
Rechtliche Grenzen medizinischer Innovation: Lebensschutz – Lebensrecht

Wolfram Höfling

I. Problemaufriss

Die rasanten Neuerungen der biowissenschaftlichen Entwicklungen haben die Lebensweise der Menschen in einer Weise verändert, dergegenüber das meiste, was heute als Politik verhandelt wird, geradezu harmlos ist.¹ Naturbeherrschung ist zur technischen Subjektbeherrschung geworden. Die ungeheure Gestaltungsmacht des biomedizinischen Subsystems vollzieht sich dabei – ganz im Unterschied zu den „normalen“ Entscheidungen des politischen Systems – unter besonderen Bedingungen: Während die demokratisch legitimierte Ausübung von Staatsgewalt mit ihren Einflussinstrumentarien Recht, Geld, Information usw. durch komplexe Entstehungs-, Kontroll- und Korrekturstrukturen abgeschwächt wird, ist die Subpolitik des medizinischen Fortschritts von implementationsloser Direktheit. Ulrich Beck hat deshalb schon vor einem knappen Vierteljahrhundert zu Recht von einem System der Politik der vollendeten Tatsachen gesprochen, das zugleich evolutionär bislang nicht bekannte Entscheidungssituationen existenzieller Art produziert.²

Begleitet wird diese Entwicklung durch eine Diskurs-Disziplin, deren Terminologie und deren analytische Kategorien nicht selten nur eine beschwichtigend-legitimierende Funktion erfüllen: die Bioethik. Sie verhält sich – einem bösen Wort des Biochemikers Erwin Chargaff zufolge – zur Ethik ebenso wie Militärmusik zu Musik.

Auch wenn man dies für übertrieben halten mag: die bioethische Diskussion bewirkt mehr als eine Verschiebung der Tonlage, die bis in die Verfassungsrechtsordnung nachklingt.

Insgesamt befindet sich damit die normative Regulierung medizinischer und biowissenschaftlicher Innovation gleichsam in einem „Zangengriff“, der die Direktionskraft verfassungsrechtlicher Vorgaben herausfordert bzw. relativiert: Die biowissenschaftlichen Realien konfrontieren uns nahezu tagtäglich mit neuartigen Phänomenen und Entwicklungsprozessen, sodass die Möglichkeiten zur technischen Manipulation sich dem ordnenden Zugriff des Rechts permanent zu entziehen scheinen (Hase-Igel-Wettlauf). Mit geradezu elementarer Wucht trifft gerade die anthropotechnische Revolution die konzeptuellen Netzwerke, die wir Menschenbilder nennen, mit diesen aber auch die Menschenrechte und die in ihnen gespeicherten Vorstellungen vom Menschen.³ Den Grundrechten droht so gleichsam die biomedizinische Auflösung.⁴

II. Referenzgebiete

Dieser – zugegeben: etwas zugespitzte – Befund lässt sich an zahlreichen Referenzgebieten der Medizin exemplifizieren:

(1) Blickt man etwa auf die Entwicklung der Reproduktionsmedizin, so erkennt man tiefgreifende Transformationen nicht nur der menschlichen Fortpflanzung selbst, sondern auch der hieran anknüpfenden sozialen Ordnungsmuster. Dies betrifft etwa die „Dispersion von Elternfunktionen“: Durch Gametenspende und Leihmutterchaft kommt es zu einer Aufspaltung der Elternschaft, an der im Extremfall fünf Personen beteiligt sein können: die Eizellenspenderin und der Samenspender, die Leihmutter

und das Paar, das das Kind großzieht. Dabei ist die soziale Elternschaft bereits bei der Initiierung der „Produktion“ unabhängig von der biologischen Fähigkeit zur Zeugung. Schließlich kommt es zu teilweise geradezu abstrusen zeitlichen Streckungen: Zwischen Gametenspende, Befruchtung, Schwangerschaft und Geburt können aufgrund von Kryokonservierung jeweils Zäsuren eingeschoben werden und die Geburt als biografisches Datum weitgehend unabhängig von der Lebenszeit der genetischen Eltern konstruiert werden. Schließlich betrifft der problematischste Aspekt die vorgeburtliche Selektion aufgrund von Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik.

