



2
AUSGABE
2010

Zeitschrift für
Medizin-Ethik-Recht **MERkblatt**

MEDIZIN-ETHIK-RECHT

Interdisziplinäres Zentrum
an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

MASTERSTUDIENGANG

Medizin und Biowissenschaften verändern den Umgang mit dem Leben. In den dadurch ausgelösten Kontroversen sind juristische und ethische Fragen eng miteinander verknüpft. Ihre Bearbeitung erfordert die fachübergreifende Diskussion - eine Idee, der sich das Interdisziplinäre Zentrum Medizin-Ethik-Recht verschrieben hat.

Kontakt:
Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg
Interdisziplinäres Zentrum
Medizin-Ethik-Recht (MER)
Universitätsplatz 5
(Juridicum)
06108 Halle (Saale)

E-mail:
mer@jura.uni-halle.de

Homepage: mer.uni-halle.de
Tel: ++ 49 (0) 345-55-2 31 42
Fax: ++ 49 (0) 345-55-2 70 70

Zum Sommersemester 2011 bietet das Zentrum den Masterstudiengang Medizin-Ethik-Recht an. Der Studiengang richtet sich an Absolventen der Theologie, Philosophie, Rechtswissenschaft, Medizin und angrenzender Fachgebiete, die vertiefte Kenntnisse in medizinethischen, bioethischen und rechtlichen Fragestellungen erwerben wollen. Nach erfolgreichem Studium wird der akademische Grad eines "Master of Medicine, Ethics and Law" (M. mel.) verliehen.

Die Bewerbungsfrist endet am 15.01.2011.

ISSN 2190-5568 (Internet)



Im FOKUS

Die Zukunft des Gesundheitssystems

Gesundheitspolitik ist eine Politik
fürs Gemeinwohl
Ein Gespräch mit Ulla Schmidt

Patientensouveränität treibt Wandel

Berufsrecht

Aktuelle Diskussion

Doping

Reformbedarf
im Bereich der
Gesundheitsberufe

Sterbehilfe –
Zur Entscheidung des BGH
vom 25.6.2010

Leistungsfördernde
Stoffe im
Bodybuilding

Liebe Leser,

die Resonanz auf unsere erste Ausgabe war äußerst erfreulich – auch weil wir versuchen, Themen interdisziplinär zu verknüpfen. Dabei bedeutet Interdisziplinarität nicht, dass etwa ein Jurist, der sich mit philosophischen und medizinischen Fragen auseinandersetzt, zum Philosophen und Mediziner wird. Interdisziplinarität bezeichnet vielmehr eine fachübergreifende Arbeitsweise, die sich Denkweisen, Arbeitsmethoden, Lösungsansätze und dem Problembewusstsein verschiedener Fachrichtungen öffnet und Aspekte der unterschiedlichen an dem Diskurs teilhabenden Disziplinen zusammenfügt. Interdisziplinarität bedeutet, sich in fachlichen Zwischenräumen zu bewegen, um dem Denken eine andere Richtung zu geben.

Diesem Anspruch gemäß haben wir wieder eine spannende und interessante Mischung der Bereiche Politik, Rechtswissenschaft, Gesundheitsökonomie, Medizin und Kulturwissenschaft versammelt, die zumeist um den Schwerpunkt dieser Ausgabe „Die Zukunft des Gesundheitssystems“ zentriert sind. Auf die Zukunft gibt es in der Gegenwart keine eindeutigen Antworten. In Bezug auf das Gesundheitssystem wird sie u. a. von den Patienten, dem politischen Willen, dem Wandel der Gesetzgebung und von strukturellen Veränderungen abhängen.

Ohne eine Analyse und Problematisierung der Gegenwart, wird sich kaum Zukunft gestalten lassen, sei dies im (medizin-)rechtlichen oder im sozialen wie kulturwissenschaftlichen Horizont. Mag die Gegenwart durch das Vergangene zwar nicht notwendiger geworden sein, als sie es ohne dieses war; sie ist jedoch durch einen Blick auf die letzte meris-Tagung ein wenig reicher. Zum Abschluss erwarten Sie wieder zwei Porträts von Menschen, die das MER-Studium geprägt haben und prägen.

Wir möchten uns bei allen bedanken, die die zweite Ausgabe des MERKblatts möglich gemacht haben, insbesondere bei den Gastautoren, die auf Anfrage keinen Augenblick zögerten, einen Artikel für uns zu verfassen, und beim IZ MER, bei Herrn Prof. Dr. Lilie und Frau Dr. Junghans, ohne deren Unterstützung die Zeitschrift bloße Chimäre geblieben wäre.

Wir wünschen Ihnen anregende Gedanken und viel Vergnügen beim Lesen!

