

Arztrecht in der Praxis

Rechtsprechung · Aktuelle Mitteilungen · Problemfälle

Redaktion:

Rechtsanwalt Dr. Hans-Jürgen Rieger
Karlsruhe 41

Schwangerschaftsabbrüche durch freipraktizierende Ärzte

Urteil des VGH Baden-Württemberg vom 30. 1. 1985

Nach Art. 3 Abs. 1 des 15. Strafrechtsänderungsgesetzes vom 18. 5. 1976 (BGBl. I S. 1213) darf ein niedergelassener Arzt einen nach geltendem Strafrecht erlaubten Schwangerschaftsabbruch in seiner Praxis nur dann vornehmen, wenn diese von der zuständigen Landesbehörde hierfür förmlich zugelassen ist. Entsprechende Anträge von Ärzten werden vielfach mit der Begründung abgelehnt, daß ein Bedarf für ambulante Schwangerschaftsabbrüche nicht vorhanden sei und (oder) solche Eingriffe mit einem erhöhten Risiko für die Schwangere verbunden seien. Diese Verwaltungspraxis wurde inzwischen von mehreren Verwaltungsgerichten für rechtswidrig erklärt (1). Der Verwaltungsgerichtshof (VGH) Baden-Württemberg hat diese Auffassung jetzt in zwei gleichlautenden Urteilen vom 30. 1. 1985 – 9 S 2549/84 und 9 S 1189/84 – im Ergebnis bestätigt.

Ambulante Schwangerschaftsabbrüche als Teil der Berufsausübungsfreiheit

Das Urteil geht davon aus, daß zur beruflichen Ausübung der Heilkunde als Arzt im Sinne des § 2 Abs. 5 der Bundesärzteordnung (BÄO) auch die Durchführung von indizierten, von der Rechtsordnung nicht mißbilligten Schwangerschaftsabbrüchen gehört. Hieraus folgt, daß auch die Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen dem Schutzbereich des in Art. 12 des Grundgesetzes (GG) verankerten Grundrechts auf freie Berufsausübung unterliegt mit der Folge, daß eine Beschränkung dieser ärztlichen Berufstätigkeit nur durch Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes möglich ist.

Als die ärztliche Berufsausübung in bezug auf Schwangerschaftsabbrüche einschränkendes Gesetz kommt nur die eingangs zitierte Vorschrift des Art. 3 des 15. Strafrechtsänderungsgesetzes vom 18. 5. 1976 in Betracht. Sie enthält jedoch nach Auffassung des VGH keine abschließende sachliche Einschränkung des Grundrechts auf ungehinderte Ausübung des Arztberufs, sondern lediglich das bußgeldbewehrte Verbot der Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen in hierfür nicht besonders zugelassenen Arztpraxen. In Baden-Württemberg hat der Gesetzgeber auf eine Regelung von Arztpraxen zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen bewußt verzichtet. Sein Verhalten hat damit angesichts der Strafdrohung in Art. 3 des 15. Strafrechtsänderungsgesetzes praktisch die Wirkung eines entsprechenden landesrecht-

lichen Verbots gegenüber niedergelassenen Ärzten, solche Eingriffe in ihren Praxen vorzunehmen. Die darin liegende Beschränkung der ärztlichen Berufsausübung ist jedoch mit Art. 12 Abs. 1 GG nicht vereinbar, weil sie nicht zur Wahrung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit der Mittel »durch vernünftige Gründe des Gemeinwohls gerechtfertigt erscheint«.

Keine Verweigerung der Genehmigung wegen fehlenden Bedarfs

Der Ausschluß freipraktizierender Ärzte von der Vornahme indizierter Schwangerschaftsabbrüche kann nach Auffassung des Gerichts nicht mit dem Argument eines fehlenden Bedürfnisses gerechtfertigt werden. »Denn weder der Gesetzgeber noch in der Folge die Exekutive haben das Aufkommen an Indikationen für Schwangerschaftsabbrüche in absoluten Zahlen und nach Maßgabe der regionalen Verteilung ermittelt und ihm das Angebot jeweils entsprechender Krankenhauskapazität . . . gegenübergestellt. . . In der Nachfrage nach erlaubten Eingriffen und deren legalen Durchführungsmöglichkeiten dürften sich erhebliche regionale Unterschiede im Lande ergeben. Die . . . Äußerung des Regierungsvertreters, das »umfassende Angebot geeigneter gynäkologischer Behandlungsmöglichkeiten in Krankenhäusern« reiche aus, um legale Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen, ist schon deshalb widersprüchlich, weil in nicht unerheblichem Umfang . . . von der öffentlichen Hand getragene Krankenhäuser für den zahlenmäßig überwiegenden Teil legaler Schwangerschaftsabbrüche (solchen aufgrund der sogenannten Notlagenindikation des § 218 Abs. 2 Nr. 3 StGB) infolge der Haltung ihrer Chefärzte und der Mehrheiten in den Vertretungsgremien der Krankenhausträger gerade nicht zur Bedarfsdeckung verfügbar sind. . .«

