

Informationen & Recherchen

Was regeln in einem Triage-Gesetz? Zur Zuteilung von Überlebenschancen bei unzureichenden medizinischen Ressourcen

Teil 2

Dr. Katja Gelinsky



Inhaltsverzeichnis

Kurz und knapp	3
Einleitung	4
Selbstvergewisserung über verfassungsrechtliche Fundamente	4
Gleichklang ethischer Triage-Empfehlungen mit dem Recht?	4
Einzelschicksal versus öffentliche Gesundheitsfürsorge	4
Konfliktvermeidung durch Zufallsentscheid?	4
Normative Enthaltbarkeit	5
Losverfahren und zeitliche Priorität in der klinischen Praxis	5
Scheu vor politischer Verantwortung?	5
Katalog unzulässiger Kriterien für die Patientenauswahl	5
Auswahl nach Alter und Lebenszeit?	6
Eklatanter Widerspruch zur Grundrechtsordnung	6
Rettet zuerst die Retter?	6
Die strafrechtliche Bewertung von Rettungskonflikten	7
Nichtaufnahme intensivmedizinischer Maßnahmen (Ex-ante Triage)	7
Abbruch begonnener intensivmedizinischer Maßnahmen (Ex-post Triage)	7
Einebnung von Tun und Unterlassen?	8
Kein Rückhalt durch die Rechtsprechung	8
Keine normative Gleichheit.....	8
Karlsruher Verbot der „Verdinglichung“ und „Entrechtlichung“	9
Strafrechtliche Risiken bei Befolgung der ethischen Empfehlungen.....	9
Patientenauswahl nach klinischer Erfolgsaussicht?	9
Singularer Wert eines jeden Menschen	10
Wie weit reicht das Verbot staatlicher Bewertung?	10
Problematische Folgen gesetzgeberischer Enthaltbarkeit	11
Kein Zugriff auf geschützte Rechtspositionen	11
Das Grundgesetz duldet keine „Kategorie der Hoffnungslosen“	11
Kluge Zurückhaltung üben.....	12
Tragik der Triage durch Schaffung von Rechtssicherheit erträglicher machen	12
Die Autorin	13
Impressum	13

Kurz und knapp

- › Im Fall einer Epidemie, die dazu führt, dass die intensivmedizinischen Ressourcen nicht mehr für alle Patienten reichen, steht der Gesetzgeber vor einem Dilemma: Einerseits berührt die Zuteilung von Überlebens- und Sterberisiken elementare Grundrechte eines jeden akut behandlungsbedürftigen Patienten, andererseits sind überindividuelle Interessen der Gesundheitsfürsorge zu berücksichtigen. Die staatlichen Möglichkeiten, die Patientenauswahl zu steuern sind jedoch begrenzt, da jedem Menschenleben allein aufgrund seiner Existenz der gleiche Geltungs- und Würdeanspruch zukommt.
- › Durch eine gesetzliche Vorgabe, die Patientenauswahl solle nach dem Zufallsprinzip erfolgen (Losverfahren und strikte zeitliche Priorität) würde eine staatliche Bewertung von Leben und damit die Gefahr einer Missachtung der Menschenwürdegarantie vermieden. Mit Blick auf das ärztliche Berufsverständnis erscheint der Zufallsentscheid jedoch problematisch. Auch könnte der Eindruck entstehen, der Gesetzgeber versäume es, normative Orientierung für die Bewältigung existentieller Konfliktlagen zu geben.
- › Bei der Formulierung eines Negativkatalogs unzulässiger Klassifizierungskriterien bei der Patientenauswahl könnte sich der Gesetzgeber an den Empfehlungen der medizinischen Fachgesellschaften kombiniert mit jenen des Ethikrates orientieren.
- › Der Gesetzgeber sollte den ethischen Empfehlungen folgen und auch eine Patientenauswahl anhand des Lebensalters und der Zahl der noch verbleibenden Lebensjahre für unzulässig erklären. Die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen allein am Maßstab des Alters oder der verbleibenden Lebenszeit stünde in eklatantem Widerspruch zur Grundrechtsordnung.
- › Aller Voraussicht nach würden sich die gesetzlichen Beratungen über ein Triage-Gesetz ohnehin extrem schwierig gestalten. Es wäre wenig hilfreich, sie zusätzlich mit einer fragwürdigen Vorzugsregelung für systemrelevante Berufe nach der Devise „rettet die Retter“ zu belasten.
- › Ein Triage-Gesetz, in dem spiegelbildlich zu den klinisch-ethischen Empfehlungen der medizinischen Fachgesellschaften eine möglichst „nutzbringende Teilhabe“ an der intensivmedizinischen Versorgung nach Maßgabe der „klinischen Erfolgsaussicht“ vorgegeben würde, erscheint verfassungsrechtlich nicht akzeptabel. Derartige Nützlichkeitsabwägungen des Gesetzgebers wären mit der staatlichen Verpflichtung zum Schutz des Lebens und zur Achtung der Menschenwürde nicht vereinbar.
- › Der Staat wäre verfassungsrechtlich zwar nicht verpflichtet, generell zu verbieten, dass das Kriterium klinischer Erfolgsaussicht für die Patientenauswahl herangezogen wird. Es sollte aber sichergestellt werden, dass keine „Kategorie hoffnungsloser Fälle“ entsteht, die keine realistische Chance haben, bei der Zuteilung von Beatmungsgeräten berücksichtigt zu werden.
- › Der Gesetzgeber sollte klarstellen, dass Ärzte, die zur Rettung eines Patienten die bereits aufgenommene intensivmedizinische Behandlung eines anderen Patienten trotz fortbestehender Indikation abbrechen (Ex-post Triage), nicht im Einklang mit der Rechtsordnung handeln. Zur Vermeidung von Strafbarkeit kommt nur ein Entschuldigungsgrund in Betracht.
- › Der Gesetzgeber kann die Tragik der Triage nicht beseitigen. Es geht immer um Einzelfälle und Einzelfallentscheidungen. Aber die Konfliktlage würde für Patienten, Angehörige und Ärzte erträglicher, wenn der Gesetzgeber rechtliche Grenzen bei der Patientenauswahl aufzeigt und damit das Vertrauen in Entscheidungsprozesse stärkt, von denen zu hoffen ist, dass sie uns erspart bleiben.