Andreas Walker
Sven Wedlich

Redaktionsleitung

	3	Editorial
IM FOKUS	5	Patientensouveränität treibt Wandel
	9	Reform um Reform
	11	Gesundheitspolitik ist eine Politik fürs Gemeinwohl
Zur Zukunft der Gesundheitsberufe	16	Reformbedarf im Bereich des Berufsrechts der Gesundheitsberufe
	23	Die Delegation ärztlicher Leistungen heute – und morgen
	29	Medizinische Versorgungszentren – Implementierung einer Zukunftsvision
Aktuelle Diskussion	32	Erlaubte Sterbehilfe durch aktives Tun Entscheidung des BGH vom 25. Juni 2010 - 2 StR 454/09 -
Ethikrat	35	Intersexualität – In der Grauzone der Geschlechter
Kommentar	38	Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen
Doping	42	Leistungsfördernde Stoffe im Bodybuilding
MER intern	46	Impressionen der jährlichen Tagung „MER – Orientierungen und Perspektiven“ des meris e. V. 2010 in Wittenberg
Im Porträt	48	Prof. Dr. Joachim Radke Prof. Dr. Erwin Deutsch
	50	Impressum

Patientensouveränität treibt Wandel

von Prof. Heinz Lohmann

Patient als neuer „Player“

Der Patient steht angeblich immer schon im Zentrum der Akteure des Gesundheitssystems. Wer allerdings die öffentliche Diskussion verfolgt, erkennt, dass ganz andere Themen die Debatte der letzten Jahrzehnte bestimmt haben. Ein ganz wichtiges ist die Finanzproblematik. Und dabei ist die Ausgangslage in allen postindustriellen Gesellschaften gleich. Es existiert eine auseinandergehende Schere zwischen steigender Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und begrenzten Mitteln aus dem Sozialtransfer. Hintergrund sind die Innovationskraft der Medizin und zukünftig verstärkt die Demographie. Massiver Finanzierungsdruck in den sozialen Sicherungssystemen ist allenthalben die Folge. Angesichts der gesellschaftlichen Verhältnisse wird der Kostendruck auf die Gesundheitsanbieter anhalten. Diese bereits seit langen Jahren bestehende Situation ist auch der Grund, warum das Thema Ökonomie eine größere Bedeutung im Medizinbetrieb gewonnen hat. Kaufmännische Manager sind deshalb gefragt, weil ihre Profession nutzbringend eingesetzt werden kann. Die Klagen von therapeutisch Tätigen, insbesondere Ärzten, über eine ihrer Meinung nach zu weit gehende Ökonomisierung der Medizin gehen deshalb auch ins Leere. Ökonomie setzt sich mit der Allokation knapper Res-

ourcen auseinander. Darum ging es in der Vergangenheit und wird es auch zukünftig gehen.

Neben den bekannten Diskussionen um die Kosten im Gesundheitssystem tritt in jüngster Zeit vermehrt die Anforderung nach mehr Qualität. Hintergrund dieser Entwicklung ist die zunehmende Patientensouveränität. Bisher waren die Patienten angesichts weit reichender Intransparenz eher Objekte im Geschehen. Der Gesundheitsbereich war ein expertendominierter Anbietermarkt. Durch mehr Transparenz, insbesondere wegen der Informationsmöglichkeiten via Internet, aber auch durch Klinikführer oder Ärzt rankings, werden die Patienten zunehmend Subjekte des Gesundheitssystems. Auf Märkten, auf denen Konsumenten eine stärkere Rolle spielen, treten Leistungen und Qualität in den Vordergrund des Wettbewerbs. Deshalb muss das Unternehmensziel von Gesundheitsanbietern in zukünftigen Jahren auf diese Ausrichtung fokussiert werden, ohne die Preiswürdigkeit aus den Augen zu verlieren.

Die Rolle der Patienten ist dramatischen Veränderungen unterworfen, wenn die Autonomie der Konsumenten insbesondere durch steigende Transparenz zunimmt. Bereits 40 % der Patienten informieren sich nach Arztbesuchen im Internet detailliert zu Diagnosen und hinterfragen die Ratschläge der Mediziner zur Behandlung.

Diese zunehmende Patientensouveränität wird in den kommenden Jahren den Gesundheitsmarkt nachhaltig verändern und treibt damit den Wandel.

„Diagonaler“ Patient überwindet Segmentierung

Nach wie vor ist das deutsche Gesundheitssystem durch eine ausgeprägte Segmentierung gekennzeichnet. Die Reformbemühungen der letzten zwei Jahrzehnte waren immer wieder darauf gerichtet, zu einer intensiveren Verknüpfung der diversen Akteure in den verschiedenen Institutionen zu gelangen. Diese Aktivitäten sind nur sehr begrenzt erfolgreich gewesen. Im Wesentlichen entwickeln sich die einzelnen Leistungsbereiche weiterhin ohne wirklichen inneren Bezug nebeneinander her. Dazu tragen ganz zentral die sehr unterschiedlichen Finanzierungsgrundlagen bei. Sie verhindern weitgehend die Überwindung der traditionellen Grenzen zwischen den Systemteilen. Ambulante und stationäre Angebote sind deshalb nur sehr unzulänglich vernetzt. Es kommt zu vielen unkoordinierten Überschneidungen zum Nachteil der Patienten.

Die tradierte Trennung zwischen den in Praxen „vertikal“ behandelten Leichtkranken und den in Krankenhäusern „horizontal“ versorgten Schwerkranken lebt organisatorisch fort, obschon die Entwicklung der modernen Medizin inhaltlich längst die Behandlung von komplexen Erkrankungen auch ambulant ermöglicht. Der Gesundheitsmarkt wird dieser Ent-

wicklung immer noch nicht gerecht. Praxen und Krankenhäuser repräsentieren nach wie vor genauso stark abgeschottete eigene Welten wie die Rehabilitationskliniken, die Apotheken und die vielen anderen Gesundheitsanbieter. Moderne Medizin ermöglicht eine Versorgung der Patienten jenseits der überkommenen Institutionentrennung. Menschen erwarten zunehmend ganzheitliche Gesundheitsangebote, die auf einem strukturierten Prozess beruhen. Der Gesundheitsmarkt steht deshalb vor der verstärkten Einführung von Komplexleistungen. Wir erleben daher auf der Basis der Entstehung des „diagonalen“ Patienten beginnend eine Revolution der Organisation der Medizin, die die Prinzipien der bisherigen Industrie- und der zukünftigen Netzwerkgesellschaft vereint.

