

Die STIKO und der präventive Imperativ

Impfaufklärung und der medizinische Standard

The STIKO and the Preventive Imperative

Immunization Education and the Medical Standard

Steffen Rabe

Zusammenfassung

Das Patientenrechtegesetz fordert für jede medizinische Aufklärung die Darstellung auch alternativer Vorgehensweisen. Für die Impfaufklärung bedeutet dies, auch über andere Impfeempfehlungen als die der Ständigen Impfkommission STIKO ausführlich aufzuklären. Dies kann in der Praxis nur gelingen mithilfe von Aufklärungsmaterialien, die in der erforderlichen Qualität von den existierenden Instanzen nicht erstellt werden können. Die hierfür notwendige, von staatlichen Stellen unabhängige Institution sollte im Interesse einer gerade bei Präventivmaßnahmen wie Impfungen notwendigen Selbstbestimmungsaufklärung geschaffen werden.

Schlüsselwörter

Impfaufklärung; Patientenrechtegesetz; Standard; Selbstbestimmungsaufklärung; STIKO

Summary

The German Patients' Rights Act requires that alternative procedures also be presented for every medical information. For vaccination education, this means providing detailed information on vaccination recommendations other than those of the Standing Committee on Vaccination (STIKO). In practice, this can only be achieved with the help of educational materials that is unlikely to be produced in the required quality by the existing authorities. The necessary institution, which has to be independent of government agencies, should be created in the interest of self-determination education, which is particularly necessary for preventive measures such as vaccinations.

Keywords

immunization education; patient rights act; standard; self-determination education; STIKO

Schutzimpfungen sind klassische Maßnahmen der sogenannten primären Krankheitsprävention, also solche, die vor Eintreten einer Erkrankung, vereinfachend gesagt: am Gesunden, vorgenommen werden mit dem Ziel, die entsprechende Erkrankung zu verhindern bzw. ihre Inzidenz zu verringern. Hiermit stehen Impfungen auf Augenhöhe mit zahlreichen anderen Präventionsmaßnahmen gleicher Zielrichtung, dennoch kommt ihnen im Konzept der Krankheitsprävention offenbar eine Sonderrolle zu.

Die Ständige Impfkommission (STIKO)

Für keine andere einzelne Präventionsmaßnahme gibt es eine eigene ständige Kommission am Robert-Koch-Institut (RKI), wie sie für Impfungen mit der STIKO, der Ständigen

Impfkommission, existiert. Die von ihr erarbeiteten Empfehlungen haben zwar keine unmittelbare rechtliche Verbindlichkeit [1], dienen aber den meisten Landesgesundheitsbehörden als Grundlage für deren öffentliche Empfehlungen (§ 20 III IfSG), die wiederum den Rahmen für die Impfschadenshaftung (§ 60 IfSG) der Länder bilden. Zusätzlich bilden die Empfehlungen der STIKO gemäß Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) die Grundlage für die Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), ob eine Schutzimpfung als Pflichtleistung von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen wird [2] und für die Schutzimpfungsrichtlinie des G-BA. Hier wird – zumindest für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherungen – eine aktive, anlassunabhängige Impfberatung auf der Grundlage der STIKO-

Empfehlungen verpflichtend festgeschrieben.

Der präventive Imperativ und das Patientenrechtegesetz

Der Sonderstatus der Schutzimpfungen wird – unabhängig von der Frage der Krankenversicherung – auch in der STIKO-Empfehlung selbst deutlich, in der es heißt: „Behandelnde ÄrztInnen haben im Rahmen des Behandlungsvertrages zwischen ihnen und ihren PatientInnen die rechtliche Pflicht [...] im Rahmen der vorgesehenen Routineuntersuchungen auf die Möglichkeit, Zweckmäßigkeit und Notwendigkeit indizierter Impfungen zum Schutz vor Infektionskrankheiten hinzuweisen. Zusätzlich haben sie die Pflicht, PatientInnen über die Folgen einer unterlassenen Impfung zu informieren.“ [2]

Spätestens mit diesem präventiven Imperativ werden Schutzimpfungen im Gesamtkonzept primärer Krankheitsprävention zu einem *primus inter pares*: Eine vergleichbare „rechtliche Pflicht“, anlasslos, also ohne das Vorliegen konkreter, individueller Risikofaktoren oder -konstellationen über andere Maßnahmen der primären Prävention aufzuklären, sucht man vergeblich.