(2) Dies soll hier allerdings nicht vertieft werden. Die Fokussierung des Titels auf „Lebensschutz – Lebensrecht“ lässt es als sinnvoll erscheinen, die Referenzprobleme exakt an jenen Polen zu verorten, die den Lebensbeginn und das Lebensende betreffen. Hier möchte ich zeigen, wie medizinische bzw. biowissenschaftliche Innovationen neue Konfliktkonstellationen erzeugen, deren Auflösung ihrerseits neue Rechtfertigungskonzepte hervorbringt, mit weitreichenden Folgen für die verfassungsrechtliche Integritätsschutzordnung.

III. Zur Entwicklung der Hirntodkonzeption und zu ihren konzeptionellen Schwächen

Bis weit in die fünfziger Jahre des letzten Jahrhunderts waren „hirntote“ Patienten unbekannte Wesen. Da u. a. die künstliche Beatmung noch unbekannt war, hatte die hinreichend schwere Beschädigung des Gehirns den irreversiblen Stillstand der Atem- und Kreislauffähigkeit und damit den Zusammenbruch des gesamten Organismus, d. h. den Tod, zur Folge. Im Jahre 1959 beschrieben dann die französischen Ärzte Mollaret und Goulon einen neuen me-

dizinischen Zustand: Sie hatten Patienten beobachtet, deren Gehirn nach einem längeren Atemstillstand durch Sauerstoffmangel irreversibel zerstört war, deren Organismus jedoch durch künstliche Beatmung am Leben erhalten werden konnte. Diesen Zustand bezeichneten die beiden Ärzte als *coma dépassé*.

Die Innovation gebar sogleich ein ethisches Problem: Man versetze sich in die Intensivstationen der frühen sechziger Jahre, in denen der medizinische Fortschritt pulsiert, das Unmögliche machbar erscheint, aber gleichzeitig eine durchaus nennenswerte Zahl von Patienten chancenlos an der Beatmungsmaschine hängt, weil die Reanimation für das empfindliche Gehirn zu spät gekommen war. Durch die Automatisierung der künstlichen Beatmung war nun der intuitiv legitime Behandlungsabbruch bei diesen Patienten nicht mehr durch bloßen Verzicht auf weitere Interventionen zu realisieren, sondern nur durch die aktive Handlung der Abschaltung einer Maschine, die dann unmittelbar zum Tode des Patienten führte. Was dies für Ärzte und Pflegende bedeutete, ist unmittelbar einleuchtend vor dem Hintergrund, dass bis heute eine normative Einschätzung des Behandlungsabbruchs unter Ärzten mit konstant fünfzigprozentiger Wahrscheinlichkeit fehlerhaft ist. Das Dilemma wurde durch die Erkenntnis verschärft, dass die Behandlung dieser Patienten wertvolle intensivmedizinische Ressourcen, nämlich Behandlungsplätze und Pflegezeit, „sinnlos“ band, die anderen Kranken mit besserer Prognose vorenthalten wurden.⁵

Doch die Geschichte bekommt eine zusätzliche Dynamik, und der bereits angedeutete Ressourcenkonflikt wird einige Jahre später durch eine weitere revolutionäre Innovation zugespitzt. Die erste Herzverpflanzung Ende 1967 – nicht in den USA, sondern in Südafrika – durchbrach uralte Tabuvorstellungen. Das Herz, von frühesten Zeiten an

nicht nur in Theologie und Philosophie, sondern auch in der Opfer-, Hinrichtungs- und Bestattungspraxis Verkörperung von Lebensmitte gleichermaßen wie entscheidendes *atrium mortis*, war durch dieses spektakuläre Medizin- und Medienereignis plötzlich zum auswechselbaren Ersatzteil geworden. Vor aller Augen war demonstriert, dass der Mensch „seinen eigenen Herztod überleben konnte – und umgekehrt das Herz den individuellen Tod“.⁶ Gerade dieser letzte Aspekt provozierte – erneut – die Frage, ob denn der Organspender zum Entnahmezeitpunkt schon tot gewesen sein konnte.