Qualität durch Markenmedizin

Die bestehende Medizinorganisation wird den neuen Anforderungen in keiner Weise gerecht. So sind die Prozesse und Strukturen traditionell „gewachsen“. Die Art der Leistungserbringung ist Resultat dieser Bedingungen, nicht umgekehrt. Deshalb kann die Hebung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit erst durch einen tief greifenden Paradigmenwechsel von einer mehr oder weniger auf Zufall beruhenden zu einer strukturierten und standardisierenden Medizin nachhaltig sichergestellt werden. Die Organisation muss dafür „vom Kopf auf die Füße“ gestellt werden. Nicht die vorgefundene Beschaffenheit der Infrastruktur und Organisation der

Betriebsabläufe sowie die zufällig entstandene Personalstruktur dürfen die Art und die Ergebnisse von Medizin weiter determinieren. Vielmehr müssen die für das Überleben im Wettbewerb notwendige Qualität und Wirtschaftlichkeit der Medizin umgekehrt die Infrastruktur, die Betriebsabläufe sowie die Personalauswahl bestimmen.

Die Medizin selbst rückt stärker in den Mittelpunkt des Wettbewerbs und zwar auf der Leistungs- und auf der Preisseite. Deshalb müssen die Qualität und die Wirtschaftlichkeit gleichermaßen optimiert werden. Es geht bei der Hebung der Produktivitätsreserven und nicht, wie häufig in der Vergangenheit, um ein „Schnellerarbeiten“ sondern um ein grundlegendes „Andersarbeiten“. Alle Strukturen und Prozesse müssen auf den Prüfstand gestellt werden. Konzentration und Vernetzung sind die Schlüsselbegriffe des Modernisierungsprogramms. Therapeutisch Tätige, Ärzte, Krankenpflegekräfte und andere, müssen eng mit dem kaufmännischen und technischen Management zusammenarbeiten. Insbesondere auf Seiten der Manager ist dazu ein Kurswandel erforderlich. Bisher waren fast ausschließlich nichtmedizinische Themen im Blickpunkt ihrer Interessen. Damit kann in Zukunft der Wettbewerb nicht mehr gewonnen werden. Institutionenübergreifende Behandlungslösungen zu konzipieren und zu realisieren, ist ein hochkomplexer Prozess. Er benötigt die gesamte Aufmerksamkeit aller Verantwortlichen auf Seiten der Medizinanbieter.

Die weiteren zur Erstellung der Gesundheitsangebote erforderlichen Produkte und Dienstleistungen müssen durch voll integrierte Systempartner beigebracht werden.

Die Methoden und Instrumente der Industrialisierung sind in der Medizin bisher weitgehend nicht zur Anwendung gekommen. Die Organisationsstrukturen der medizinischen Leistungserbringung befinden sich überwiegend in einem vorindustriellen Stadium. Die Anwendung der Prinzipien arbeitsteiliger Produktionstechniken sind bis heute mit dem Argument individueller diagnostischer und therapeutischer Notwendigkeiten fast durchgängig verworfen worden. Die moderne Strukturierung der Medizin erlaubt in Kombination mit aktuellen Entwicklungen in der Informationstechnologie jetzt die individualisierte Standardisierung. Auf einer strukturierten Basis ist eine patientenbezogene Ausgestaltung der Services und Produkte möglich. Kurz: die Qualitätsmedizin ermöglicht eine „Digitale Industrialisierung“ der Medizin bis hin zur Ausprägung von Marken.

Ökonomie und Humanität keine Gegensätze

Die Entwicklung von Markenmedizin ist ein innovatives, Erfolg versprechendes Modell. Es ist geeignet, Antworten auf die Herausforderungen des gesellschaftlichen Umbruchs am Beginn des 21. Jahrhunderts zu geben. Eine so verstandene Ökonomisierung der Medizin muss die Humanität nicht gefährden

– im Gegenteil. Wichtig ist allerdings, den sich in den nächsten Jahren noch verschärfenden Wandel mit einem intensiven ethischen Diskurs zu verbinden. Ethik ist im Kern der Ausgleich von Existenz- und Gedeihensbedingungen. Für den Gesundheitssektor heißt das, dass der ethische Diskurs sich insbesondere auf die Interessen der Patienten und der Versicherten konzentrieren muss. Gerade im Gesundheitsmarkt lässt sich nachhaltig Geschäft nur machen, wenn eine Vertrauensbasis vorhanden ist. Der Erfolgsfaktor ist die Qualitätsmedizin im Interesse der Patienten. Somit stärkt Markenmedizin die von allen prognostizierte Patientenautonomie. An diesem Veränderungsprozess mit zu wirken, erfordert von den Beteiligten große Kraftanstrengungen. So leben Ärzte, Krankenpflege sowie sonstige Therapeuten und Manager in verschiedenen kulturellen Welten. Ihre Sprachen sind nicht harmonisiert. Das macht die Verständigung schwierig. Der Dialog ist aber unerlässlich. Die Erfahrungen aus anderen Branchen zeigen, dass der gesellschaftliche Umbruch allenfalls verzögert, aber nicht aufgehalten werden kann. Deshalb ist das Gebot der Stunde im gemeinsamen Bemühen aller Akteure ein Optimum an Qualität und Wirtschaftlichkeit zu erreichen, um moderne Medizin allen Patienten zugänglich zu machen. Die zunehmende Patientensouveränität ist die Basis des zukünftigen Veränderungsprozesses. Das ist gut so.