Einleitung¹

Im ersten Teil dieses Beitrags² wurde dargelegt, dass der Gesetzgeber gefordert ist, sich mit der sogenannten Triage-Problematik zu befassen, also mit Krisensituationen, in denen Ärzte mangels ausreichender medizinischer Ressourcen entscheiden müssen, welche Patienten eine lebensrettende Behandlung bekommen und welche nicht.

Selbstvergewisserung über verfassungsrechtliche Fundamente

Wenn Überlebenschancen und Sterberisiken zugeteilt werden, geht es im Kern um die Selbstvergewisserung über Fundamente unserer Verfassungsordnung – Lebensschutz und Menschenwürde. Der Gesetzgeber sollte sich seiner Verantwortung stellen und Möglichkeiten und Grenzen legislativer Vorgaben für die Triage-Problematik ausloten. Darum soll es in diesem zweiten Teil gehen.

Gleichklang ethischer Triage-Empfehlungen mit dem Recht?

Welche Triage-Regelungen wären nach dem Grundgesetz und nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts möglich? Und welche ausgeschlossen? In den Blick genommen werden vor allem die ethischen Leitlinien, die medizinische Fachgesellschaften³ und der Deutsche Ethikrat⁴ angesichts der Corona-Epidemie veröffentlicht haben. Wie fügen sich diese Empfehlungen in den bestehenden Rechtsrahmen ein? Gibt es Diskrepanzen zum geltenden Recht? Welche Handlungsspielräume hat der Gesetzgeber, die ethischen Leitlinien zu übernehmen oder zu korrigieren? Ethiker und Rechtswissenschaftler geben darauf unterschiedliche, zum Teil widersprüchliche Antworten. Das macht es für die Politik nicht einfacher, aber umso dringlicher, Überlegungen zu rechtlichen Regelungen der Triage-Problematik anzustellen.

Einzelchicksal versus öffentliche Gesundheitsfürsorge

Die zentrale Herausforderung für den Gesetzgeber besteht darin, dass im Fall unzureichender medizinischer Ressourcen individueller Grundrechtsschutz und Notwendigkeiten des Krisenmanagements zum Wohle der Allgemeinheit miteinander in Konflikt geraten. Es kommt zu fundamentalen Problemen der Verteilungsgerechtigkeit. In der Ad-hoc-Empfehlung des Ethikrates heißt es dazu, für Ärzte ergebe sich eine „notwendige Erweiterung“ ihrer Grundorientierung: „von der ausschließlichen Konzentration auf das Wohl jedes einzelnen Patienten hin zur Berücksichtigung bestimmter Notwendigkeiten auch der öffentlichen Gesundheitsfürsorge unter den Bedingungen akuter Lebensgefahr für eine unabsehbar große Zahl weiterer, schwer und gleichartig Erkrankter“. Ähnlich heißt es in den Triage-Empfehlungen der medizinischen Fachgesellschaften: „Ergänzend zu dieser immer geltenden individual-ethischen Betrachtung [bei der medizinischen Versorgung] kommt mit der Priorisierung bei Mittelknappheit zusätzlich eine überindividuelle Perspektive hinzu.“ Für den Gesetzgeber stellt sich die schwierige Frage, mit Hilfe welcher Vorgaben zur Zuteilung knapper medizinischer Ressourcen es gelingen kann, grundrechtlichen Anforderungen und praktischen Notwendigkeiten der Krisenmedizin in Einklang zu bringen.

Konfliktvermeidung durch Zufallsentscheid?

Wie immer der Gesetzgeber die Zuteilung auch steuern mag, stets würde die Vorrangentscheidung zugunsten eines Patienten zwangsläufig eine womöglich tödliche Zurücksetzung eines anderen Erkrankten bedeuten. Einen salomonischen Ausweg aus diesem Dilemma scheint das Zufallsprinzip zu weisen: Entscheidet auf Anordnung des Gesetzgebers das Los darüber, wer von zwei akut behandlungsbedürftigen Patienten das einzig verfügbare Beatmungsgerät bekommt, wird Streit über normative Zuteilungskriterien vermieden.

¹ Im gesamten Text wird das generische Maskulinum verwendet.

² Siehe <https://www.kas.de/de/einzeltitel/-/content/brauchen-wir-ein-triage-gesetz> [21.04.2020].

³ Siehe <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/covid-19/1540-covid-19-ethik-empfehlung-v2/file> [21.04.2020].

⁴ Siehe <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-corona-krise.pdf> [21.04.2020].

Werden Patienten nacheinander eingeliefert, könnte der Gesetzgeber anordnen, dass die zeitliche Reihenfolge maßgeblich für die Zuteilung notfallmedizinischer Ressourcen sein soll. Auch dann würde ohne Ansehung des jeweiligen Patienten entschieden.

Normative Enthaltbarkeit

Die strikt egalitäre Ausrichtung des Losverfahrens und des zeitlichen Prioritätenprinzips trüge auch den Bedenken jener Rechnung, die staatliche Kriterien für die Zuteilung von Überlebenschancen und Sterberisiken als unvereinbar mit der Garantie der Menschenwürde ablehnen. Keinem Patienten würde ein besonderer Wert zu- oder abgesprochen. Der Gesetzgeber geriete nicht in Verdacht, sich Bewertungen anzumaßen, welches Leben eher Rettung verdient – das eines jungen Vaters, der drei Kinder zu versorgen hat, oder das einer greisen Witwe ohne Angehörige. Es wäre auch nicht das erste Mal, dass das Zufallsprinzip in die Rechtsordnung eingeführt würde. Das Bundesverfassungsgericht hat in Verfahren zur Studienplatzvergabe Zuteilungen durch Losentscheid nicht beanstandet, die freilich auch nur eine Nebenrolle spielten.⁵ Im Übrigen liegt auf der Hand, dass Fälle, in denen es um Leben und Tod geht, eine andere Bedeutung haben. In welchen Konstellationen der Zufall angemessenes Instrumentarium zur Gestaltung der Rechtsordnung ist, wird unterschiedlich beurteilt. Gründliche rechtliche Untersuchungen dazu, wie das Zufallsprinzip in der Triage zu bewerten ist, gibt es bislang, so weit ersichtlich, nicht.