Die „Antwort“ gab schon wenige Monate später das Harvard Ad Hoc Committee in seiner aufschlussreichen Stellungnahme, mit der die Hirntodkonzeption jedenfalls für die westliche Welt für längere Zeit unangefochten etabliert wurde. Gleichsam mit einem Federstreich wurden die intrikaten Probleme – Zulässigkeit des Behandlungsabbruchs bei irreversiblen Hirnversagen; begrenzte Ressourcen in der Intensivmedizin; Bedarf an Organen für die neue Technik der Transplantation lebenswichtiger Organe – gelöst. In dem Papier heißt es:

„Unser primäres Anliegen ist, das irreversible Koma als neues Todeskriterium zu definieren. Es gibt zwei Gründe für den Bedarf an einer neuen Definition: Der medizinische Fortschritt auf den Gebieten der Wiederbelebung und der Unterstützung lebenserhaltender Funktionen hat zu verstärkten Bemühungen geführt, das Leben auch schwerstverletzter Menschen zu retten. Manchmal haben diese Bemühungen nur teilweisen Erfolg: Das Ergebnis sind dann Individuen, deren Herz fortfährt zu schlagen, während ihr Gehirn irreversibel zerstört ist. Eine schwere Last⁷ ruht auf den Patienten, die den permanenten Verlust ihres Intellekts erleiden,⁸ auf ihren Familien, auf den Krankenhäusern und auf solchen Patienten, die auf von diesen koma-tösen Patienten belegte Krankenhausbetten angewiesen

sind. Obsolete Kriterien für die Definition des Todes können zu Kontroversen bei der Beschaffung von Spenderorganen führen.“

Dieses durch und durch pragmatische Papier, dessen Verfassern ganz offenbar die traurige Ironie ihrer Formulierungen verborgen geblieben war, erlebte einen erstaunlichen Siegeszug. Auch die Bundesärztekammer und etliche Fachgesellschaften übernahmen – ohne jeden Versuch einer eigenständigen Begründung der Gleichsetzung von Hirntod und Tod – die neue Todeskonzeption. Auf vereinzelte Kritik reagierte die Ärzteschaft verbreitet mit apodiktischer Polemik. So heißt es etwa bei Molitor: „Wir Ärzte sollten uns ... jegliche Meinungsmache, sei es aus Profilneurose oder Sensationslust, verbitten. Die Feststellung des Tatbestands (des Hirntods) ist und bleibt ein medizinischer und somit ärztlicher, reproduzierbarer und nachprüfbarer Vorgang gemäß den Richtlinien der Bundesärztekammer außerhalb ethischer, philosophischer und emotionaler Spekulation.“⁹

Man weiß eigentlich nicht, worüber man angesichts derartiger Stellungnahmen, die sich beliebig vermehren ließen, mehr irritiert sein soll: über die jeder Vernunft widersprechende Behauptung, die Erarbeitung einer Todeskonzeption sei eine geradezu naturwüchsige Kompetenz der Medizin – oder über die Hartnäckigkeit, mit der aus der Position des „omnipotenten Medizinmannes“ (Rixen) heraus jede Art der Diskussion verweigert wird.

Jedenfalls wird eine völlige Vernachlässigung zwingender analytischer Differenzierungen deutlich, die sich in unserem Problemkontext ergeben: In der ernsthaften medizinethischen Diskussion ist seit längerem unumstritten, dass zwischen drei Ebenen zu unterscheiden ist:

(1) Was ist der Tod des Menschen?

Die attributive Ebene (Wer stirbt?) ist hier untrennbar verknüpft mit der definitorischen Ebene (Was ist der Tod?).

(2) Woran lässt sich der Tod erkennen?

Auf dieser kriteriologischen Ebene werden die Zeichen umschrieben, die den Eintritt des Todes abbilden (z. B. irreversibles Erlöschen aller Hirnfunktionen).

(3) Wie lassen sich die Todeskriterien nachweisen?

Auf dieser diagnostischen Ebene wird das Testverfahren im Einzelnen festgelegt (z. B. Hirntoddiagnostik).