Literatur:

Amelung, V., Deimel, D., Reuter, W., Rooij, N., Weatherby, J., *Managed Care in Europe*, Schriftenreihe des Bundesverbandes Managed Care, Berlin 2009.

Eberstadt, N., Groth, H., *Die Demographiefalle. Gesundheit als Ausweg für Deutschland und Europa*, Stuttgart, New York, 2008.

Klusen, N., Straub, Chr. (Hrsg), *Bausteine für ein neues Gesundheitswesen. Technik, Ethik, Ökonomie*, Baden-Baden 2003.

Knieps, F., *Die Perspektiven für das Gesundheitswesen?*, *Monitor Versorgungsforschung* 2008, I: 24-8.

Lohmann, H., Preusker, U. (Hrsg), *Geschäftsmodell Systempartnerschaften: Die Digitale Industrialisierung der Medizin*, Heidelberg 2009.

Oberender, P. O., Zerth, J., *Bayreuther Manifest. Der Weg in ein freiheitliches Gesundheitswesen*, Bayreuth 2003.

Wehkamp, K. H., *Die Ethik der Heilberufe und die Herausforderungen der Ökonomie*, Berlin 2004.

Prof. Heinz Lohmann ist Gesundheitsunternehmer, Geschäftsführer der LOHMANN konzept GmbH und Vorsitzender der INITIATIVE GESUNDHEITSWIRTSCHAFT e. V.; Lehrtätigkeit an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg und Autor zahlreicher Veröffentlichungen; Sammler und Förderer experimenteller Gegenwarts-kunst.

Reform um Reform

von Helena Bebert, M.mel.

Am 22.09.2010 verabschiedete die Bundesregierung den Entwurf eines Gesetzes zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenkasse (GKV-Finanzierungsgesetz), welches zum 01.01.2011 in Kraft treten soll. Es sei transparent, stabil und gerecht, so das Gesundheitsministerium. Mit dem Gesetz soll die Finanzierung des Gesundheitssystems dauerhaft umgestellt werden, weg von prozentualen solidarischen Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträgen hin zu einkommensunabhängigen Pauschalen.

Der Krankenkassenbeitrag wird im Jahr 2011 von 14,9 auf 15,5 Prozent steigen. Dabei sollen Arbeitnehmer 8,2 Prozent (bisher 7,9) tragen und der Arbeitgeberanteil soll auf 7,3 Prozent gedeckelt werden. Die Beitragserhöhung soll sechs Milliarden Euro einbringen, mit denen das Kassendefizit von etwa zehn Milliarden Euro teilweise behoben werden soll. Darüber hinaus sollen im Jahr 2011 mit einem Sparpaket in Höhe von 3,5 Milliarden Euro die Ausgaben für Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser sowie die Verwaltungskosten bei den Kassen begrenzt werden. Zudem sollen Zusatzbeiträge eingeführt werden. Das bedeutet, dass Kostensteigerungen ab dem Jahr 2012 zukünftig allein von den gesetzlich Versicherten als einkommensunabhängige Pauschalen getragen werden. Damit ist der erste Schritt einer längerfristigen Umgestaltung der einkommensabhän-

gigen solidarischen Beitragsfinanzierung in ein System, in dem alle Versicherten unabhängig vom Einkommen einen Versicherungsbeitrag in gleicher Höhe zahlen, getan. Dies wird auch als „Gesundheitsprämie“, von anderen als „Kopfpauschale“ bezeichnet.

Die Höhe des Zusatzbeitrages soll jedoch auf maximal zwei Prozent des Bruttoeinkommens des Versicherten begrenzt werden. Fordert eine Krankenkasse mehr, soll ein Sozialausgleich aus Steuermitteln erbracht werden, den der Versicherte dann erstattet erhält. Maßstab ist dabei der durchschnittliche Zusatzbeitrag, den die Kassen benötigen. Im Gesundheitsministerium geht man längerfristig davon aus, dass der Steuerzuschuss in der nächsten Wahlperiode jährlich um eine Milliarde Euro steigen wird. Zudem ist auch geplant, ein stärkeres Vorleistungssystem umzusetzen, wodurch der Patient einen Kassentarif wählen kann, bei dem er zunächst die Rechnung beim Arzt bezahlt, und ihm dieser Betrag zurückgewährt wird.

Von der Reform profitiert auch die private Krankenversicherung. Gesetzlich Versicherte müssen künftig nur noch ein Jahr, statt bisher drei Jahre, über der Versicherungspflichtgrenze (derzeit 4162,50 Euro im Monat) liegen, bevor sie nach § 6 SGB V versicherungsfrei werden und zu den privaten Krankenversicherungen wechseln können.

Für Aufregung sorgt weiterhin, dass künftig das Gesundheitsministerium die Kriterien für die Nutzenbewertung von Arzneien festlegen soll und nicht ein unabhängiges Gremium. Die Bundestagsabgeordnete und ehemalige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt übt diesbezüglich harsche Kritik und wirft der derzeitigen Bundesregierung Klientelpolitik vor (siehe Interview). Dass Gesundheitspolitik jedoch nicht nur soziale Interessen verfolgt, ist kein Geheimnis. Dies wird deutlich, wenn man bedenkt, dass der Sektor „Gesundheit“ jährlich über 260 Milliarden Euro umsetzt und 11 Prozent aller Deutschen beschäftigt.

