostikgesetz

Während sich - wie ausgeführt – das Präimplantationsgesetz mit der genetischen Untersuchung von Zellen des im Rahmen einer künstlichen Befruchtung erzeugten Embryos (In-Vitro-Fertilisation) unmittelbar nach der Kernverschmelzung bis zur Einpflanzung in die Gebärmutter der Frau befasst, besteht hinsichtlich des sich anschließenden Zeitraums im Leben des sich entwickelnden Menschen ein oftmals unübersichtliches Nebeneinander verschiedener Regelungen, die ihrerseits Beratungen unterschiedlichen Inhalts und unterschiedlicher Ausrichtung implizieren.

Bieten pränataldiagnostische Untersuchungen, deren Abfolge und Umfang durch die – vom Gemeinsamen Bundesausschuss erlassenen – Mutterschaftsrichtlinien festgelegt werden, Anhaltspunkte für eine Schädigung der „körperlichen oder geistigen Gesundheit des Kindes“, so sieht § 2 a des im Zusammenhang mit den §§ 218 ff. StGB stehenden Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG) eine Beratung der Schwangeren vor, im Rahmen derer „die möglichen medizinischen, psychischen und sozialen Fragen sowie der Möglichkeiten zur Unterstützung bei physischen und psychischen Belastungen“ erörtert werden. Der beratende Arzt händigt der Schwangeren das von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Köln herausgegebene „Informationsmaterial für Schwangere nach einem auffälligen Befund in der Pränataldiagnostik“ aus (§ 1 Abs. 1 a SchKG) und informiert über den Anspruch auf weitere vertiefende psychosoziale Beratung nach § 2 SchKG.

Ergeben sich im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge Anhaltspunkte für ein genetisch bedingtes Risiko, so ist über die Möglichkeit einer humangenetischen Beratung und/oder humangenetischen Untersuchung aufzuklären (vgl. Abschnitt A. 3 der Mutterschaftsrichtlinie). Die diagnostische genetische Untersuchung, die der schwangeren Frau Aufschluss über die genetischen Eigenschaften ihres Kindes geben soll, ist nach § 7 Abs.

1 GenDG „Ärztinnen und Ärzten“ und die prädikative genetische Untersuchung „Fachärztinnen oder Fachärzten für Humangenetik oder anderen Ärztinnen oder Ärzten“ vorbehalten, „die sich beim Erwerb einer Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung für genetische Untersuchungen im Rahmen ihres Fachgebietes qualifiziert haben“. Die sich an die jeweilige Untersuchung anschließende genetische Beratung, deren Inhalt und Umfang durch § 10 GenDG umrissen wird, darf seit dem 1. Februar 2012 nur durch eine in § 7 Abs. 1 GenDG genannte Ärztin bzw. einen dort genannten Arzt durchgeführt werden, „der sich für genetische Beratungen qualifiziert hat“. Da nun das GenDG keine vollständige Regelung trifft, erlässt eine auf der Grundlage des GenDG im November 2009 eingerichtete Gendiagnostik-Kommission, welche beim Robert Koch Institut in Berlin angesiedelt ist, Richtlinien für „die Anforderungen an die Qualifikation zur genetischen Beratung nach § 7 Abs. 3 GenDG“ sowie „an die Inhalte der Aufklärung und der genetischen Beratung“ (vgl. § 23 Abs. 2 Nr. 2 a und Nr. 3 GenDG). Die hier vorgesehene „Richtlinie der Gendiagnostik-Kommission über die Anforderungen an die Qualifikation zur und Inhalte der genetischen Beratung gemäß § 23 Abs. 2 Nr. 2 a und § 23 Abs. 2 Nr. 3 GenDG“ ist am 1. Juli 2011 veröffentlicht (Bundesgesundheitsblatt 2011, S. 1248 – 1256) und am 11. Juli 2011 in Kraft getreten.