Die zitierte Forderung der STIKO in der Impfempfehlung ist eine fast wörtliche Übernahme aus einem juristischen Aufsatz mit dem programmatischen Titel „Die Pflicht des Arztes, den Patienten auf eine Impfung hinzuweisen“ [3]. Dort wird diese postulierte Pflicht neben den bereits genannten Quellen vor allem aus dem § 630a ff. BGB, dem 2013 neu geschaffenen „Patientenrechtegesetz“ (PatRG) hergeleitet. Die Autoren räumen zwar ein, der dort juristisch definierte Behandlungsvertrag zwischen Arzt und Patient werde in der Regel nicht primär auf die direkte Beratung zur Impfung gerichtet sein, sie interpretieren die geforderte Impfberatung aber als „therapeutische Information“ (§ 630c II BGB), die damit notwendiger Bestandteil der fachgerechten ärztlichen Behandlung würde [4].

Das Patientenrechtegesetz selbst schafft einen weiteren Anknüpfungspunkt zur STIKO-Empfehlung, indem es die „Behandlung [...] nach] allgemein anerkannten fachlichen Standards“ fordert (§ 630a II BGB), denn der Bundesgerichtshof formuliert in einem wegweisenden Urteil zur Aufklärung bei Schutzimpfungen schon im Jahr 2000: „... daß die Empfehlungen der STIKO nach den Feststellungen des sachverständig beratenen Berufungsgerichts medizinischer Standard sind“ [5].

Der Begriff des Standards in der Medizin

Aus juristischer Sicht ist das Denken in Standards der Medizin tendenziell fremd, der Standard in der Medizin nicht eindeutig definiert [6]. Mediziner selbst konstatieren in juristischer Fachliteratur gar „Eine medizinische Definition des Standards gibt es nicht.“ [7].

Zudem ist das Verständnis des Standards im Patientenrechtegesetz nicht unproblematisch, liegt ihm doch die Definition nach Carstensen zu Grunde [8]: „Standard in der Medizin repräsentiert den jeweiligen Stand naturwissenschaftlicher Erkenntnis und ärztlicher Erfahrung, der zur Erreichung des ärztlichen Behandlungszieles erforderlich ist und sich in der Erprobung bewährt hat“ [9].

Umstritten ist diese, weil auch nach juristischer Lesart die Kriterien der evidenzbasierten Medizin EbM definieren, ob eine medizinische Behandlung Standard im medizinischen Sinne ist [6, 10]. Von den drei die EbM konstituierenden Säulen berücksichtigt Carstensen jedoch nur zwei: der genannte „jeweilige Stand naturwissenschaftlicher Erkenntnis“ bildet die sogenannte externe Evidenz, die „ärztliche Erfahrung“ die sogenannte interne Evidenz ab – die gleichberechtigte dritte Säule, die Werte und Wünsche des Patienten, fehlt (und dies in einem Gesetzespaket, das sich *expressis verbis* die Stärkung der Patientenbeteiligung¹ [8] zum Ziel gesetzt hat). Dies wird in der moderneren Literatur berücksichtigt mit dem Vorschlag, es solle beim Begriff des medizinischen Standards vom „jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse und der ärztlichen Erfahrung, der zur Erreichung des für den Patienten entsprechenden seiner Situation bestmöglichen Behandlungsziels erforderlich ist“ gesprochen werden“ [10]. Der medizinische Standard müsse die Selbstbestimmung des Patienten und seine Individualität achten und fördern.