Weiterhin wird an den geplanten Reformen kritisiert, dass die so genannte „Zweiklassenmedizin“ gefördert werde und sie sozial ungerecht sei, da sie stärker einkommensschwache Versicherte belaste. Sozial ungerecht seien die Neuerungen, da sie Abstand vom bisher paritätisch geprägten System der gesetzlichen Krankenversicherung nehmen.

Perspektivisch werden die Kostensteigerungen im Gesundheitssystem auf die Versicherten verlagert. Die Beitragserhöhungen treffen sie doppelt, da einerseits der Satz des Krankenkassenbeitrages der vom Bruttoeinkommen zu erbringen ist, prozentual um 0,3 Prozentpunkte gestiegen ist. Andererseits werden von den gesetzlichen Krankenversicherungen ab 2011 Zusatzbeiträge erhoben, die allein vom Arbeitnehmer zu erbringen sind.

Weiterhin wird über die staatliche Bezuschussung, in Form des steuerfi-

nanzierten Sozialausgleichs von Versicherten, bei denen die Belastung über 2 % des Bruttoeinkommens liegt, letztendlich wieder der Steuerzahler belastet.

Durch die erstrebte Privatisierung der Gesundheitskosten, die Festsetzung der Arbeitgeberbeiträge und der einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge werden primäre Stützpfiler der solidarischen Krankenversicherung demontiert. Zwar werden schon jetzt Patienten mit Zuzahlungen und Eigenleistungen (z. B. individuelle Gesundheitsleistungen, abgekürzt IGeL) belastet, doch durch die Abkehr vom Sachleistungsprinzip werden wesentliche Prinzipien der sozialen Krankenversicherung gebrochen.

Ulla Schmidt kreidet der Gesundheitsreform schwere Missstände an. Sie bezeichnet die jetzige Einführung der Kopfpauschale als „sehr unsozial“. Zudem fehle die Teilhabe der Privatversicherten an den Gesundheitskosten. Ein Sozialausgleich fände nicht statt und es würde sich nicht an den Krankheitskosten orientiert werden. Die momentane Ausrichtung zielt primär auf eine Stärkung der privaten Krankenkassen ab, welches zum drastischen Sozialabbau führe.

Dennoch ist diese Entwicklung nicht völlig überraschend und diese Welle der Kritik wirkt nicht stets überzeugend, wurden doch am Gesundheitssystem in den letzten Jahren stetig Reformen oder „Reförmchen“ geübt. Der reformerfahrene gesetzlich Versicherte rekonvalesziert auch zweiter Klasse.

Gesundheitspolitik ist eine Politik fürs Gemeinwohl

Bundestagsabgeordnete Ulla Schmidt, Bundesministerin für Gesundheit a. D.

im Gespräch mit Philipp Skarupinski und Martina Resch

Welche wesentlichen Veränderungen wird das deutsche Gesundheitswesen in den kommenden Jahren aus Ihrer Sicht erfahren und welche tragende Rolle wird dabei insbesondere die Institution der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) übernehmen?

Wenn man sich die älter werdende Gesellschaft und den damit verbundenen steigenden Ver-

sorgungsbedarf vor Augen hält und sieht, dass heutzutage Krankheiten, die früher zum vorzeitigen Tod geführt hätten, mit oft langjähriger Versorgung behandelbar sind, ist klar, dass die solidarische

Krankenversicherung eine größere Rolle spielen wird. Ich bin davon überzeugt, dass wir mehr Solidarität brauchen und nicht weniger. Deshalb bleibe ich dabei: Die Gesundheitsversorgung auf dem hohen Stand in Deutschland kann nur erhalten werden, wenn sich alle gemeinsam zu gleichen Bedingungen an der Finanzierung beteiligen und füreinander einstehen. Das ist und bleibt die Bürgerversicherung: nicht als Einheitsversicherung, aber als Versicherung, in der Kassen zu gleichen Bedingungen die Versorgung anbieten;

in der jede Kasse jeden aufnehmen muss und zwar ohne Angabe des Risikos und in der dann zwischen allen Versicherten ein Risikoausgleich stattfindet. Darüber hinaus müssen neben den Einkünften aus unselbstständiger Arbeit auch andere Einkünfte, z. B. aus Vermögen, zur Grundlage der Beitragserhebung herangezogen werden. Dann wird es auch für alle bezahlbar bleiben.

Sind Sie für eine Trennung von Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und Privater Krankenversicherung (PKV)?

Es ist aus meiner Sicht unbedingt erforderlich, die Trennung in GKV und PKV aufzuheben. Diese bedeutet ja nicht nur, dass 90 % der Menschen in der GKV und 10 % in der PKV versichert sind. 90 % sind in der Regel verpflichtet, das gesetzliche System zu nehmen, während 10 % aufgrund ihres Berufsstatus oder aufgrund des Einkommens eine Wahlmöglichkeit haben. Das Entscheidende ist aber, dass die GKV jeden aufnehmen muss, die PKV sich aber ihre Versicherten aussuchen kann. Wenn sie zu alt oder zu krank sind, werden sie entweder nicht aufgenommen oder

ausgeschlossen. Das führt zu einer ungleichen Risikoverteilung, verhindert einen angemessenen Risikoausgleich und ist ungerecht.

Muss nicht die Messung der Qualität im deutschen Gesundheitswesen noch mehr in den Fokus der Politik rücken?