Losverfahren und zeitliche Priorität in der klinischen Praxis

Sofern Bedenken gegen die Patientenauswahl nach dem Zufallsprinzip geäußert werden, beziehen sich diese eher auf praktische Erwägungen. Zu entscheiden wäre, welche Ereignisse und Zeiträume für die Ankunft von Patienten und das Losverfahren maßgeblich sein sollen. Zählt bereits, dass jemand im Rettungswagen auf dem Weg zur Klinik ist? Oder sind für das Losverfahren nur Patienten zu berücksichtigen, die sich – ja wo genau befinden: in der Einfahrt zum Klinikgelände? Im Eingang des Krankenhauses? Auf dem Stockwerk der intensivmedizinischen Abteilung? Fraglich ist

auch, ob der Zufallsentscheid sich mit dem ärztlichen Selbstverständnis zur gewissenhaften, am Wohle der Patienten ausgerichteten Berufsausübung vertrüge. In den klinisch-ethischen Leitlinien der Fachgesellschaften ist diese Option nicht vorgesehen.

Scheu vor politischer Verantwortung?

Fraglich ist, ob der Gesetzgeber mit der Vorgabe des Zufallsprinzips für die Patientenauswahl seiner Verantwortung gerecht würde. Sinn und Zweck gesetzgeberischen Handelns im Rechtsstaat ist es, Vorhersehbarkeit sicherzustellen, nicht aber Beliebigkeit zum Prinzip zu erheben. Ein Triage-Gesetz, das die Konflikte bei der Patientenauswahl mit Hilfe zeitlicher Priorität und Losentscheid zu bewältigen versucht, mag deshalb als Ausweichmanöver der Politik erscheinen. Ob dem Gesetzgeber damit mangelnde Entscheidungs- und Gestaltungsfähigkeit und Scheu vor der Verantwortung zu attestieren wäre oder aber kluge Einsicht in die begrenzten Möglichkeiten, tragische Entscheidungssituationen rechtlich einzuhegen – auch darüber kann man unterschiedlicher Meinung sein. Politischer Streit ließe sich durch Ausrichtung eines Triage-Gesetzes am Zufallsprinzip jedenfalls nicht vermeiden.

Katalog unzulässiger Kriterien für die Patientenauswahl

Soll nicht der Zufall darüber entscheiden, welche Patienten in Knappheitssituationen intensivmedizinisch versorgt werden, sind normative Bewertungen erforderlich. Zwei Kategorien werden diskutiert: negative und positive Kriterien. Prinzipiell weniger problematisch wäre ein Negativkatalog, in dem der Gesetzgeber festlegt, welche Erwägungen für die Patientenauswahl jedenfalls keine Rolle spielen dürfen. Zwar statuiert der Ethikrat in seiner Ad-hoc-Empfehlung zur Corona-Krise ein „Verbot eigener staatlicher Bewertung“ für die Vergabe knapper medizinischer Ressourcen. Gemeint ist aber, dass der Staat keine positiven Vorgaben zur Patientenauswahl machen dürfe. Formuliert der Gesetzgeber Kriterien des Nichtzulässigen, stellt er explizit Bewertungsverbote auf.

⁵ BVerfGE 43, 291, 147, 253.

Nach gegenwärtiger Gesetzeslage können Ärzte bei kollidierenden Rettungspflichten frei entscheiden, welchen akut behandlungsbedürftigen Patienten sie helfen und welche sie ihrem Schicksal überlassen.⁶ Von rechts wegen wäre es also möglich, dass ein Arzt, der mangels medizinischer Kapazitäten nicht allen Notfallpatienten helfen kann, aufgrund des Geschlechts, des Alters, der Herkunft oder des sozialen Status entscheidet, wer das letzte verfügbare Beatmungsgerät bekommt. Ethisch wird der Handlungsspielraum der Mediziner aber mittlerweile durch die Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften begrenzt. Unter Hinweis auf den Gleichheitsgrundsatz heißt es dort, nicht zulässig sei es, Patienten allein aufgrund des „kalendarischen Alters“ oder aufgrund „sozialer Kriterien“ vorzuziehen. Auch sei es „nicht vertretbar, die knappen medizinischen Mittel nur innerhalb der Gruppe der COVID-19-Erkrankten einzusetzen“. Der Ethikrat zieht den Verbotsradius noch weiter. Untersagt seien auch Differenzierungen „etwa aufgrund des Geschlechts oder der ethnischen Herkunft“. Die Aufzählung ist also nicht abschließend gemeint. Auch nennt der Ethikrat zusätzlich zur „sozialen Rolle“, deren angenommene „Wertigkeit“ sowie neben dem Alter auch die „prognostizierte Lebensdauer“.

Auswahl nach Alter und Lebenszeit?

In der Corona-Krise hat das Auswahlkriterium „verbleibende Lebenszeit“ einige Aufmerksamkeit erregt. So wurde über ethische Empfehlungen in Italien berichtet, nach denen Intensivmediziner anhand der mutmaßlich verbleibenden Lebensjahre der Notfallpatienten über die Vergabe der knappen Beatmungsgeräte entscheiden sollen. In manchen italienischen Kliniken wurden daraufhin alte Menschen, die notfallmedizinisch hätten versorgt werden müssen, abgewiesen. Eine vergleichbare Vorgabe wie in Italien wäre dem deutschen Gesetzgeber verwehrt. Im Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum Luftsicherheitsgesetz,⁷ auf das noch näher einzugehen sein wird, heißt es: „Menschliches Leben und menschliche Würde genießen ohne Rücksicht auf die Dauer der physischen Existenz des einzelnen Menschen gleichen verfassungsrechtlichen Schutz.“ Gleichwohl gibt es auch hierzulande Stimmen, die Alter

und verbleibende Lebenszeit als zulässige Auswahlkriterien in Triage-Situationen betrachten. Argumentiert wird unter anderem, dass es moralisch richtig sei, möglichst viel Lebenszeit zu retten. Andere meinen, es sei „Gebot der Aufrichtigkeit“, die Lebenserwartung offen als zulässiges Kriterium zu benennen. Jene, die eine Priorisierung von Patienten nach dem Alter befürworten, berufen sich unter anderem darauf, dass die speziellen Diskriminierungsverbote in Artikel 3 Abs. 3 des Grundgesetzes das Alter nicht erwähnten. Die Rechtsordnung knüpfe in verschiedenen Bereichen, etwa bei der Geschäftsfähigkeit, an das Alter an. Bei Knappheit medizinischer Ressourcen sei es sachlich gerechtfertigt, jüngeren Patienten den Vorzug zu geben, da ältere Menschen bereits mehr Gelegenheit zur Verwirklichung von Lebensplänen und auch zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen gehabt hätten.