Dieser Anspruch steht in einem unauflösbaren Widerspruch zu einem starren, allgemeingültigen Begriff des medizinischen Standards [6]. Juristen sprechen von einer „Zersetzung“ des medizinischen Standards durch die individualisierte Medizin [11], die zwangsläufig zu einer „Diversität des Standards“ führe, es müsse daher zunehmend – wie im PatRG (s.o.) – von *Standards* (im Plural) gesprochen werden [10].

Der Begriff des Standards in der Impfologie

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen bekommt die Zuschreibung des BGH ein anderes Gewicht: die gewählte Formulierung, dass die Empfehlungen der STIKO „medizinischer Standard“ seien (s.o.) lässt offen, ob sie *der* medizinische Standard oder im Sinne des oben ausgeführten *ein* medizinischer Standard sind. Das RKI selbst lässt dies auch offen, indem es formuliert: „STIKO-Empfehlungen gelten als medizinischer Standard“ [12]. Die von der STIKO in ihrer Empfehlung umfangreich zitierte Arbeit von Deutsch ignoriert jedoch den dargelegten Stand der medizinrechtlichen Diskussion zum Standard-Begriff: Ihr zufolge definiert die STIKO-Empfehlung „den [!] medizinischen Standard“.

Anders als Leitlinien (englisch: *guidelines*), die zu zahlreichen medizinischen Fragestellungen auch im internationalen Konsens veröffentlicht werden, werden europäische Impfempfehlungen auch 2021 ausnahmslos auf höchstens nationaler Ebene formuliert. Angesichts der in Europa bei der Mehrzahl der impfpräventablen Erkrankungen im Wesentlichen vergleichbaren Epidemiologie stellt sich zwangsläufig die Frage, ob eine einzelne nationale Impfempfehlung für sich beanspruchen kann, *den einen* medizinischen Standard zu definieren.

Impfempfehlungen STIKO vs. SIKO

In Deutschland kann hier eine erste Untersuchung schon auf rein nationaler Ebene erfolgen: Die eingangs erläuterte nur mittelbare Zuständigkeit der Bundesbehörde Robert-Koch-Institut für die Impfempfehlungen der Länder führt dazu, dass z.B. Sachsen schon seit 1991 eine eigene Kommission, die Sächsische Impfkommision berufen hat, die eigene Empfehlungen [13] formuliert.

Abweichend von den Standard-Empfehlungen der STIKO empfiehlt die SIKO:

- spätestens ab dem 2. Lebensjahr die Hepatitis-A-Impfung (von der STIKO nicht empfohlen)

¹ [8], S. 1

- ab dem 3. Lebensmonat die Impfung gegen Meningokokken B (Men B – von der STIKO nicht empfohlen)
- ab dem 3. Lebensmonat die Impfung gegen Meningokokken ACWY als tetravalenter Impfstoff (STIKO: nur Meningokokken C im 12. Lebensmonat)
- ab dem 6. Lebensmonat die jährliche Influenza-Impfung (von der STIKO nicht empfohlen)
- 1. MMR-Impfung ab dem 13. Lebensmonat (STIKO: 11. Lebensmonat)
- 2. MMR-Impfung „um den 4. Geburtstag“ (STIKO: 15. Lebensmonat)

Schon diese substanziellen Unterschiede bei identischer infektiologisch-epidemiologischer Ausgangssituation zeigen, wie problematisch es wäre, für in diesem Fall Sachsen von dem medizinischen Standard bei Impfungen und Impfeempfehlungen zu sprechen.

Impfeempfehlungen STIKO vs. europäische Nachbarländer

Weitet man den Vergleich auf die Staaten der EU/EEA² aus, zeigt sich auch hier eine deutliche Diversität der nationalen Allgemeinen/Standard-Impfeempfehlungen [14].

Impfbeginn der Grundimmunisierung mit 5- oder 6-fach-Impfung

- 19/30 der nationalen Impfeempfehlungen sehen einen Impfbeginn im Alter von zwei Monaten vor – auch die STIKO.
- 11/30 empfehlen den Impfbeginn erst im Alter von drei Monaten.