In diesem Zusammenhang führt das Urteil unter Hinweis auf den am 31. 1. 1980 dem Bundestag vorgelegten Bericht der »Kommission zur Auswertung der Erfahrungen mit dem reformierten § 218 StGB« unter anderem aus: »In diesem Bericht wird gleichzeitig darauf hingewiesen, daß die öffentlich-rechtlichen Krankenhausträger es durch das Mittel des Anstellungsvertrages in der Hand hätten, die Weigerung ihrer Chefärzte herbeizuführen. . . Auch dem ist zuzustimmen. Die Berufung des Krankenhausträgers auf eine Gewissensentscheidung des

Chefarztes führt in der Rechtswirklichkeit dazu, daß der Krankenhausträger durch die ihm mögliche ausdrückliche oder stillschweigende Gestaltung des Anforderungsprofils an den ärztlichen Leiter des Krankenhauses die weltanschaulichen Vorstellungen der jeweiligen Mehrheiten in den für die Chefarzt-Anstellung zuständigen Gremien in die Tätigkeit des Krankenhauses einbringen kann. . . Damit könnte die Pflicht der öffentlichen Hand zu weltanschaulicher Neutralität auf dem Gebiet der Gesundheitsvorsorge umgangen werden und auf diesem Umweg eine durch höherrangiges Recht nicht gedeckte »Konfessionalisierung« von Trägern der öffentlichen Gesundheitsvorsorge eintreten. . .

Ein weiteres widersprüchliches Verhalten des Landes liegt darin, daß es dem gebilligten »Krankenhauszwang« für Schwangerschaftsabbrüche keinen Behandlungsanspruch in denjenigen Krankenanstalten entsprechen lassen will, die der Verfügbarkeit der öffentlichen Hand unterliegen. Das Rechtsstaatsprinzip gebietet es jedoch, einem Zwang zur Benutzung bestimmter Einrichtungen ein Benutzungsrecht gegenüberzustellen, weil nur so die Pflichtigkeit für den Betroffenen erfüllbar wird. . .«.

Unhaltbarkeit des Arguments erhöhter Komplikationsgefahr

Auch den vom beklagten Land vorgebrachten Einwand, daß ein ambulant durchgeführter Schwangerschaftsabbruch für die Schwangere mit einem erhöhten Risiko verbunden sei, läßt das Gericht nicht gelten: »Die Unhaltbarkeit des Risikoarguments im gegenwärtigen Zeitpunkt legislatorischer Untätigkeit des Landes wird an der Überlegung deutlich, daß nach der Auffassung des Landes es zu billigen ist, daß Krankenhäuser *ohne* gynäkologische Fachabteilung Schwangerschaftsabbrüche aller Riskostufen vornehmen dürfen, mithin Krankenhäuser (vom Fall des Belegungsrechts eines Facharztes abgesehen) *ohne* fachspezifisch vorgebildetes ärztliches Personal, daß aber erfahrene *Fachärzte* mit *optimaler* Ausstattung ihrer Praxis . . . für ambulante Operationen generell von *allen*, auch den mit geringstem Risiko behafteten Schwangerschaftsabbrüchen bis zur 8. Schwangerschaftswoche, ausgeschlossen sein sollen. . .« Darüber hinaus legt das Urteil anhand des bis jetzt vorliegenden statistischen Materials überzeugend dar, daß das Eingriffsrisiko für Schwangere bei Abbrüchen in einer optimal ausgestatteten Frauenarztpraxis nicht erkennbar höher liegt als in einem Krankenhaus.