Die Richtlinie sorgt – abgesehen von dem engen zeitlichen Rahmen, in dem sie erlassen wurde – für einigen Sprengstoff (vgl. Dr. **Anne Rummer**, „**Die Richtlinie der Gendiagnostik-Kommission zur genetischen Beratung**“, GesR 2011, S. 655 – 660). Das liegt – so Rummer – im wesentlichen an drei Gründen. Zum einen schafft auch die Richtlinie der Kommission keine Klarheit darüber, wann nach den Bestimmungen des GenDG zu beraten ist. Denn es erscheint möglich, dass einzelne, nach der Mutterschutzrichtlinie in ihrer neuesten Fassung vorgesehene (gezielte) Ultraschalluntersuchungen zu den „genetischen Untersuchungen“ im Sinne des GenDG gehören und daher eine Beratungspflicht nach dem GenDG auslösen. Zum anderen bestehen Zweifel an der Kompetenz der durch ein Bundesgesetz ins Leben gerufenen Gendiagnostik-Kommission zur Schaffung berufsrechtlicher Regelungen, welche nach der grundgesetzlichen Ordnung in die Kompetenz der Länder fallen und dort den jeweiligen Ärztekammern obliegen. Schließlich gibt es einen berufsrechtlichen Einwand. Nach Auffassung der Deutschen Gesellschaft für Humangenetik besteht nämlich die Gefahr, dass die Grenzen zwischen einem Facharzt für Humangenetik und sonstigen, im Rahmen des GenDG zur fachgebundenen genetischen Beratung berechtigten Ärzten verwischt werde. Nach Einschätzung Rummers ist es angesichts der problematischen Regelungsgehalte nicht auszuschließen, dass die Bundesärztekammer bzw. der Berufsverband Deutscher Humangenetiker gegen die Richtlinie vorgeht.

Auch im Hinblick auf das GenDG bestätigt sich eine Tendenz, die schon bei dem Präimplantationsgesetz (PräimpG) festgestellt werden konnte. So wie das PräimpG die Durchführung einer nicht rechtswidrigen PID von der zustimmenden Bewertung einer „interdisziplinär zusammengesetzten Ethikkommission“ abhängig macht, überlässt es das GenDG der Gendiagnostik-Kommission, „in Bezug auf den allgemein anerkannten Stand der Wissenschaft und Technik“ die Beurteilung genetischer Eigenschaften hinsichtlich ihrer Bedeutung für eine Beeinträchtigung der Gesundheit des Embryos oder des Fötus während der Schwangerschaft oder nach der Geburt vorzunehmen (§ 23 Abs. 2 Nr. 1 d GenDG). Bedenkt man, dass bei dem Präimplantationsgesetz, dem Schwangerenkonfliktgesetz und dem Gendiagnostikgesetz die Frage nach „Leben oder Tod“ den düsteren Hintergrund bilden, so erscheint es wenig erfreulich, dass wesentliche, zur Entscheidung dieser Frage maßgebliche Kriterien von – überdies noch unterschiedlichen – Expertengremien fern der öffentlichen Wahrnehmung festgelegt werden und der Gesetzgeber sich auf diese Weise seiner Verantwortung entzieht. (us)

Patientenverfügung und Minderjährige

Prof. Dr. **Detlev Sternberg-Lieben** und **Philipp C. Reichmann** gehen in der NJW der Frage nach, ob es tragfähige Gründe dafür gibt, der Patientenverfügung Minderjähriger keine rechtliche Verbindlichkeit zu verleihen („**Die gesetzliche Regelung der Patientenverfügung und das medizinische Selbstbestimmungsrecht Minderjähriger**“, NJW 2012, S. 257 – 262). Denn nach der gesetzlichen Bestimmung in § 1901 a Abs. 1 BGB kann eine derartige Patientenverfügung nur von einem einwilligungsfähigen Volljährigen verfasst werden. Einem Minderjährigen ist der Zugang zu diesem Rechtsinstitut dagegen verwehrt. Ihm ist es nach geltender Gesetzeslage nicht gestattet, verbindliche Anordnungen für den Fall eines zukünftigen Verlustes seiner Willensbildungs- und Entscheidungsfähigkeit zu treffen.

Handelt es sich hier um eine „bedeutsame Schwachstelle“ des Gesetzes, welche vom Gesetzgeber dringend nachgebessert werden sollte? In der Tat vertrat Oliver Tolmein diese Auffassung schon wenige Monate nach Inkrafttreten des „Patientenverfügungsgesetzes“ in der FAZ (vgl. „Autonomie ab achtzehn“, FAZ Nr. 102 vom 30. Dezember 2009, S. 32), sekundiert von Professor Dr. med. Volker V. Loewenich in einem Leserbrief vom 28. Januar 2010 („Was Kinder bereits verstehen können“, FAZ Nr. 23 vom 28. Januar 2010, S. 33). Und auch Prof. Dr. Detlev Sternberg-Lieben und Philipp C. Reichmann teilen diese Ansicht.