Meningokokken-Impfungen

- 13/30 Impfeempfehlungen enthalten keine allgemeine Impfeempfehlung zur Meningokokken-Impfung.
- 8/30 Impfkommisionen empfehlen – wie die STIKO – nur die Impfung gegen Meningokokken C.
- 9/30 Impfeempfehlungen enthalten Impfeempfehlungen von Impfungen gegen Meningokokken B und/oder Meningokokken C und/oder Meningokokken ACWY.

Varizellen-Impfung

- 19/30 Impfeempfehlungen enthalten keine Varizellen-Impfung als allgemeine Impfeempfehlung.

MMR-Impfung

- Die MMR-Impfung ist in allen 30 Staaten der EU/EEA empfohlen.
- 4/30 Impfkommisionen empfehlen wie die STIKO die 1. MMR-Impfung vor dem ersten Geburtstag.
- 3/30 Impfkommisionen empfehlen wie die STIKO die 2. MMR-Impfung vor dem zweiten Geburtstag.

Bei einer detaillierten Analyse finden sich in den Staaten der EU/EEA nicht zwei nationale Impfeempfehlungen, die einander gleichen – zusammen



Dr. med. Steffen Rabe

Niedergelassen als Kinder- und Jugendarzt in eigener Praxis seit mehr als 25 Jahren. Mitglied der DEGAM, Mitarbeit in der DEGAM-Impf-AG. Mitbegründer und Vorstandsmitglied des Vereins „Ärzte für individuelle Impfscheidung e.V.“.

Foto: Carsten Strübbe

mit der Impfeempfehlung der SIKO liegen hier also mindestens 31 voneinander unterschiedliche medizinische Standards vor, von denen die STIKO einen möglichen definiert.

Diversität und Impfaufklärung

Stellt sich somit schon die Frage, ob eine Impfstrategie in einer deutschen Arztpraxis, die sich z.B. an der schwedischen Impfeempfehlung orientiert, nicht die Anforderung des PatRG (§ 630a II BGB) erfüllt, denn sie entspricht ja einem allgemein (in Schweden) anerkannten fachlichen Standard, so geht das Patientenrechtegesetz bei den Anforderungen an die Aufklärung vor medizinischen Eingriffen noch einen wesentlichen Schritt weiter:

Hier ist die aufklärende Ärztin/der aufklärende Arzt verpflichtet, „auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können“.

Das Beispiel der Meningokokken-B-Impfung zeigt das hierdurch entstehende Dilemma:

Die STIKO empfiehlt diese Impfung auch 2020 ausdrücklich nicht als Standardimpfung und begründet dies unter anderem auch mit dem Nebenwirkungsrisiko der Impfstoffe – die SIKO hingegen empfiehlt die Impfung ab dem Alter von drei Monaten. Inzidenz und damit Erkrankungsrisiko für Men-B-Infektionen sind in Sachsen und Gesamtdeutschland nach den Zahlen des RKI (SurvStat@RKI) nicht substanziell unterschiedlich. Zweifellos existieren hier also zwei Standards im Sinne des PatRG, die bei im Wesentlichen gleichem Infektionsrisiko verschiedene medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zum Umgang mit diesem Risiko beschreiben. Diese führen wiederum – aufgrund des Nebenwirkungsspektrums der Impfung – zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen und Risiken durch das Verabreichen oder Nicht-Verabreichen der Impfung. Eine Impfaufklärung im Sinne des PatRG müsste also beide möglichen alternativen Standards eingehend erläutern und dies nicht nur in Sachsen, sondern im gesamten Bundesgebiet.

Erweitert man die Forderung des PatRG, analog zu anderen supranationalen Leitlinien, zumindest auch im europäischen Kontext, müsste eine Aufklärung über Schutzimpfungen also auch ausführliche Erläuterungen enthalten zu Impfungen, die andere Impfkommisionen in Abweichung von der STIKO-Empfehlung zusätzlich (z.B. Men B, Men ACWY) oder weniger (z.B. Rotaviren, Men C, Varizellen), oder mit einem anderen Impfschema (z.B. MMR, Men C, 5/6-fach-Impfstoffe) empfehlen.