Übergangsweise geltende Grundsätze für die Zulassung von Arztpraxen

Bis zu einer gesetzlichen Regelung der Zulassung von Arztpraxen für die Durchführung ambulanter Schwangerschaftsabbrüche müssen nach dem Urteil des VGH Baden-Württemberg für eine Übergangszeit die vom Sozialministerium Baden-Württemberg in einem früheren, inzwischen außer Kraft getretenen Erlaß aus dem

Jahr 1977 niedergelegten Grundsätze Anwendung finden. Danach können freipraktizierende Ärzte unter folgenden Voraussetzungen zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen zugelassen werden:

1. Besetzung der Praxis während des Eingriffes mit einem Arzt, einer Assistenzkraft (Arzt, Krankenschwester oder Arzthelferin) und einer Hilfskraft; zusätzlich muß ein in der Narkosetechnik erfahrener Arzt vorhanden sein, wenn die Methode des Eingriffes dies erfordert.
2. Anerkennung des Arztes als Frauenarzt oder eine dieser Anerkennung gleichzusetzende Weiterbildung des Arztes sowie Vertrautheit mit den nach dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft anerkannten Methoden des Schwangerschaftsabbruches.
3. Apparative Ausstattung und Verfügbarkeit über Arzneimittel, einschließlich Blutersatzmittel, zur Wiederbelebung von Atmung, Herztätigkeit und Kreislauf.
4. Ruheraum in ausreichender Größe und Ausstattung zur Nachbehandlung der Patienten nach dem Eingriff.
5. Sicherung einer kontinuierlichen ärztlichen Nachbetreuung, um bei Komplikationen sofortige Hilfe gewähren zu können.
6. Zusammenarbeit mit einem geeigneten Krankenhaus, um in Notfällen eine sofortige stationäre Behandlung zu ermöglichen.
7. Beschränkung der Eingriffsbefugnis auf Patientinnen bis zur 8. Schwangerschaftswoche.
8. Ständige Überwachung der zugelassenen Arztpraxis durch das zuständige Gesundheitsamt.

Anmerkung

Dem Urteil ist sowohl im Ergebnis als auch in der Begründung in vollem Umfang zuzustimmen. In den Urteilsgründen wird überzeugend dargelegt, daß die bisherige Verwaltungspraxis in Baden-Württemberg bei der Behandlung von Anträgen von Frauenärzten auf Zulassung ihrer Praxis zur Durchführung ambulanter Schwangerschaftsabbrüche im Lichte des Grundgesetzes unhaltbar ist. Die Ausführungen gelten auch für andere Bundesländer, in denen der Landesgesetzgeber den hier fraglichen Komplex noch nicht geregelt hat (zum Beispiel in Bayern) oder in denen Anträge von Frauenärzten bisher mit der Begründung fehlenden Bedarfs oder des erhöhten Eingriffsrisikos bei ambulanten Abbrüchen abgelehnt wurden. Nach dem Urteil des VGH Baden-Württemberg haben Frauenärzte nunmehr bis zum Erlaß landesgesetzlicher Vorschriften einen beim Verwaltungsgericht einklagbaren Rechtsanspruch auf Erteilung der Genehmigung zur Vornahme ambulanter Schwangerschaftsabbrüche, sofern die im einzelnen genannten Voraussetzungen vorliegen.

Wegen der grundsätzlichen Bedeutung der Rechtsmaterie – auch im Hinblick auf die Praxis in anderen Bundesländern – hat der VGH die Revision gegen sein Urteil beim Bundesverwaltungsgericht zugelassen. Die baden-württembergische Landesregierung hat auch

bereits die Einlegung der Revision beschlossen. Wenn gleich damit zu rechnen ist, daß das Bundesverwaltungsgericht das Urteil des VGH Baden-Württemberg bestätigt, wäre es im Interesse der Rechtssicherheit dringend zu wünschen, daß das Bundesverwaltungsgericht möglichst rasch entscheidet.

Anmerkung

(1) VG Hannover, Urteil vom 21. 1. 1982 – 5 VG A 202/80 – und VG Karlsruhe, Urteil vom 5. 4. 1984 – 8 K 238/83 –, beide Entscheidungen auszugsweise ver-

öffentlicht in Dtsch. med. Wschr. 109 (1984), 1259 ff.; VG Freiburg, Urteil vom 5. 9. 1984 – 2 K 242/82 –.

Rechtsanwalt Dr. H.-J. Rieger
7500 Karlsruhe 41, Ostpreußenstr. 13

Fragen aus der Praxis

Normwerte der Schilddrüsengröße

Gibt es sonographisch ermittelte Normwerte der Schilddrüsengröße, vor allem bei Kindern und Jugendlichen sowie bei Personen mit anatomisch dünnem Hals?

Antwort: Über sonographisch gewonnene Normwerte der Schilddrüsengröße gibt es nur wenige Angaben. Nach der Feldstudie von Olbricht und Mitarbeitern (3) im Raum Darmstadt und Essen beträgt das mittlere sonographisch bestimmte Schilddrüsenvolumen bei Männern 18,4 (9–38) ml und bei Frauen 14,0 (6–25) ml. Hierbei fand sich keine sichere Abhängigkeit von Alter und Gewicht der Probanden. Ähnliche Zahlen ergaben sich in Dänemark (2) trotz der unterschiedlichen Jodversorgung in beiden Ländern. Wir sprechen von einer Struma, wenn bei Frauen das Schilddrüsenvolumen > 20 ml und bei Männern > 20–25 ml ist.