Auf den ersten Blick wird deutlich, dass jedenfalls die attributive und definitorische Ebene weit jenseits der medizinischen Kompetenz angesiedelt ist.¹⁰ Es ist hier nicht der Ort, die elementaren Defizite der Hirntodkonzeption im Einzelnen darzulegen. Erwähnung soll aber finden, dass einer der maßgeblichen Urheber der einschlägigen Verlautbarungen der Bundesärztekammer zur Hirntodkonzeption, der Düsseldorfer Philosoph und Medizinethiker Dieter Birnbacher, jüngst seine inhaltlich befürwortende Haltung revidiert hat.¹¹

Ich möchte im Blick auf meine Themenstellung lediglich auf zwei integritätsgefährdende Konsequenzen der Innovationen in der Intensiv- und Transplantationsmedizin im Verbund mit der Etablierung der Hirntodkonzeption hinweisen:

(1) Die erste ist geradezu systemimmanent verknüpft mit einer stark pragmatisch-funktionalistischen Begriffs- und Regelbildung in der Medizin. Weitere Relativierungen und Aufweichungstendenzen sind kaum aufzuhalten. So ist die sog. *dead donor rule* in den USA schon seit Langem erheblich relativiert durch einen Rückgriff der Transplantationsmedizin auf sog. *non-heart-beating donors* nach Maßgabe des sog. Pittsburgh-Protokolls.¹² Entsprechendes gilt auch für die Kategorie III des sog. Maastricht-Protokolls aus dem Jahre 1995, das mit der Akzeptanz des sog. *controlled death* die Grenzen zwischen Leichen- und Lebendspende endgültig verwischt.¹³

(2) Noch gefährlicher sind allerdings jene Relativierungen des Lebensschutzes, die mit der Inanspruchnahme einer biowissenschaftlichen Definitionskompetenz über das angemessene Menschenbild einhergehen. Wenn und soweit die Gleichsetzung von Tod und (Ganz-)Hirntod mit dem Verlust von kognitiver Leistungsfähigkeit und damit schutzwürdigem menschlichem Leben begründet wird, dann sind nochmalige Vorverlegungen des Todeszeitpunkts nur konsequent. Dementsprechend formierte sich in den USA schon bald eine Kritikerfront, welche auf Teilhirntod-Kriterien abstellte; und der Council on Ethical and Judicial Affairs der American Medical Association empfahl 1995 ganz offiziell auch die Verwendung anenzephaler Neugeborener als Organspender.¹⁴ Es beruhigt nur wenig, dass die Empfehlung aufgrund von Kritik aus den eigenen Reihen wieder zurückgezogen wurde.¹⁵ Zutiefst beunruhigen muss dagegen, dass derartige Begründungsversuche Ausdruck einer weitverbreiteten bioethischen Position sind, nämlich der sog. Personen-Doktrin, die eine normative Differenz zwischen (Nur-)Menschen und Personen als Menschen mit bestimmten kognitiven Fähigkeiten unterscheidet. Peter Singer hat völlig zu Recht den Wandel des Todeskonzepts zur Hirntodkonzeption als Beleg für den gesellschaftlichen Siegeszug der Personen-Doktrin bezeichnet.¹⁶

IV. Embryonen- und Stammzellforschung

Die Personen-Doktrin behauptet als Nicht-Äquivalenz-Theorie eine Deckungslücke zwischen Nur-Menschen und Personen. Das Ausmaß dieser Deckungslücke variiert vor allem danach, welche Fähigkeiten für Personalität im Einzelnen gefordert werden. Dabei kann es um kognitive Fähigkeiten wie Intentionalität und die Fähigkeit zu urteilen, Zukunftsbewusstsein, Ichbewusstsein usw., aber auch

um moralische Fähigkeiten wie Autonomie und Verantwortungsfähigkeit gehen.¹⁷ Auch dieses muss hier nicht vertieft werden. In den zum Teil heftigen Auseinandersetzungen im Zusammenhang mit der Embryonen- und Stammzellforschung hat jedenfalls ein Großteil der Befürworter explizit oder implizit eine Variante der Personen-Doktrin vertreten. „Ein Wesen zu töten, das schlechthin kein subjektives Interesse an seiner eigenen Existenz haben kann, kann dieses Wesen nicht schädigen und daher ihm gegenüber kein Unrecht sein“ – so heißt es etwa bei Reinhard Merkel, dem Hamburger Rechtsphilosophen und Strafrechtler.¹⁸ Über welche personkonstituierenden Merkmale kann die Zygote oder eine experimentell erzeugte totpotente Zelle wohl verfügen?