Eklatanter Widerspruch zur Grundrechtsordnung

Wer so argumentiert, misst dem Leben älterer Menschen und dem Leben derer, die zum Beispiel wegen Vorerkrankungen eine ungünstige Prognose verbleibender Lebenszeit haben, geringeren Wert zu. Die Würde des Menschen ist jedoch unabhängig von der Lebensphase zu achten. Die Zurücksetzung von Patienten allein aufgrund ihres Alters oder der Zahl der noch verbleibenden Lebensjahre stünde in eklatantem Widerspruch zur Grundrechtsordnung. Dies sollte der Gesetzgeber in einem Triage-Gesetz klarstellen.

Rettet zuerst die Retter?

Es besteht prinzipiell Einigkeit darüber, dass soziale Kriterien beziehungsweise soziale Wertigkeit keine Rolle bei der Vergabe knapper Beatmungsgeräte spielen dürfen und der Gesetzgeber entsprechende Vorgaben in einem Triage-Gesetz machen könnte. Eine vorrangige notfallmedizinische Versorgung etwa von wohlhabenden gegenüber sozial schwachen Patienten oder von Eltern minderjähriger Kinder gegenüber Kinderlosen wäre demnach unzulässig. Es gibt allerdings Stimmen, die für Angehörige systemrelevanter Berufe, vor allem für Rettungskräfte, aus Gründen der Rettungseffizienz Ausnahmen vom Verbot sozialer

⁶ Siehe dazu Teil 1 dieses Beitrags, S. 6. – <https://www.kas.de/de/einzelartikel/-/content/brauchen-wir-ein-triage-gesetz> [21.04.2020].

⁷ BVerfGE 115, 118.

Wertigkeit fordern. Die Bevorzugung von Patienten in Schlüsselpositionen für das Gesundheits- und Staatswesen, so die Argumentation, liege im allgemeinen Interesse und sei damit sachlich gerechtfertigt. Mit ihrer Priorisierung sei auch keine Abwertung anderer Personen verbunden, da die Begünstigten nicht um ihrer selbst willen, sondern aufgrund ihrer Bedeutung für das Gemeinwesen vorrangig intensivmedizinisch versorgt würden. Ob das Bundesverfassungsgericht, das bislang in Verfahren staatlicher Lebensrettungsmaßnahmen eine streng antiutilitaristische Linie vertritt, dieser Argumentation folgen würde, erscheint indes zweifelhaft. Im Übrigen dürfte es schon schwierig werden, politisches Einvernehmen darüber zu erzielen, wer unverzichtbar ist. Zählen etwa Journalisten und Kulturschaffende dazu? Geistliche? Politiker? Polizisten? Militärangehörige? Oder nur manche von ihnen? Selbst wenn man sich auf medizinisches Personal beschränkt, lässt sich schwerlich festlegen, wer für das Gesundheitswesen unersetzlich ist. Bezeichnenderweise sehen die Empfehlungen der medizinischen Fachgesellschaften und des Ethikrates keine Vorzugsbehandlung bestimmter Funktionsträger oder von Angehörigen bestimmter Berufsgruppen vor. Gesetzliche Beratungen über ein Triage-Gesetz würden sich aller Voraussicht nach ohnehin extrem schwierig gestalten. Es wäre wenig hilfreich, sie zusätzlich mit einer fragwürdigen Vorzugsregelung nach der Devise „rettet zuerst die Retter“ zu belasten.

Die strafrechtliche Bewertung von Rettungskonflikten

Ein gesetzlicher Katalog unzulässiger Kriterien für die Zuteilung knapper medizinischer Ressourcen würde Patienten mit intensivmedizinischer Indikation einen gewissen Schutz und Ärzten eine gewisse Orientierung bei der Patientenauswahl bieten. Es blieben aber erhebliche Unsicherheiten, etwa zu möglichen strafrechtlichen Konsequenzen für Ärzte, die vor der Frage stehen, welchen Patienten in lebensbedrohlicher Lage sie helfen und welchen nicht. So gibt es Streit darüber, wie Rettungskonflikte rechtlich einzuordnen sind. Hinzu kommt, dass die für Triage-Situationen maßgeblichen strafrechtlichen Maßstäbe zum Teil nicht normiert sind. Manches ist zwar gewohn-

heitsrechtlich anerkannt, aber für manche Konstellationen gibt es bislang keine klare strafrechtliche Einordnung.

In der Triage-Debatte werden meist zwei Konstellationen diskutiert: Im ersten Fall konkurrieren zwei Patienten, die noch nicht intensivmedizinisch versorgt werden um das einzige noch verfügbare Beatmungsgerät (sogenannte Ex-ante Triage). Im zweiten Fall sind bereits alle Beatmungsgeräte vergeben, so dass neue Patienten mit Patienten konkurrieren, die bereits intensivmedizinisch behandelt werden (sogenannte Ex-post-Triage).

Nichtaufnahme intensivmedizinischer Maßnahmen (Ex-ante Triage)

In dieser Konstellation steht der Arzt vor der Entscheidung, ob Patient A oder Patient B das einzige freie Beatmungsgerät bekommt. Stirbt Patient A, da Patient B das Gerät bekam, müsste sich der Arzt prinzipiell wegen Totschlags durch Unterlassen verantworten. Doch war ihm die Rettung beider Patienten schlichtweg unmöglich. Er hatte keine andere Wahl, als einen Patienten seinem Schicksal zu überlassen. In solchen Fällen greift zugunsten des Arztes nach weitgehender Meinung der ungeschriebene strafrechtliche Rechtfertigungsgrund der Pflichtenkollision. Dem Arzt wird also nicht der Vorwurf gemacht, er habe durch die unterlassene Beatmung von Patient A die Rechtsordnung verletzt.