² EU/EEA: Europäische Union/european economic area

Scheint dies auf den ersten Blick eine für die Praxis überzogene Forderung, sei daran erinnert, dass nach gängiger juristischer Lehrmeinung der Umfang und die Gründlichkeit einer Aufklärung im umgekehrten Verhältnis zur Dringlichkeit des aufzuklärenden Eingriffs steht [15] – und welche medizinische Maßnahme wäre *sensu strictu* weniger dringlich als eine der primären Krankheitsprävention dienende Impfung?

Die Lösung kann hier also nicht der Verzicht auf die vom PatRG geforderte Selbstbestimmungsaufklärung oder deren willkürliche Verengung auf die fälschlich als einzigen Standard angenommene STIKO-Empfehlung sein.

Auch eine das Dilemma theoretisch lösende zumindest europäische Harmonisierung der Impfempfehlungen scheint nicht einmal mittelfristig eine realistische Perspektive – diese Harmonisierung gelingt ja, wie dargelegt, nicht einmal innerhalb Deutschlands.

Zu fordern ist vielmehr eine Umbewertung der bislang in vielfacher Hinsicht vernachlässigten Impfberatung: diese Umbewertung muss sowohl in den für ärztliches Wirken relevanten Gebührenordnungen, als auch im Bewusstsein der aufklärenden Ärztinnen und Ärzte stattfinden. In Ersteren muss – ganz im Sinne der so oft eingeforderten Höherbewertung der sogenannten „sprechenden Medizin“ – eine adäquat vergütete Ziffer geschaffen werden, die die Abrechnung einer Impfberatung unabhängig von der eventuellen Durchführung der jeweiligen Impfung ermöglicht. Ärztinnen und Ärzte sollten die Impfberatung stärker als bisher und ganz im Sinne des PatRG als Beratung und Aufklärung zur Selbstbestimmung der oder des Beratenen verstehen – die Entscheidungsfreiheit des Patienten steht

nach gängiger juristischer Auffassung über der medizinischen Auffassung der Ärztin oder des Arztes [16]. Die Wahrung dieses Selbstbestimmungsrechtes ist maßgebliche Verhaltenspflicht des Arztes, denn es basiert in letzter Konsequenz auf der Menschenwürde und dem Recht auf körperliche Unversehrtheit [16].

Die Forderung des PatRG (zitiert auch von der STIKO), dass diese Aufklärung in der Praxis maßgeblich mündlich erfolgen muss (§ 630e II BGB) und nicht an nicht-ärztliches Assistenzpersonal delegiert werden kann [17], erhöht die Anforderungen in der ärztlichen Praxis zusätzlich, weil auf schriftliches Aufklärungsmaterial „lediglich ergänzend [...] Bezug genommen“ werden kann [8]³.

Dennoch kommt – angesichts der (wie dargelegt) notwendigen Komplexität der Impfaufklärung – unterstützendem schriftlichen Informationsmaterial eine unerlässliche Rolle zu. So wie an die mündliche Aufklärung und Beratung die Forderung der Selbstbestimmungsaufklärung [6]⁴ gestellt werden muss, so müssen diese Materialien ebenfalls hohen Anforderungen genügen.

Die Aufklärungsmaterialien müssen frei sein von Interessenkonflikten

Materialien, die von den Herstellerfirmen der Impfstoffe erstellt werden, können diesem Anspruch ebenso wenig genügen, wie die vom RKI empfohlenen Aufklärungsschriften privater Vereine, die von diesen Firmen finanziert werden⁵. Auch das vom RKI genannte „Deutsche Grüne Kreuz“ stand wegen der Intransparenz seiner finanziellen Verflechtungen als „grünes Feigenblatt für Pharmamarketing“ [18] in der Vergangenheit mehrfach in der Kritik. Und RKI oder STIKO als Autoren einer der nationalen Impfempfehlun-

gen können den im Sinne des PatRG zu leistenden Vergleich mit anderen nationalen Empfehlungen kaum mit der erforderlichen Unabhängigkeit leisten⁶.