V. Die verfassungsrechtliche Gegenposition

Doch ist bereits eine solche Frage aus der Perspektive des (deutschen) Verfassungsrechts (mindestens) irreführend. Für die elementaren grundrechtlichen Garantien des Art. 1 Abs. 1 und des Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG – den Würde- und Lebensschutz – gilt in klarer Absage an jedwede Spielart einer Personen-Doktrin die Äquivalenz-Doktrin: Der Mensch ist Person. Menschenwürde und Personenwürde sind von diesem Ansatz her austauschbar.¹⁹ Das Grundgesetz kennt keine Separierung zwischen bloßen Menschen und – allein subjektive Rechte beanspruchenden – Personen. Menschenwürdeloses Menschenleben kann es von Verfassungs wegen nicht geben. In den Worten des Bundesverfassungsgerichts: „Wo menschliches Leben existiert, kommt ihm Würde zu.“²⁰

Systematische und teleologische Auslegungsgesichtspunkte sprechen nun für eine Deutung, die das Schutzgut – oder besser: Schutzsubjekt – des Menschenwürdesatzes

und des Lebensgrundrechts weit und „inklusiv“ deutet. Das Grundgesetz (an)erkennt die „Sonderstellung“ des Menschen genau darin, dass die Menschen bereit sind, jedem Mitglied ihrer Gattung im gleichen Würde- und Integritätsstatus zu begegnen. Die Verfassung koppelt den Würde- und Integritätsschutz zurück an alle lebendigen Mitglieder der Gattung „Mensch“ – und zwar unabhängig von ihrem Entwicklungsstand, ihrem Alter, ihrem pathophysiologischen Zustand oder ihrer Todesnähe.²¹

VI. Schlussbemerkungen

Die hier vertretene Position mag manchem als gefährlich „innovationsfeindlich“ erscheinen, als fundamentalistische Kritik gleichsam von vatikanischen Hochufern herab. Manche, wie der frühere Präsident der Max-Planck-Gesellschaft, Hubert Markl, vermuten hinter solcher Kritik nur „Pawlow-Reflexe biopolitischer Sofortentrüstung“.²² Doch den biowissenschaftlichen und bioethischen Herausforderungen kann – das ist meine Überzeugung – nur eine Verfassungsrechtslehre gerecht werden, die sich dem offenen Menschenbild des Grundgesetzes verpflichtet weiß und die die Verfassung nicht einsetzt als definitorisches Selektionsinstrument zur Unterscheidung von interessenfähigen Personen mit Lebens- und Würderecht einerseits sowie defizitären Unpersonen andererseits. Die grundgesetzlichen Garantien der Menschenwürde und des Menschenlebens jedenfalls dürfen nicht als „Wanderdünen“ missverstanden werden, die vor jedem neuen Tabubruch zurückweichen.

Anmerkungen

¹ *Kuhlmann, Andreas*: Politik des Lebens, Politik des Sterbens. Berlin 2001, 14.

² Näher *Beck, Ulrich*: Risikogesellschaft. Frankfurt am Main 1986,

329ff.; ferner *Höfling, Wolfram*: Depossedierung des Verfassungsrechts durch die Philosophie?, in: *Taupitz, Jochen (Hrsg.): Die Bedeutung der Philosophie für die Rechtswissenschaft*. Berlin/Heidelberg 2001, 37–50 (50).

³ Dazu auch *Rixen, Stephan*: Die reprogenetische Diffusion des Körpers. In: *Schwarte, Ludger (Hrsg.): Körper und Recht. Anthropologische Dimensionen der Rechtsphilosophie*. München 2003, 211–228.

⁴ Zum Ganzen *Höfling, Wolfram*: Biomedizinische Auflösung der Grundrechte, in: *Bitburger Gespräche, Jahrbuch 2002/II (2003)*, 99–115.

⁵ Zum Ganzen mit Nachweisen *In der Schmittten, Jürgen*: Anhang zu § 3: Zur Entwicklung der „Hirntod“-Konzeption – eine kritische Analyse aus medizinischer Perspektive. In: *Höfling, Wolfram (Hrsg.): Transplantationsgesetz. Kommentar*. Berlin 2003, 144 (147ff.).

⁶ So *Geilen, Gerd*: Medizinischer Fortschritt und juristischer Todesbegriff. In: *Lüttger, Hans u. a. (Hrsg.): Festschrift für Ernst Heintz zum 70. Geburtstag am 1. Januar 1972, 1972*, 373–396 (373).

⁷ Im Original heißt es: *burden*.

⁸ Im Original: *suffer*.