Abbruch begonnener intensivmedizinischer Maßnahmen (Ex-post Triage)

Anders ist die Situation, wenn der Arzt bereits den Notfallpatienten A an ein Beatmungsgerät angeschlossen hat und ein neuer Patient B hinzukommt, der ebenfalls intensivmedizinisch versorgt werden müsste. Stirbt Patient A, weil der Arzt ihm das Beatmungsgerät wegnimmt, um Patient B zu versorgen, etwa weil dieser bessere Überlebenschancen hat, ist das Verhalten des Arztes nach überwiegender Meinung als aktive rechtswidrige Tötung von Patient A zu bewerten. Die Lebensrettung von Patient B wird also, anders als im ersten Fall, nicht als Rechtfertigungsgrund anerkannt. In Betracht kommt nur ein Entschuldigungsgrund, das heißt, der Arzt bliebe straffrei, wenn die persönliche Vorwerfbarkeit des Behandlungsabbruchs angesichts seiner Rettungspflicht gegenüber Patient B so weit herabgesetzt wäre,

dass auf Strafe verzichtet werden könnte. Der Ethikrat spricht von „einer möglichen (straf-)rechtlichen Aufarbeitung des Geschehens mit einer entschuldigenden Nachsicht der Rechtsordnung“. Bislang ungeklärt ist jedoch, welches strafrechtliche Instrumentarium zu dieser „entschuldigenden Nachsicht“ führen könnte.

Einebnung von Tun und Unterlassen?

Die eben geschilderte strafrechtliche Bewertung des ärztlichen Behandlungsabbruchs stößt jedoch auf Kritik, die durch die Corona-Pandemie neuen Schub bekommen hat. So dringen einige Strafrechtler in der aktuellen Triage-Debatte darauf, das Verhalten von Ärzten bei Rettungskonflikten mit Behandlungsabbruch ebenfalls als rechtmäßig zu bewerten. Wie im Fall unterlassener Behandlungsaufnahme sei auch bei Beendigung der Beatmung zugunsten eines anderen Patienten eine rechtfertigende Pflichtenkollision anzunehmen. In diesem Sinne hat sich zum Beispiel vor Kurzem ein vierköpfiges Team von Straf- und Medizinrechtlern in einer gemeinsamen Stellungnahme geäußert.⁸ Die Konfliktlagen in der Ex-ante Triage und in der Ex-post Triage seien strafrechtlich gleichwertig. Jedenfalls seien die Unterschiede nicht so gravierend, dass der Abbruch der Beatmung als rechtswidrig zu bewerten sei. Zumindest dann, wenn einem Patienten mit „evident besserer klinischer Erfolgsaussicht“ geholfen werde, sei der Behandlungsabbruch als rechtmäßig zu behandeln. Nicht zu überzeugen vermag nach dieser Ansicht der Hinweis, dass ein Arzt, der einem Patienten das Beatmungsgerät wegnehme, aktiv handle, während der Arzt, der von zwei noch nicht beatmeten Patienten nur einem helfe, die Behandlung des anderen unterlasse. Der Arzt, der die Beatmung zugunsten eines anderen Patienten mit weit besseren Überlebenschancen beende, handle nicht verwerflicher als derjenige, der die intensivmedizinische Behandlung erst gar nicht aufnehme. In beiden Fällen sei ein Patient mangels ausreichender medizinischer Ressourcen dem Tod geweiht, egal was der Arzt unternehme. Im Übrigen, so die Kritiker einer differenzierten Betrachtung, habe auch der Bundesgerichtshof (BGH) in einem Grundsatzurteil zum Behandlungsabbruch aus dem Jahre 2010 eine

normative Äquivalenz von Tun und Unterlassen angenommen.

Kein Rückhalt durch die Rechtsprechung

Zu bedenken ist allerdings, dass das BGH-Urteil einen Fall der Sterbehilfe betraf. Die Behandlung in dem zugrunde liegenden Verfahren wurde auf Wunsch der Patientin abgebrochen. Die Konstellation war also eine ganz andere als in Triage-Fällen, in denen Patienten um die knappen Beatmungsgeräte konkurrieren. Jene, die für eine strafrechtliche Gleichbewertung des Abbruchs lebenserhaltender medizinischer Maßnahmen und deren Nichtaufnahme plädieren, mögen sich wünschen, dass die Unterscheidung von Tun und Unterlassen in medizinischen Kontexten generell eingeebnet wird. Bislang gibt es jedoch keine entsprechende höchstrichterliche Rechtsprechung – aus gutem Grund.

Keine normative Gleichheit

Die Ansicht, dass es verwerflicher sei, den Tod eines Menschen durch aktives Tun als durch Unterlassen von Hilfsmaßnahmen herbeizuführen, beruht nicht bloß auf „verbreiteten Intuitionen“, wie in der Triage-Debatte zuweilen angemerkt wird.⁹ Im Strafgesetzbuch (§ 13 StGB) ist mit Bedacht normiert, dass die Strafbarkeit von Tun und Unterlassen an unterschiedliche Voraussetzungen geknüpft wird und Unterlassen entsprechend milder bestraft werden kann. Diese Differenzierung verliert im Kontext der Triage-Problematik nicht an normativem Gewicht. Mit Aufnahme der Beatmung hat der Arzt einen Prozess der Lebensrettung in Gang gesetzt. Deshalb kann auch nicht von „Sterbenlassen“ die Rede sein, wenn der Arzt dem Patienten das Beatmungsgerät wegnimmt. Ebenso wenig überzeugt der Hinweis, Beatmungsgeräte und medizinische Leistungen seien Ressourcen des kollektiven Gesundheitswesens, über deren individuellen Einsatz unter Abwägung gesamtgesellschaftlichen Nutzen zu entscheiden sei. Das trifft abstrakt gesehen zu. Aber es macht einen gravierenden Unterschied, ob diese Ressourcen noch generell zur Verfügung stehen oder bereits an eine bestimmte Person vergeben wurden. Man bedenke nur die praktischen Folgen,

⁸ „Rechtmäßiges Handeln in dilemmatischen Triage-Entscheidungssituationen“, medstra, Zeitschrift für Medizinrecht 2020, 129-137.