Die Kritik an der bestehenden gesetzlichen Regelung setzt bei der Einwilligungsfähigkeit an, welche einhellig auch Jugendlichen bei entsprechender Verstandesreife

zugebilligt wird. Keine ärztliche Maßnahme, Behandlung oder Operation kann rechtmäßig durchgeführt werden, wenn sie nicht mit der aktuellen Einwilligung des Patienten erfolgt – sei der Patient nun voll- oder minderjährig. Maßgeblich ist nicht die unbeschränkte Geschäftsfähigkeit, welche grundsätzlich mit 18 Jahren eintritt, sondern die Fähigkeit, die geplante ärztliche Maßnahme, ihre Folgen und das bestehende Risiko einschätzen sowie das „Für“ und „Wider“ gegeneinander abwägen zu können. Wenn es also bei der rechtlichen Beurteilung einer medizinischen Maßnahme auf die Einwilligung des einsichtsfähigen Minderjährigen ankommt, stellt sich die Frage, warum einem solchen Minderjährigen nicht auch erlaubt sein sollte, für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit vorzusorgen und dazu verbindliche Anordnungen im Rahmen einer Patientenverfügung zu treffen. Nach Sternberg-Lieben und Reichmann sprechen weder die elterliche Sorge noch die staatliche Schutzpflicht zugunsten der Rechtsgüter Leben und Gesundheit gegen eine solche Erweiterung des medizinischen Selbstbestimmungsrechts Jugendlicher. Das Volljährigkeitserfordernis, welches § 1901 a Abs. 1 BGB als Wirksamkeitsvoraussetzung einer Patientenverfügung benennt, stellt sich daher für sie als „verfassungsrechtlich höchst angreifbar“ dar. Steht aber der klare Wortlaut des Gesetzes einer verfassungskonformen Auslegung entgegen, so bleiben nach Ansicht der Autoren nur zwei Auswege. Zum einen sollte es möglich sein, dass ein Jugendlicher einen Bevollmächtigten bestellt und ihm klare Vorgaben für den Fall späterer Einwilligungsunfähigkeit macht (vgl. § 1904 Abs. 5 BGB). Über den Bevollmächtigten wäre der Jugendliche dann in der Lage, diejenigen Wünsche durchzusetzen, die verbindlich zu äußern ihm im Rahmen einer Patientenverfügung verwehrt ist. Zum anderen sollte der voraus erklärte Wille des Jugendlichen ungeachtet der Vorschriften der §§ 1901 a ff. BGB im Strafrecht rechtfertigende Wirkung besitzen. (us)

Christliche Patientenverfügung

Broschüren, Handreichungen, Ratgeber und Formulare, die den Bundesbürgern die Errichtung einer Patientenverfügung oder einer Vorsorgevollmacht erleichtern sollen, haben Konjunktur. Dies ist kaum verwunderlich, gibt das Gesetz doch lediglich den Rahmen wirksamer Verfügungen vor und überlässt ihre inhaltliche Ausgestaltung dem Einzelnen, dem mit der Freiheit verbindlicher Festlegungen für den Fall fehlender Einwilligungsunfähigkeit auch die Last der Überzeugungs- und Entscheidungsfindung aufgebürdet wird. Den hier bestehenden Beratungsbedarf haben auch die christlichen Kirchen zum Anlass genommen, in nunmehr 3. Auflage eine Broschüre zur „Christlichen Patientenversorgung“ herauszugeben. Dr. **Ralf Coeppicus**, ehemaliger

Vormundschaftsrichter hat diese „**Christliche Patientenverfügung**“ einer kritischen Stellungnahme unterzogen (NJW 2011, S. 3749 – 3752). Selbst wenn man seine Anmerkungen zum Teil als etwas spitzfindig empfinden mag, so scheint eine Detailkritik doch gleichwohl sinnvoll. Denn schnell verleiten vorformulierte Erklärungen zu einer unbedachten Übernahme und verhindern, dass sich der Aussteller der Patientenverfügung der Tragweite seiner Anordnungen bewusst wird.