Die Aufklärungsmaterialien müssen transparent sein

Die verschiedenen Aspekte, die eine Impfempfehlung begründen können (Individualschutz, Herdenimmunität, Krankheitselimination, ...), müssen für eine Aufklärung zur Selbstbestimmung bei jeder einzelnen Impfung in ihrer jeweils unterschiedlichen Gewichtung kommuniziert werden. Nur dann können diese Argumente für eine Impfung vom/von der Beratenen verstanden und selbstbestimmt abgewogen werden⁷.

Es wird deutlich, dass die bisherigen Protagonisten der Impfaufklärung in Deutschland aus verschiedenen Gründen nicht geeignet sind, die für das Flankieren einer vom PatRG geforderten Selbstbestimmungsaufklärung zur Impfscheidung notwendigen Materialien in der erforderlichen Unabhängigkeit von den Interessen Dritter und/oder der gebotenen Transparenz zu erstellen.

Das Patientenrechtgesetz wurde formuliert mit der Zielvorstellung des mündigen, kritischen und selbstbestimmten Patienten, auf Augenhöhe mit der bzw. dem Behandelnden [19]. Gerade weil es bei Impfungen, wie bei anderen primären Präventionsmaßnahmen auch, nicht einmal im eigentlichen Sinne um Patienten, sondern um Bürgerinnen und Bürger geht, entspräche diesem Ziel am ehesten eine zivilgesellschaftlich begründete Institution, die, unabhängig von Interessen Dritter, transparent und ergebnisoffen die für eine selbstbestimmte Entscheidung notwendigen Informationen zusammenträgt und prä-

³ S. 24

⁴ S. 311

⁵ So verweist das RKI ausdrücklich auf Materialien des „Forums impfender Ärzte“, das nach eigener Auskunft zumindest für Teile des eigenen Informationsangebotes ausdrücklich von Pharmaherstellern gesponsert wird (www.forum-impfen.de).

⁶ Das RKI gibt z.B. eine Reihe von „Faktenblättern“ zur Impfaufklärung heraus, die auch solche Impfungen umfassen, die in anderen Ländern der EU/EEA ausdrücklich nicht empfohlen sind, z.B. die Pertussis-Impfung in der Schwangerschaft. Diese nicht unumstrittene Impfempfehlung (auch die DEGAM hatte sich im Rahmen der Konsultation durch die STIKO gegen diese Impfempfehlung ausgesprochen) wird z.B. von keinem der skandinavischen Länder geteilt – wie sollte das RKI deren von der eigenen Position abweichenden Impfempfehlungen als gleichberechtigte Alternativen darstellen können?

⁷ Es wäre fraglos einer eigenen Betrachtung wert, wie sich das dem deutschen PatRG zugrunde liegende Recht auf Selbstbestimmung und körperliche Unversehrtheit in den medizinischen Aufklärungsstrategien zumindest derjenigen Staaten niederschlägt, die diese Grundwerte teilen. Eine entsprechende Untersuchung fehlt jedoch bis heute genauso wie die Analyse der Auswirkungen so unterschiedlicher Impfempfehlungen auf die Gesundheit der jeweiligen Bevölkerungen.

sentiert. Eine solche Institution – die es für die Untersuchung anderer medizinischer Maßnahmen als das Impfen mit dem IQWiG seit 2004 gibt⁸ – könnte das gerade beim Impfen essenziell notwendige Vertrauen durch eigene Transparenz und Glaubwürdigkeit gewährleisten und mit in diesem Sinne erstellten Informationsmaterialien die ärztliche Impfaufklärung im Sinne des Patientenrechtegesetzes unterstützen, ja, in letzter Konsequenz überhaupt erst ermöglichen.

Interessenkonflikte:

Keine angegeben.