Wir brauchen die Qualitätssicherung in allen Bereichen. Wir haben in den Jahren unserer Regierungszeit diesbezüglich enorme Fortschritte gemacht, nicht nur in der Qualitätssicherung im Krankenhaus und der Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung, sondern auch durch Gesetze, die ambulant und stationär besser verzahnen. Vor allen Dingen muss dafür Sorge getragen werden, dass Qualität sich in den Versorgungsabläufen zeigt, d.h. die klassischen Schnittstellenprobleme müssen überwunden werden. Ein gutes Beispiel für eine gelungene Zusammenarbeit von ambulanter und stationärer Behandlung sind z.B. die Programme für Frauen mit Brustkrebs. Hier steht die Patientin im Mittelpunkt und die Erfahrungen zeigen, dass sich die Patientinnen gut aufgehoben fühlen.

Wie kann ein nutzenorientierter Wettbewerb unter den Kassen implementiert werden?

Die Frage der Nutzenbewertung von Therapien auch im Vergleich zu den Kosten, die sie verursachen, ist ein ständiger Prozess, ohne den man auf Dauer ein bezahlbares Gesundheits-

wesen nicht erhalten kann. Hier sind besonders die Krankenkassen gefordert, intensiv die bestehenden und künftigen Möglichkeiten der Vertragsgestaltung wahrzunehmen. Die Krankenkassen müssen im Rahmen von Hausarztverträgen, Verträgen für besondere Versorgungsformen und auch bei der Frage der Öffnung der Krankenhäuser für besonders hoch spezialisierte Behandlungen darauf achten, dass es nicht nur um Geld geht, sondern auch um Qualität.

Notwendig ist auch eine gezielte Fortbildung von medizinischem Personal bis hin zum Arzt sowie die Antwort auf die Frage, was alles getan werden



Ulla Schmidt mit Martina Resch und Philipp Skarupinski beim Interviewtermin in Berlin

kann, um Menschen gesund zu erhalten und nicht nur Krankheiten zu behandeln und wie dieser Ablauf optimiert werden kann. Hier tragen die Krankenkassen eine große Verantwortung. Ich würde mir wünschen, dass noch mehr von diesen Möglichkeiten gebraucht gemacht wird. Auch weitere Umstrukturierungsmaßnahmen im Verwaltungsaufbau der Kassen sind notwendig, um die Qualität für die Versicherten zu verbessern. So genannte „case manager“, welche auf ein bestimmtes Krankheitsbild spezialisiert sind, gibt es bereits.

Eine Einheitskasse hingegen lehne ich ab. Ich wünsche mir vielmehr einen fairen Wettbewerb um die beste Qualität. Dass dabei auch immer eine Kosten-Nutzen-Abwägung stattfindet, ist selbstverständlich. Denn ein solidarisches System funktioniert nur dann, wenn die Menschen das Gefühl haben, dass mit ihrem Geld sinnvoll umgegangen wird. Eine Reduzierung der Zahl der Kassen halte ich für sinnvoll. 40 bis 50 Kassen sind ausreichend im Sinne der Wahlfreiheit der Patienten und im Sinne des Wettbewerbes.

Wie kann es die Politik schaffen, Konsumenten und Patienten mehr Verantwortung für ihre eigene Gesundheit zu übertragen?

Wünschenswert wäre es, wenn die Patienten mehr Verantwortung für ihre

Gesundheit übernehmen könnten. Doch dies ist ein langer Prozess. Das (Verantwortungs-)Gefühl für den eigenen Körper muss gestärkt werden und das Wissen um gesunde Ernährung, Bewegung. Aber auch das Wissen darum, wie Sozial- bzw. Versicherungssysteme eigentlich funktionieren, sollte bereits frühzeitig vermittelt werden, angefangen in den Kitas. Ein Drittel der Kinder aus sozial schwachen Familien oder aus Familien mit Zuwanderungshintergrund haben schlechtere gesundheitliche Startbedingungen als andere. Nicht weil sie krank geboren wurden, sondern weil sie in schwierigen sozialen Verhältnissen aufwachsen und das notwendige Wissen über gesundheitliche Versorgung nicht erhalten. Deshalb brauchen wir dringend ein Präventionsgesetz, um Prävention zur nationalen Aufgabe zu machen. Kürzungen im Bereich der Prävention, wie sie derzeit stattfinden, halte ich für das falsche Signal.

Ist es notwendig, Pharma- und Medizintechnikunternehmen zur Änderung ihrer Unternehmensstrategie und zur Behandlung einer Krankheit über den „full cycle of care“ zu bewegen?

Nein, dies wird gerne von Unternehmensmanagern als „humane“ Strategie verkauft. Die Verantwortung für den gesamten Behandlungsverlauf sollte aber eher in den Händen des Arztes bleiben. Nur er kann entschei-

den, was für den einzelnen Patienten gut ist. Und er sollte sich dabei an den Leitlinien der entsprechenden Fachgesellschaften orientieren.

Die Pharma- und Medizintechnikunternehmen würden nicht vordergründig den Patientennutzen betrachten, sondern eher die Verkaufszahlen ihrer Produkte. Ein Beispiel sind die Disease-Management-Programme in den USA, welche durch Steuerung und Finanzierung der Industrie dort über die Jahre zu einem Qualitätsverlust geführt haben.

Richtig ist aber, dass nicht nur der Arzt alleine verantwortlich ist, sondern durch die Einbeziehung der gesamten Versorgungskette für den Behandlungsverlauf einer Krankheit regelmäßig ein höherer Nutzen für den Patienten erzielt werden kann.