⁹ Vgl. *Molitor, Dietmar*: Dürfen Transplanteure manchmal träumen? In: *Therapiewoche 42 (1992)*, 2653ff.

¹⁰ Zum Ganzen vgl. auch *Höfling, Wolfram*: Um Leben und Tod: Transplantationsgesetzgebung und Grundrecht auf Leben. In: *Juristenzeitung 50 (1995)*, 26–33; *Höfling, Wolfram / Rixen, Stephan*: Verfassungsfragen der Transplantationsmedizin. Tübingen 1996; *Rixen, Stephan*: Lebensschutz am Lebensende. Berlin 1999.

¹¹ Vgl. *Birnbacher, Dieter*: Die Grenzen der Philosophie und die Grenzen des Lebens. In: *Ethik in der Medizin 18 (2006)*, 315–319. Dort heißt es auf S. 317f.: „Aus der Sicht einer an wissenschaftlichen Kriterien orientierten Explikation erscheint aber gerade die Hirntoddefinition kaum befriedigend, und zwar deshalb nicht, weil sie auch nur moderaten Kohärenzansprüchen nicht genügt, z. B. der Symmetrie zwischen Lebensbeginn und Lebensende. Eine solche Symmetrie ist ... bereits aus logischen Gründen unabweisbar. Ein Ding einer bestimmten Art beginnt erst dann zu existieren, wenn alle ihre wesentlichen Eigenschaften vorliegen, und es hört auf zu existieren, wenn es nicht mehr der Fall ist, daß alle

ihre wesentlichen Eigenschaften realisiert sind. Wenn aber – mit Michael Quante ...– die wesentliche Eigenschaft des Lebens die Selbststeuerung unter Nutzung externer Ressourcen ist, sollte die Selbststeuerung des Körpers des beatmeten Hirntoten ebenso als Phase des Lebens gelten, wie auch die Selbststeuerung des vom Organismus der Mutter abhängigen frühen Embryos als Phase des Lebens gilt.“

¹² Vgl. dazu nur mit weiteren Nachweisen *In der Schmitt* (wie Anm. 5), 163.

¹³ Dazu etwa *Norba, Daniela*: Rechtsfragen der Transplantationsmedizin aus deutscher und europäischer Sicht. Berlin 2009, 52f. unter Verweis u. a. auf kritische Überlegungen von *Obermann, K. / Nagel, E. / Pichelmayr, R.*: Ethical Considerations In Procuring Organs From Non-Heart-Beating Donors After Sudden Cardiac Death. In: *Transplantation Proceedings* 27 (1995), 2924f. (2925).

¹⁴ Vgl. *Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association*: The Use of Anencephalic Neonates as Organ Donors. In: *Journal of the American Medical Association* 273 (1995), 1614–1618.

¹⁵ Vgl. *Plows, Ch. W.*: Reconsideration of AMA Opinion on Anencephalic Neonates as Organ Donors. In: *Journal of the American Medical Association* 1996, 443–444.

¹⁶ Dazu *Höfling* (wie Anm. 2), 42.

¹⁷ Vgl. dazu *Höfling* (wie Anm. 2), 38.

¹⁸ Vgl. dazu *Höfling* (wie Anm. 2), 38.

¹⁹ Beispielhaft für eine solche Position *Spaemann, Robert*: Person ist der Mensch selbst, nicht ein bestimmter Zustand des Menschen. In: *Thomas, Hans* (Hrsg.): *Menschlichkeit der Medizin*. Stuttgart 1993, 261–276; dazu ferner *Höfling, Wolfram*: Von Menschen und Personen – Verfassungsrechtliche Überlegungen zu einer bioethischen Schlüsselkategorie. In: *Dörr, Dieter* u. a. (Hrsg.): *Die Macht des Geistes*. Festschrift für Hartmut Schiedermaier. Heidelberg 2001, 363–376.

²⁰ BVerfGE 39, 1 (41); 88, 203 (252).

²¹ Hierzu *Höfling, Wolfram*: Wer definiert des Menschen Leben und Würde? In: *Depenheuer, Otto* u. a. (Hrsg.): *Staat im Wort*. Festschrift für Josef Isensee. Heidelberg 2007, 525–534 (528ff.).

²² Vgl. dazu *Höfling* (oben Fn. 4), 99ff. (99).