⁹ Tatjana Hörnle, Dilemmata bei der Zuteilung von Beatmungsgeräten, verfassungsblog.de, 04.04.2020.

wenn eine Behandlung jederzeit abbrechen ist, sobald ein Patient mit besseren Überlebenschancen eingeliefert wird. Für Angehörige wäre diese Ungewissheit unerträglich. Auch würde das Geschehen für den Arzt noch konfliktbeladener. Vor allem aber wird durch kollektive Verortung der medizinischen Ressourcen der entscheidende Aspekt ausgeblendet: die Pflicht des Staates, das Leben jedes Einzelnen und dessen Würde zu schützen. Durch Wegnahme des Beatmungsgerätes wird der Patient, dem die weitere Behandlung versagt wird, für die Rettung eines anderen Patienten instrumentalisiert. Mit den Vorgaben des Grundgesetzes lässt sich das nicht vereinbaren. Der Wertungswiderspruch lässt sich auch nicht dadurch beseitigen, dass der Behandlungsabbruch nur bei „evident besseren Überlebenschancen“ des noch zu beatmenden Patienten zulässig sein soll. Damit mag sich die Zahl der Fälle verringern, in denen Patienten aktiv getötet werden, das normative Unrecht dieser Konstruktion bleibt.

Karlsruher Verbot der „Verdinglichung“ und „Entrechtlichung“

Eine gesetzliche Regelung, die den ärztlichen Behandlungsabbruch zur Rettung eines Patienten mit evident besseren Überlebenschancen für rechtmäßig erklärte, geriete auch in Konflikt mit der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, vor allem mit dem Urteil zum Luftsicherheitsgesetz aus dem Jahre 2006. Danach war die gesetzliche Regelung, die zum Abschuss eines entführten Passagierflugzeugs ermächtigte, um Menschen am Boden vor einem gezielt herbeigeführten Absturz zu schützen, verfassungswidrig. Passagiere und Besatzung an Bord würden „verdinglicht und zugleich entrechtlicht“, indem der Staat mit der Abschussermächtigung über ihr Leben einseitig verfüge, befanden die Karlsruher Richter. Mit der Garantie der Menschenwürde sei das nicht vereinbar. Diese Bewertung ändere sich auch nicht dadurch, dass es staatliches Ziel sei, das Leben anderer Menschen zu schützen. Zur Erfüllung staatlicher Schutzpflichten dürften nur solche Mittel eingesetzt werden, die mit der Verfassung in Einklang stünden. Das sei nicht der Fall, wenn unschuldige Menschen in hilfloser Lage vorsätzlich getötet würden.

Strafrechtliche Risiken bei Befolgung der ethischen Empfehlungen

Die Konfliktsituation beim ärztlichen Behandlungsabbruch zur Rettung eines anderen, überlebenschancenreicheren Patienten ist vergleichbar mit der Konstellation, die dem Urteil zum Luftsicherheitsgesetz zugrunde lag. Eine gesetzliche Regelung, nach der es rechtmäßig wäre, einen Menschen aktiv zugunsten anderer zu opfern, geriete in Widerspruch zur Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zum Schutz von Leben und Achtung der Menschenwürde. Zu Recht mahnt der Ethikrat, das aktive Beenden einer laufenden, weiterhin indizierten Behandlung zum Zweck der Rettung eines Dritten, sei als Unrecht zu bewerten, um „die Fundamente der Rechtsordnung zu sichern“. Wie die aktuelle Debatte zeigt, sehen das aber nicht alle Juristen so. Auch aus ethischer Perspektive ist der Behandlungsabbruch in der Expost Triage nicht zwingend als Unrecht zu behandeln. In den Empfehlungen der medizinischen Fachgesellschaften zum Verhalten von Ärzten im Fall unzureichender intensivmedizinischer Ressourcen wird nicht zwischen Nichtaufnahme der Behandlung und Behandlungsabbruch unterschieden. Deshalb besteht die Gefahr, dass Mediziner irrtümlicherweise annehmen, ihnen könne strafrechtlich nichts passieren, wenn sie den Leitlinien folgen. Dass die Fachgesellschaften vorsorglich darauf hinweisen, keine „abschließende juristische Einordnung“ vorzunehmen, dürfte dieses Risiko kaum mindern. Um Rechtssicherheit zu schaffen, sollte der Gesetzgeber in einem Triagegesetz festlegen, dass die Beendigung weiterhin indizierter intensivmedizinischer Maßnahmen zur Rettung eines anderen Patienten nicht zu rechtfertigen ist, es sei denn, der Behandlungsabbruch erfolgt auf Wunsch des Patienten.

Patientenauswahl nach klinischer Erfolgsaussicht?

Wie ausgeführt, begeht ein Arzt aber kein Unrecht, wenn er gezwungen ist, Patienten eine intensivmedizinische Versorgung vorzuenthalten, da ihm nicht genügend freie Beatmungsgeräte zur Verfügung stehen. Die Gründe dafür, warum der Arzt dem einen und nicht dem anderen Patienten das Beatmungsgerät zuteilt, werden nach geltendem Recht nicht geprüft. Der Arzt darf also zwischen den Patienten, die intensivmedizinisch

versorgt werden müssen, frei wählen.¹⁰ Trotzdem stellt sich die Frage normativer Orientierung bei der Patientenauswahl. Die medizinischen Fachgesellschaften empfehlen, „die Priorisierung von Patienten sollte sich am Kriterium der klinischen Erfolgsaussicht orientieren.“ Das bedeute nicht eine Entscheidung im Sinne der „best choice“. Gemeint sei vielmehr, dass auf die Behandlung derer verzichtet werden solle, bei denen „keine oder nur eine sehr geringe Erfolgsaussicht besteht“. Vorrangig zu versorgen seien jene Patienten, die „dadurch eine höhere Überlebenschance bzw. eine bessere Gesamtprognose (auch im weiteren Verlauf) haben“. Offenbar soll also nicht nur der unmittelbare Erfolg der Beatmung, sondern auch die Lebenserwartung eine Rolle für die Wahl des Patienten spielen.

Normativ stützt sich das Kriterium „klinische Erfolgsaussicht“ auf das so genannte Maximierungsprinzip. Danach sind knappe Ressourcen so einzusetzen, dass eine möglichst große Zahl von Menschen überlebt. Entsprechend heißt es in den Empfehlungen der Fachgesellschaften, maßgeblich sei die „Verpflichtung, möglichst vielen Patienten eine nutzbringende Teilhabe an der medizinischen Versorgung unter Krisenbedingungen zu ermöglichen“. Auch wenn versichert wird, es sei „ausdrücklich nicht [in der] Absicht, Menschen oder Menschenleben zu bewerten“, ändert dies nichts an der utilitaristischen Grundorientierung der Leitlinie.