Sollten Pharma- und Medizintechnikunternehmen nicht verpflichtet werden, negative Studienergebnisse zu veröffentlichen?

Ich bin für eine gesetzliche Verpflichtung zur Veröffentlichung. Dies erfordert absolute Offenheit der Unternehmen. Aus ökonomischen Gesichtspunkten geben sie in der Regel nur positive Studien preis, um ihre Gewinne zu maximieren. Gesundheitspolitik ist aber eine Politik fürs Gemeinwohl und nicht für die Industrie. Die stärkere Einbindung der Unternehmen

in unabhängige Forschung und Studien wäre zur Schaffung von Transparenz ein Lösungsansatz. Dadurch würde für die Resultate der Studien sogar mehr gesellschaftliche Akzeptanz entstehen. Letztendlich müsste geklärt werden, inwieweit ein gesetzlicher Zwang aus juristischer Sicht möglich ist, da nicht unerheblich in die Unternehmensfreiheit eingegriffen wird.

Wie stehen Sie zu Herrn Röslers Sparplänen zu den Arzneimittelausgaben, insbesondere Einsparungen im Pharmasektor mit Zwangsrabatten und Preislimits zu erreichen?

Die Aufgabe einer Solidargemeinschaft im Gesundheitswesen ist es, die Beteiligung aller am medizinischen Fortschritt unabhängig vom Einkommen zu ermöglichen.

Die jetzige Regierung hat nach Amtsantritt viel zu lange abgewartet und damit zur Kostenexplosion im Gesundheitssektor beigetragen. Die Kosten-Nutzen-Bewertung

muss dem unabhängigen Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) übertragen werden; der Herstellerrabatt hätte sofort eingeführt werden müssen.

Der Umgang mit dessen Leiter Prof. Sawicki mit teilweise haltlosen Vorwürfen und die versuchte Diskreditierung des IQWiG ist nicht hinnehmbar. Wer sich zudem von der pharmazeutischen Industrie einen Text schreiben lässt mit einer gesetzlichen Regelung, wie die pharmazeutische Industrie möglichst nicht belastet wird, der betreibt Klientelpolitik. Die Durchsetzung der Interessen der Unternehmen geht

zu Lasten einer guten Gesundheitspolitik. Interessant ist ja, dass die Landwirtschaftsminister bereits im letzten Jahr einen Beschluss gefasst hatten, das IQWiG „pharmafreundlich“ zu besetzen. Ich meine aber, dass die gesetzliche Krankenkasse nicht zuständig für Wirtschaftsförderung ist. Die Aufgabe einer Solidargemeinschaft im Gesundheitswesen ist es, die Beteiligung aller am medizinischen Fortschritt unabhängig vom Einkommen zu ermöglichen. Außerdem müsste vielmehr darüber diskutiert werden, ob das, was als innovativ gilt, auch tatsächlich innovativ ist.

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz aus dem Jahre 2007 und die damit verbundenen Reformen der Versorgungsstrukturen etc. sowie der damit verbundene, unter Ihrer Obhut noch verabschiedete Gesundheitsfonds aus dem Jahre 2009 sind einige Ihrer nicht unumstrittenen Amtsleistungen. Wie stehen Sie heute dazu?

Es war richtig diesen Weg zu gehen, weil eine echte Verwerfung zwischen den Krankenkassen bestand. Die einen hatten zu viele gesunde, junge Mitglieder, die anderen alte und kranke. Der Risikostrukturausgleich funktionierte nicht mehr. Der Gesundheitsfonds mit dem einheitlichen Beitragssatz, wo jeder den gleichen Prozentsatz des Einkommens einzahlt, war absolut notwendig. Insbesondere die Neuverteilung der Beitragseinnahmen – dort, wo mehr Ältere oder Kranke versorgt werden müssen, fließt mehr Geld hin

als zu jungen Gesunden – führt zu mehr Gerechtigkeit. Der Fonds hat zwei Schwächen. Es fehlt die Teilhabe der privaten Versicherten an diesem Risikoausgleich. Ebenso wurde ein echter Ausgleich zur Abfederung des bisher maximal 1 %igen Zusatzbeitrags durch Steuermittel von der Union nicht mitgetragen. Die jetzige Einführung der Kopfpauschale ist sehr unsozial. Ein Sozialausgleich findet nicht statt. Die momentane Ausrichtung zielt alleine auf eine Stärkung der privaten Krankenkassen ab. Das führt in der Perspektive zu einem drastischen Sozialabbau.

Vielen Dank für das Interview!

Reformbedarf im Bereich des Berufsrechts der Gesundheitsberufe

von Prof. Dr. iur. Winfried Kluth

Die Fragestellung

In den letzten zwanzig Jahren hat jede Bundesregierung die Notwendigkeit einer grundlegenden Reform des Gesundheitswesens beschworen. Sie steht indes bis heute aus. Die vorgestellten Reformmodelle sind inzwischen kaum noch überschaubar, haben aber als Gemeinsamkeit, dass sie überwiegend auf Finanzierungsfragen fixiert sind. Dagegen werden Fragen einer Weiterentwicklung des Berufsrechts vernachlässigt, wenngleich in Einzelbereichen bedeutsame Fortschritte zu verzeichnen sind. Anliegen des Beitrags ist es, im Zuge einer Vorstellung der aktuellen Struktur der Gesundheitsdienstleistungen einen Überblick zu den beteiligten Berufen zu geben und aufzuzeigen, wo und mit welchen Zielsetzungen ein Entwicklungsbedarf besteht, dessen Einzelheiten aus Raumgründen hier aber nicht ausgeführt werden können.