Coeppicus kritisiert an der christlichen Patientenverfügung zunächst, dass sie lediglich die Fälle des unmittelbaren Sterbeprozesses und des Endstadiums einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit betrifft. Gerade die besonders heiklen Fälle der Demenz und des Wachkomas, denen die Sorge vieler Menschen gilt, seien auf diese Weise von einer Regelung ausgenommen, ohne dass diese Einschränkung hinreichend deutlich gemacht werde. Erst in der Rubrik „Ergänzende Verfügungen“ seien Formulierungsvorschläge für den Fall der „Dauerbewusstlosigkeit“ zu finden – eine nach Coeppicus wenig gelungene Wortwahl, bleibt doch offen, ob unter diesen Begriff auch die Demenz zu fassen ist. Die grundsätzliche Begrenzung der christlichen Patientenverfügung auf den unmittelbaren Sterbeprozess steht für Coeppicus überdies im Widerspruch zu dem Vorschlag der christlichen Kirchen zu einer Vorsorgevollmacht. Nach dem Vollmachtstext ist der Vertreter bzw. Bevollmächtigte des Patienten nämlich auch befugt, über einen Behandlungsabbruch bei Krankheiten zu entscheiden, die nicht zum Tode führen. Die Vollmacht geht damit über die Patientenverfügung hinaus, die gerade derartige Krankheiten regelmäßig nicht umfasst.

Einen weiteren Kritikpunkt sieht Coeppicus in den vorformulierten Anordnungen, die der Verfasser einer Patientenverfügung nach dem Vorschlag der christlichen Kirchen für seine Behandlung während des Sterbeprozesses bzw. des Endstadiums einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit wählen kann. Hier besteht einmal die Möglichkeit, durch Ankreuzen des entsprechenden, vorformulierten Verfügungstextes die künstliche Ernährung zu untersagen. Was dagegen die künstliche Flüssigkeitszufuhr anbelangt, kann lediglich angeordnet werden, dass sie „nach ärztlichem Ermessen“ reduziert werden solle. Die Verlagerung der Entscheidungszuständigkeit auf den Arzt birgt nach Coeppicus die Gefahr in sich, dass die künstliche Flüssigkeitszufuhr tatsächlich nicht eingestellt wird. Denn allein aus Furcht vor einer möglichen Haftung würden behandelnde Ärzte in der Regel nicht auf eine künstliche Flüssigkeitszufuhr verzichten. Wenn aber die künstliche Ernährung nach dem Willen des Patienten beendet, Flüssigkeit indessen weiterhin verabreicht werde, sei – so Coeppicus – eine Verlängerung von Leiden zu befürchten und das Ziel ihrer Linderung werde verfehlt. (us)

Suizidhilfe-Boom in der Schweiz

Im vergangenen Jahr haben sich in der Schweiz deutlich mehr Menschen als im Jahr davor das Leben genommen. Schweizer Medienberichten zufolge ließen sich 2011 dabei allein 144 Menschen von der Suizidhilfeorganisation „Dignitas“ begleiten. Das seien 35 Prozent mehr als 2010 gewesen. 139 Personen sollen Ausländer gewesen sein, lediglich fünf seien Schweizer gewesen. Die Suizidbegleiter der Organisation „Exit“, die Ausländern beim Suizid nur in Ausnahmefällen begleiten soll, hätten 2011 die Suizide von 305 Personen überwacht. Dies entspräche einer Steigerung um 15,7 Prozent.

Heftiger Streit über die Strafbarkeit der Suizidbeihilfe

Die Bundesregierung will die geschäftsmäßige Vermittlung von Hilfen zur Selbsttötung unter Strafe stellen. Darauf einigte sich Anfang März der Koalitionsausschuss von CDU, CSU und FDP. Laut den Koalitionären soll dazu noch in dieser Legislaturperiode ein entsprechender Tatbestand im Strafgesetzbuch geschaffen werden. Bundesjustizministerin Sabine Leutheusser-Schnarrenberg (FDP) wurde beauftragt, einen entsprechenden Gesetzentwurf vorzulegen. Sowohl Bayerns Justizministerin Beate Merk (CSU) als auch ihr niedersächsische Kollege Bernd Busemann (CDU) halten ein Verbot einer lediglich gewinnorientierten Suizid-Beihilfe jedoch für nicht ausreichend und forderten nun stattdessen, in Deutschland jedwede organisierte Beihilfe zur Selbsttötung unter Strafe zu stellen. Wie