Bei 13jährigen Schulkindern in Deutschland stellten Gutekunst und Mitarbeiter (1) ein mittleres Schilddrüsenvolumen von 6,0 ml bei Knaben und 8,0 ml bei Mädchen in Norddeutschland fest; in Süddeutschland gelten mit 12,0 bzw. 14,4 ml andere »Normwerte«. In Schweden dagegen hatten Knaben ein mittleres Schilddrüsenvolumen von 4,1 und Mädchen von 4,3 ml. Diese Unterschiede spiegeln die regional verschiedene Jodversorgung wider.

Durch unterschiedliche Gegebenheiten des Halses, zum Beispiel Stärke des Fettpolsters, ausgeprägte Halsmuskulatur, kurzen oder schlanken Hals, wird die Schilddrüsengröße oft falsch eingeschätzt. Das Ausmaß der Abweichung untersuchten kürzlich Olbricht und Mitarbeiter bei entsprechenden Versuchspersonen im Raume Essen (Med. Welt, im Druck). Bei 34 untergewichtigen Probanden (mittleres Untergewicht 10 kg) ohne tastbare Struma und 31 adipösen Probanden (mittleres Übergewicht 36 kg) ohne tastbare Struma war das Schilddrüsenvolumen gleich und von der Normalgruppe nicht verschieden. Berücksichtigte man aber den Palpationsbefund und die sonographisch ermittelte Schilddrüsengröße aller untersuchten über- und untergewichtigen Probanden, so fand man bei Übergewichtigen in 16% einen falsch-negativen Tastbefund. Umgekehrt war das Bild bei Untergewichtigen. Der Tastbefund war hier in 13% der Fälle falsch-positiv. Bei kachektischen Patienten wurde in jedem fünften Fall fälschlicherweise eine Schilddrüsenvergrößerung angenommen.

Literatur: (1) Gutekunst, R., H. Smolarek, P. C. Scriba: Comparison of thyroid volumes of schoolchildren in the Federal Republic of Germany and Sweden. In Hall, G., J. Köbberling (Ed.): Thyroid Disorder in Iodine Deficiency and Excess (Serono 1985), in press. – (2) Hegeüs, L., H. Perrild, L. R. Poulsen, J. R. Andersen, B. Holm, P. Schnohr, G. Jensen, J. M. Hansen: The determination of thyroid volume by ultrasound and its relationship to body weight, age and sex in normal subjects. J. clin. Endocr. 56 (1983), 260. – (3) Olbricht, T., T. Schmitka, U. Mellinghoff, G. Benker, D. Reinwein: Sonographische Bestimmung von Schilddrüsenvolumina bei Schilddrüsengesunden. Dtsch. med. Wschr. 108 (1983), 1355.

Prof. Dr. D. Reinwein
Abteilung für klinische Endokrinologie
der Universität
4300 Essen, Hufelandstr. 55

Aktinische Keratose

Ist außer einer Exzision einer Keratose und Epitheldysplasie (histologisch gesicherte Diagnose) eine weitere Therapie erforderlich?

Antwort: Mit der Diagnose einer Keratose und Epitheldysplasie ist wohl die Diagnose aktinische Keratose (früher: senile Keratose) gemeint. Es handelt sich dabei um eine klassische Präkanzerose der Haut. Die aktinische Keratose zeigt sich klinisch in Form umschriebener (bis münzgroßer) harter Hornmassen (Keratosen), die festhaften und von einem Erythem umgeben sind. Diese keratotischen Auflagerungen sind Folge einer fehlerhaften Keratinisation anaplastischer, atypischer Epidermiszellen. Langsam, oft über Jahre und Jahrzehnte, vollzieht sich der Übergang in ein spinözelluläres Karzinom. Deshalb ist die Exzision anderen Möglichkeiten der Behandlung (Fluorouracil-Salbe, Röntgen-Therapie, Kürettage) voranzustellen. Da aktinische Keratosen vorwiegend an der pigmentarmen, ultraviolett-empfindlichen Haut auftreten und in Abhängigkeit von Lichtexposition und Lebensalter multipel und wiederholt entstehen, ist es angezeigt, die unbedeckten Zonen der Haut sorgfältig zu inspizieren und in längeren Zeitabständen nachzubeobachten.

Aktinische Keratosen werden (im Gegensatz zu den übrigen kutanen Präkanzerosen) ausschließlich durch kurzweiliges