Wie verhält sich diese ethische Vorgabe, anhand der klinischen Erfolgsaussicht eine „möglichst nutzbringende Teilhabe“ der intensivmedizinischen Ressourcen sicherzustellen, zum geltenden Recht? Könnte sich der Gesetzgeber diese Leitlinie der Fachgesellschaften zu eigen machen? Wären rechtsverbindliche Vorgaben denkbar, bei der Patientenauswahl eine „möglichst nutzbringende Teilhabe“ an den vorhandenen intensivmedizinischen Ressourcen sicherzustellen?

Intuitiv mag man fragen, was dagegen spräche? Wenn wegen fehlender Beatmungsgeräte unabweidbar Patienten sterben, warum sollte der Gesetzgeber nicht wenigstens dafür Sorge tragen,

dass möglichst vielen geholfen und damit jedenfalls zahlenmäßig maximaler Rechtsgüterschutz gewährt wird?

Singulärer Wert eines jeden Menschen

So einleuchtend derartige Erwägungen klingen mögen, verfassungsrechtlich sind utilitaristische Konzepte, die den Schutz fundamentaler Rechtswerte wie den Lebensschutz und die Garantie der Menschenwürde berühren, äußerst bedenklich. Grundrechte sind Individualrechte. Ihr Sinn und Zweck besteht darin, dass der Einzelne nicht zum Objekt staatlichen Handelns wird. Geprägt wurde diese individualrechtliche Perspektive auch durch die Erfahrungen mit dem Nationalsozialismus. Mit der Garantie der Menschenwürde ist gleich zu Beginn des Grundgesetzes der Wert- und Achtungsanspruch eines jeden Menschen um seiner selbst willen verankert. Eine Verrechnung von Menschenleben oder Abwägung von Menschenleben gegen Menschenleben wäre damit nicht vereinbar. Der singuläre Wert eines jeden Menschen wird gerade auch vom Bundesverfassungsgericht in ständiger Rechtsprechung betont.

Wie weit reicht das Verbot staatlicher Bewertung?

Zu bedenken ist allerdings, dass dem Karlsruher Urteil zum Luftsicherheitsgesetz nicht die gleiche Konstellation zugrunde lag, die für die Nichtaufnahme ärztlicher Behandlung aufgrund unzureichender medizinischer Ressourcen charakteristisch ist. Das Karlsruher Gericht hatte, wie oben ausgeführt, gerügt, dass Menschen an Bord eines Flugzeugs aufgrund staatlicher Anordnung notfalls durch Abschuss, also aktiv, getötet werden dürfen, um die Bevölkerung am Boden zu schützen. Unterbleibt die intensivmedizinische Versorgung eines Patienten, da nicht genügend Beatmungsgeräte vorhanden sind, ist das keine aktive Tötung, sondern Sterbenlassen. Ob der Staat in dieser Situation legitimerweise vorgeben könnte, dass sich die Vergabe der noch verfügbaren Beatmungsgeräte an der klinischen Erfolgsaussicht zu orientieren habe, wird unterschiedlich beurteilt.

¹⁰ Siehe dazu Teil 1 des Beitrags, S. 6. – <https://www.kas.de/de/einzelartikel/-/content/brauchen-wir-ein-triage-gesetz> [21.04.2020].

Nach Ansicht des Ethikrates darf der Staat generell „nicht vorschreiben, welches Leben vorrangig zu retten ist“. Jedes menschliche Leben genieße nach der Verfassung gleichen Schutz. Eine staatliche Bewertung von Leben sei aufgrund des „Grundsatzes der Lebenswertindifferenz“ untersagt. Der Ethikrat postuliert jedoch nur ein Verbot eigener staatlicher Bewertung, wie über die Zuteilung knapper medizinischer Ressourcen zu entscheiden sei. Orientierungshilfen nichtstaatlicher Akteure, etwa durch die medizinischen Fachgesellschaften, könnten hingegen in bestimmten Konstellationen legitim sein. Auch nach den strengen Maßstäben des Ethikrates wäre der Gesetzgeber jedenfalls nicht verpflichtet, generell zu verbieten, dass die Patientenauswahl sich an der klinischen Erfolgsaussicht orientiert. Der Staat dürfe sich dieses Kriterium nur nicht selbst zu eigen machen.

Problematische Folgen gesetzgeberischer Enthaltensamkeit

Von manchen Strafrechtlern wird die Linie des Ethikrates als zu restriktiv und zu wenig folgenorientiert kritisiert. Mit guten Gründen lässt sich argumentieren, dass der Verzicht auf staatliche Vorgaben bei der Zuteilung von Überlebenschancen und Sterberisiken seinerseits zu verfassungsrechtlich bedenklichen Konsequenzen führt. In einem rechtlich regellosen Zustand droht der Sinn und Zweck des staatlichen Bewertungsverbotens leerzulaufen, den Würdeanspruch eines jeden Menschen zu schützen. Bietet der Gesetzgeber in Triage-Situationen keine normative Orientierung bei der Patientenauswahl, mutet er überdies Ärzten und Angehörigen perspektivisch gerichtliche Auseinandersetzungen zu. Die Last der Verantwortung, den rechtlichen Rahmen für die Auswahlentscheidungen der Mediziner zu definieren, hätten dann die Gerichte zu tragen.

Kein Zugriff auf geschützte Rechtspositionen

Andererseits lässt sich schwerlich bestreiten, dass der Gesetzgeber eine Bewertung von Leben vornehme, sollte er Ärzte verpflichten, anhand klinischer Erfolgsaussicht zu entscheiden, welche Patienten die noch verfügbaren Beatmungsgeräte bekommen. Aber führt diese Bewertung tatsächlich

zu einer Entwertung und Entrechtlichung jener Patienten, denen kein Beatmungsgerät zugeteilt wird? Anders als beim Behandlungsabbruch findet kein Zugriff auf geschützte Rechtspositionen statt. Das Leben derer, die aufgrund ungünstiger klinischer Erfolgsaussichten kein Beatmungsgerät bekommen, wird nicht aktiv verkürzt. Diese Patienten werden auch nicht als Werkzeug zur Rettung derer mit besseren Überlebenschancen benutzt. Vielmehr bliebe aufgrund der unzureichenden medizinischen Kapazitäten keine andere Wahl, als einige Patienten nicht zu behandeln und sie damit notfalls sterben zu lassen. Es erscheint deshalb plausibel, in dieser Fallkonstellation jedenfalls nicht von vornherein eine Verletzung der Menschenwürde anzunehmen, sollte der Staat für die Vergabe der *noch freien* Beatmungsgeräte eine „möglichst nutzbringende Teilhabe“ nach Maßgabe klinischer Erfolgsaussicht vorschreiben.