Busemann ausführte, dürfe „auch die von Vereinen oder Privatpersonen systematisch gewährte oder verschaffte Gelegenheit zur Selbsttötung ohne Bereicherungsabsicht nicht straffrei bleiben“. Der niedersächsische Justizminister sprach sich für die Schaffung eines Tatbestandsmerkmals aus, „das alle Facetten erfasst“ und schlug vor, den Begriff „geschäftsmäßig“ zu verwenden. Bayerns Justizministerin Beate Merk (CSU) forderte jede „organisierte Sterbehilfe“ unter Strafe zu stellen. Der „Frankfurter Rundschau“ sagte Merk entsprechende Organisationen könnten leicht verschleiern, dass sie mit ihrer Tätigkeit Gewinne erzielen wollten. Der Koalitionsbeschluss könne daher nur ein „erster Schritt“ sein. Der FDP-Bundestagsabgeordnete Michael Kauch wies die Forderungen als zu weit gehend zurück. „Die Koalition von Union und FDP hat im Koalitionsvertrag vereinbart, die gewerbsmäßige Beihilfe zur

Aus der JVL

Einladung zum Symposium der Juristen-Vereinigung Lebensrecht

Aktuelle Fragen der Fortpflanzungsmedizin aus medizinethischer und rechtlicher Sicht

Freitag, 4. Mai 2012

53639 Königswinter, Bildungs- und Tagungshaus am Rhein,
Johannes-Albers-Allee 3, Tel. 02223/73-134

Beginn: 14.30 Uhr

Es referieren:

Prof. Dr. med. Giovanni Maio M.A. (Freiburg)

Direktor des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin sowie des Interdisziplinären Ethikzentrums an der Universität Freiburg

Richter am Amtsgericht Rainer Beckmann (Würzburg)

Stellv. Vorsitzender der JVL; sachverständiges Mitglied der Enquete-Kommissionen des Deutschen Bundestages „Recht und Ethik der modernen Medizin“ (2000-2002) und „Ethik und Recht der modernen Medizin“ (2003-2005)

Aussprache nach beiden Vorträgen; Ende gegen 18.00 Uhr

Anmeldung (möglichst bis 30. April) an:

Juristen-Vereinigung Lebensrecht (JVL), Postfach 50 13 30, 50973 Köln;

E-Mail: info@juristen-vereinigung-lebensrecht.de

trends

Selbsttötung unter Strafe zu stellen. Das setzen wir auf Beschluss des Koalitionsausschusses jetzt um - nicht mehr und nicht weniger“, erklärte Kauch. Ein Abstellen auf das Merkmal „geschäftsmäßig“ hätte zur Folge, „dass unentgeltliche, aber regelmäßig wiederholte Beratungen zum Themenkomplex Sterbehilfe strafbar würden. Damit würde jede offene Beratung von Patienten zu Fragen des Lebensendes bei schwersten Krankheiten gefährdet. Eine solche Strafandrohung wäre zudem unverhältnismäßig, da die Selbsttötung straffrei ist“, so Kauch weiter. Die Beihilfe zu einer straffreien Handlung unter Strafe zu stellen, bedürfe einer „sehr guten Begründung“. „Wir wollen das Geldverdienen mit dem Tod verhindern – nur das legitimiert die Gesetzesänderung.“ Deshalb sei bei der „gewerbsmäßigen“ Beihilfe anzusetzen.

Mobile Euthanasie-Teams stoßen auf harsche Kritik

Die von der „Niederländischen Vereinigung für ein freiwilliges Lebensende“ (NVVE), seit Anfang März eingesetzten sechs mobilen Euthanasie-Teams, die Sterbewillige zu Hause aufsuchen und dort auf Verlangen töten oder bei einem Suizid begleiten sollen, hat in den Niederlanden und Deutschland eine Welle der Kritik ausgelöst. Selbst die Niederländische Ärztevereinigung KNMG zeigte sich „skeptisch“ und warnte vor unabsehbaren Folgen für das Arzt-Patient-Verhältnis. „Wir halten es für problematisch, dass in diesen Fällen die Beziehung zwischen Arzt und Patient ausschließlich auf die Sterbehilfe konzentriert ist“, erklärte Eric van Wijlick, der bei der KNMG das Projekt „Unterstützung und Beratung bei Euthanasie in den Niederlanden“ leitet. Laut van Wijlick bestehe in den Fällen, in denen ein Arzt ihm nicht be-