Literatur

1. Bogdan C. Impfpfehlungen der Ständigen Impfkommission. *Hautarzt* 2021; 72: 92–99
2. STIKO. *Epid Bull* 2020; 34: 1–68
3. Deutsch E, Spickhoff A, Ullrich K. Die Pflicht des Arztes, den Patienten auf eine Impfung hinzuweisen. Hannover: Stiftung Eine Chance für Kinder, 2017
4. Katzenmeier C. Beck'scher Online-Kommentar BGB. 42. Auflage, 2016: §630 c, Rn 9
5. BGH. Urteil vom 15.02.2000. VI ZR 48/99
6. Jansen C. *Der Medizinische Standard*. Berlin: Springer, 2019: 9
7. Schneider R. Standardveränderung in den letzten 10 Jahren – aus Sicht des Mediziners am Beispiel der Neurologie. In: AG RAe im MedR e. V. (Hrsg.), *Standard-Chaos? Der Sachverständige im Dickicht*
8. Deutscher Bundestag. Drucksache 17/10488 – Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten. S. 19
9. Carstensen G. Vom Heilversuch zum medizinischen Standard. *Dtsch Arztebl* 1989; 86: A 2431–33
10. Frahm W, Jansen C, Katzenmeier C, et al. *Medizin und Standard – Verwerfungen und Perspektiven*. *MedR* 2018; 36: 447–457
11. Keil M. *Rechtsfragen der individualisierten Medizin*. Berlin: Springer, 2015: 141
12. RKI. www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/stiko_inhalt.html (letzter Zugriff am 01.05.2021)
13. SIKO. www.slaek.de/media/dokumente/02medien/Patienten/gesundheitsinformationen/impfen/Synopsis_2021.pdf (letzter Zugriff am 01.05.2021)
14. ECDC. www.vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/ (letzter Zugriff am 01.05.2021)
15. Greiner H-P. Haftung aus Aufklärungsfehler. In: Geiß K, Greiner H-P. *Arzthaftpflichtrecht*, 7. Auflage. München: Beck, 2014: 245ff.
16. Parzeller M. Aufklärung und Einwilligung bei ärztlichen Eingriffen. *Dtsch Arztebl* 2007; 104: A 576–86
17. Halbe B. Rechtssicherheit für Ärzte und Patienten. *Dtsch Arztebl* 2017; 114: A 858–9
18. *arznei-telegramm*. Deutsches Grünes Kreuz ... grünes Feigenblatt für Pharmamarketing. 2009; 40: 534
19. BMG. www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/patientenrechtegesetz.html (letzter Zugriff 01.05.2021)

Korrespondenzadresse

Dr. med. Steffen Rabe
Arzt für Kinderheilkunde und
Jugendmedizin
Gottfried-Keller-Str. 12
81245 München
dr.rabe@der-rabendoktor.de

⁸ „Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen ist eine fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtung der gemeinnützigen Stiftung für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen – also keine staatliche Institution oder Behörde. [...] Das IQWiG steht aber nicht unter der Fachaufsicht des G-BA oder des Bundesministeriums für Gesundheit. Diese Unabhängigkeit gewährleistet, dass es nach wissenschaftlichen Kriterien arbeiten und auch Ergebnisse veröffentlichen kann, die den Interessen einzelner Akteure im Gesundheitswesen zuwiderlaufen.“ (Quelle: <https://www.iqwig.de/allgemeine-fragen-zum-iqwig>)

04.–06.11.2021 in Hamburg
AUF DEM WEG ZUR MEDIZIN 5.0
INTEGRIERTE MEDIZIN UND
DIGITALISIERUNG
ANPASSUNG PASSUNG WIDERSTAND

22. Jahrestagung der Thure von Uexküll-
 Akademie für Integrierte Medizin (AIM)



Erika-Haus. Universitätsklinikum
 Hamburg – Eppendorf
 Martinstraße 52, 20246 Hamburg
 Anmeldung:
hamburg2021@aim.com.de



www.uexkuell-akademie.de