Das Grundgesetz duldet keine „Kategorie der Hoffnungslosen“

Zu bedenken ist aber, welche Folgen die staatliche Maßgabe „möglichst nutzbringender“ Zuteilung von Beatmungsgeräten für Patienten hätte, die etwa aufgrund ihres Alters, aufgrund von Vorerkrankungen oder ihrer insgesamt schwachen körperlichen Konstitution eine ungünstige klinische Prognose haben. Gerade für diese Gruppe besonders Hilfsbedürftiger wäre es beinahe aussichtslos, bei der Verteilung knapper Beatmungsgeräte berücksichtigt zu werden. Der Bundesgerichtshof hat in einem Verfahren zu Manipulationen bei Organtransplantationen mit Blick auf den Grundrechtsschutz „durchgreifende Bedenken“ gegen das Merkmal der Erfolgsaussicht geäußert, soweit dadurch manche Patienten kaum Behandlungschancen hätten.¹¹ Das Grundgesetz schützt auch die Schwachen. Wäre für die Patientenauswahl ausschließlich die klinische Erfolgsaussicht maßgeblich – so wie es die medizinischen Fachgesellschaften in ihren Empfehlungen vorsehen – würde hingenommen, dass eine „Kategorie der Hoffnungslosen“ entstünde. Mit dem Menschenbild und dem Würdeschutz des Grundgesetzes wäre das nicht vereinbar. Die von den medizinischen Fachgesellschaften hervorgehobene Verpflichtung, zur „immer geltenden individuellethi-

¹¹ BGH, Urteil vom 28.06.2017, Az. 5 StR 20/16.

schen Betrachtung“ hat auch eine verfassungsrechtliche Dimension. Somit würde auch ein Triage-Gesetz, das die Vergabe der noch freien Beatmungsgeräte an das Kriterium klinischer Erfolgsaussicht knüpft, gegen die staatliche Verpflichtung zum Lebensschutz und zur Achtung der Menschenwürde verstoßen.

Kluge Zurückhaltung üben

Käme es dem Gesetzgeber darauf an, positive Vorgaben für die Patientenauswahl festzulegen, bliebe wohl nur eine Kombinationslösung. Das Kriterium der Erfolgsaussicht wäre also mit anderen Kriterien, etwa der Dringlichkeit der Behandlung, zu kombinieren und auszutarieren. Wie problematisch eine solche Regelung ist, lässt sich am Streit über die gesetzlichen Bestimmungen zur Zuteilung von Transplantationsorganen ablesen. Nicht zuletzt diese Erfahrungen stimmen wenig optimistisch, dass dem Rechtsfrieden und dem Vertrauen in das Recht gedient wäre, sollte der Gesetzgeber versuchen, die Patientenauswahl bei unzureichenden medizinischen Ressourcen durch positive Vorgaben zu steuern. Der Gestaltungskorridor ist verfassungsrechtlich derart eng und steinig, dass der Gesetzgeber vermutlich klug beraten wäre, auf die Formulierung positiver Kriterien für die Zuteilung von Überlebenschancen

und Sterberisiken im Fall unzureichender medizinischer Ressourcen zu verzichten. Das heißt nicht, dass nicht gewisse prozessuale Anforderungen an den ärztlichen Auswahlprozess sinnvoll sein könnten. Allerdings sollte sich der Gesetzgeber hüten, die ohnehin für alle Beteiligten extrem belastenden Verteilungskonflikte im Falle unzureichender Rettungskapazitäten durch übertriebene bürokratische Anforderungen zusätzlich zu erschweren. Womöglich wäre es besser, wenn der Prozess der Entscheidungsfindung nicht auf gesetzlicher, sondern auf medizinischer Fachebene gesteuert würde.

Tragik der Triage durch Schaffung von Rechtssicherheit erträglicher machen

Die Tragik der Triage kann durch das Recht nicht beseitigt werden. Auch sind die Möglichkeiten des Gesetzgebers, die Patientenauswahl durch positive Vorgaben zu steuern, aufgrund der staatlichen Verpflichtung, jedes Menschenleben gleich zu achten und zu schützen, äußerst begrenzt. Aber der Gesetzgeber könnte für alle Beteiligten mehr Rechtssicherheit schaffen, indem er rechtliche Grenzen bei der Patientenauswahl aufzeigt und damit das Vertrauen in Entscheidungsprozesse stärkt, von denen zu hoffen ist, dass sie uns erspart bleiben.

Die Autorin

Katja Gelinsky ist seit 2011 Referentin für Recht und Politik der Konrad-Adenauer-Stiftung. Zuvor war sie als Journalistin mit den Schwerpunkten Staat und Recht vor allem für die „Frankfurter Allgemeine Zeitung“ tätig. Für die FAZ berichtete sie zunächst als Redakteurin über das Bundesverfassungsgericht und die Europäischen Gerichtshöfe, bevor sie für neun Jahre von Washington D.C. aus über rechts- und gesellschaftspolitische Entwicklungen in den Vereinigten Staaten schrieb. Sie war außerdem Redenschreiberin im Bundespräsidialamt und im Bundesministerium der Finanzen. Katja Gelinsky ist promovierte Juristin mit Masterabschluss des Europäischen Hochschulinstituts in Florenz.

Impressum

Konrad-Adenauer-Stiftung e. V.

Dr. Katja Gelinsky

Referentin für Recht und Politik
Hauptabteilung Analyse und Beratung
Abteilung Demokratie, Recht und Parteien
T +49 30 / 26 996-3760
Katja.Gelinsky@kas.de

Postanschrift: Konrad-Adenauer-Stiftung, 10907 Berlin

Herausgeberin: Konrad-Adenauer-Stiftung e. V. 2020, Sankt Augustin/Berlin
Gestaltung & Satz: yellow too Pasiek Horntrich GbR



Der Text dieses Werkes ist lizenziert unter den Bedingungen von „Creative Commons Namensnennung-Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 international“, CC BY-SA 4.0 (abrufbar unter: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/legalcode.de>)