kannte Patienten nur unter dem Aspekt der Euthanasie aufsuche, zudem „die Gefahr, dass die Alternativen schnell aus dem Blick geraten“. Die NVVE begründet die Einführung der mobilen Euthanasie-Teams, die aus je einem Arzt und einem Pfleger bestehen sollen, mit der Behauptung, auch zehn Jahre nach der Legalisierung der „Tötung auf Verlangen“ und des „ärztlich assistierten Suizids“ gäbe es in den Niederlanden immer noch Menschen, die sich eine Beendigung ihres Lebens wünschten, aber keinen Arzt fänden, der dazu bereit sei. Eugen Brysch, Geschäftsführender Vorstand der „Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung“, will dies nicht gelten lassen. Derzeit fänden 80 Prozent der gemeldeten Euthanasie-Fällen in den Niederlanden zu Hause statt. „Mit dem neuen Modell soll der Hausarzt umgangen werden und keine Zweitmeinung mehr nötig sein“, ist Brysch überzeugt. Das 2002 in den Niederlanden in Kraft getretene Gesetz, sichert Ärzten, die Patienten auf deren Verlangen töten oder bei einem Suizid zur Hand gehen, Straffreiheit zu, wenn diese die im Gesetz vorgeschriebenen „Sorgfaltskriterien“ beachten. Dazu gehört auch, dass der Arzt vor der Durchführung der Euthanasie „mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt“ konsultiert. „Wenn ein Hausarzt, der den Patienten gut kennt, die Sterbehilfe ablehnt und auch keinen Kollegen bittet, sie zu übernehmen, wird er seine Gründe haben“, meint Raymond Voltz, Vizepräsident der „Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin“. „Wenn die ambulante Sterbehilfe nach den Regularien korrekt ist, dann sind die Regularien zu lasch“, so Voltz. Die Bundesvorsitzende der Christdemokraten für das Leben (CDL), Mechthild Löhr, bezeichnete die Einführung der ambulanten Euthanasie und die geplante Eröffnung einer „Sterbeklinik“ als „Tod auf Bestellung“ und „kultivierte Form der Barbarei“. Auf diese Weise werde der Tod kommerzialisiert und drohe zu einem „Jedermann-Angebot“ zu werden.

Ethiker für die Legalisierung von Kindstötungen

Zwei Bioethiker der Universität Melbourne und der Universität Mailand haben in einem in der Fachzeitschrift „Journal of Medical Ethics“ erschienenen Aufsatz vorgeschlagen, die Tötung von Neugeborenen für alle Fälle zu erlauben, in denen Abtreibungen als legal betrachtet würden. Francesca Minerva und Alberto Giubilini begründeten ihre Forderung mit der Behauptung, ein neugeborenes Kind sei genauso wenig eine Person, wie der Embryo im Mutterleib. Weder ungeborene Menschen noch Babys seien in der Lage „ihrer eigenen Existenz einen fundamentalen Wert zuzuschreiben.“ Weil dies so sei, seien sie auch unfähig, die Vernichtung ihrer Existenz als „Verlust“ zu betrachten. Wo es aber niemanden gebe, der durch einen Verlust einen „Schaden“ erleide, könne selbst eine Tötungshandlung auch „keinen Schaden“ hervorrufen. Die Autoren schlagen vor, künftig statt von Kindstötungen oder Früheuthanasie von „nachgeburtlichen Abtreibungen“ zu sprechen.

Google verbietet Abtreibungs-Ads

Die am Wiener Fleischmarkt ansässige Abtreibungsklinik „pro:woman“ hat bei der EU-Kommission Beschwerde gegen den Suchmaschinenbetreiber Google eingereicht. Der Grund: Google hatte in Österreich Anzeigen, sogenannte Ads, der Klinik gesperrt, mit denen diese für sich werben wollte. „Wir haben eine Reihe von Regeln darüber, was Werbeanzeigen bei Google zeigen dürfen und was nicht. Unsere Abortion Policy macht klar, dass wir in Österreich keine Werbung im Zusammenhang mit Abtreibung erlauben. Wenn wir Werbung entdecken, die diese Regeln bricht, leiten wir angemessene Aktionen ein“, zitiert das Internetportal „futurazone“ einen Google-Sprecher. Gleiches gelte auch für Deutschland, Frankreich, Schweiz und eine Reihe weiterer Länder.