1. Die aktuelle Struktur der Gesundheitsdienstleistungen

1.1. Systematisierung der Berufsbilder im Gesundheitswesen aus fachlicher Perspektive

Jedem Versuch einer Systematisierung muss eine Bestandsaufnahme vorausgehen, die zum einen die vorhandenen Berufsbilder ermittelt und sie zum an-

deren funktional verortet und einander zuordnet.

Die Bestandsaufnahme beginnt gewöhnlich mit den in sowohl formaler als auch funktionaler Hinsicht besonders bedeutsamen akademischen Heilberufen, denen nicht nur die fachlich anspruchsvollsten Tätigkeiten sondern auch eine Gatekeeper-Funktion zugewiesen wird, d. h. sie dirigieren weitgehend den Zugang und die Art der Versorgung. Dies sind die Berufe des Arztes, des Zahnarztes, des Psychologischen Psychotherapeuten sowie – mit deutlich abgeschwächter funktionaler Relevanz – des Apothekers. Für diese Berufe ist ein Universitätsstudium vorgeschrieben, das europaweit in seinen Mindestanforderungen harmonisiert ist.

Dem Arzt zugeordnet sind die als Ausbildungsberufe ausgestalteten so genannten Heilhilfsberufe wie die Arzthelferberufe und die Geburtshilfeberufe, aber auch die medizinisch-technische Berufe (MTA), die vor allem in der Labormedizin tätig sind.¹ Teilweise ebenfalls dem Arzt zugeordnet, in vielen Fällen aber auch selbständig tätig, sind die verschiedenen Pflegeberufe, die Krankenpflegeberufe, die Altenpflegeberufe und die Kinderpflegeberufe.² In diesem Bereich gibt es derzeit ein breites Spektrum unterschiedlicher Berufsausbildung, die im Falle der Pflegewissenschaften³ bis zum Universitätsstudium reicht. Es überwiegen

aber nach wie vor die Ausbildungsberufe.

Ähnlich verhält es sich bei den meisten Rehabilitationsberufen. Dazu gehören Physiotherapeut, Masseur, medizinischer Bademeister, Ergotherapeut, Motopäde, Logopäde, Medizinischer Sprachheilpädagoge, Sprachtherapeut, Orthoptist, Diplom-Musiktherapeut, Diplom-Kunsttherapeut, Podologin, Diätassistent, wobei jedoch einige der Berufe auf einem Fachhochschulstudium basieren.⁴

Eine Sonderstellung bei den Gesundheitsberufen nehmen die in der Handwerksordnung⁵ verankerten Gesundheitshandwerke ein, zu denen die Augenoptiker, die Hörgeräteakustiker, die Zahntechniker, die Orthopädietechniker und die Orthopädiegeschmacher gehören. Bei diesen Berufen sind zwei strukturelle Veränderungen zu verzeichnen: Erstens nimmt der Anteil der im klassischen Sinne handwerklichen Tätigkeitsanteile ab – das gilt vor allem für Augenoptik und Hörgeräteakustik –, der Anteil dienstleistender Tätigkeiten dafür zu. Zweitens verfügt bereits heute ein erheblicher Teil der Berufsanfänger über einen Fachhochschulabschluss⁶ mit der Folge, dass die Prägung durch die handwerkstypische duale Ausbildung zurückgeht und über eine Neuausrichtung der Berufsbilder nachgedacht werden sollte.⁷

Schwierig gestaltet sich die Zuordnung der Heilpraktiker. Es handelt sich bei diesem 1939 mit dem Ziel der Abschaffung dieses Berufsstandes⁸ eingeführten Beruf um einen Beruf ohne Berufsbild. Weder das Gesetz selbst,

noch die dazu ergangene Durchführungsverordnung enthalten Aussagen zu Ausbildung und Prüfung.⁹ Vielmehr werden nur die Vollendung des 25. Lebensjahres sowie eine abgeschlossene Volksschulbildung verlangt. Für die weiter erforderliche Kenntnisüberprüfung können die Länder zwar im Rahmen des Erlaubnisverfahrens Kriterien aufstellen. Diese können sich ihrerseits, mangels materieller Gesetzgebungsbefugnis, nur aus anderen allgemeinen Normen ableiten.¹⁰ Hinzu kommt, dass in eigentümlichem Anachronismus dem Heilpraktiker die Ausübung der Heilkunde gestattet ist, die ansonsten den Ärzten vorbehalten wird, und dass das Heilpraktikergesetz zur Definition der Heilkunde herangezogen wird, obwohl es selbst keine qualifizierten materiellen Anforderungen stellt. Es spricht deshalb alles dafür, dieses Gesetz aufzuheben und etwaige Lücken durch geeignetere Regelungen zu ersetzen.¹¹

1.2. Zuordnung der verschiedenen Berufsbilder und Tätigkeitsfelder

Stellt man die Frage nach der Zuordnung der verschiedenen Berufsbilder und der damit verbundenen Tätigkeitsfelder, so führt dies angesichts der unterschiedlichen Regelungszuständigkeiten und Regelungszeitpunkte zu einem diffusen Bild. Im Vordergrund steht jeweils das eigene Berufsfeld, während die Zusammenarbeit mit anderen Berufen nur dort genauer thematisiert wird, wo es sich um genuine Hilfsberufe handelt, deren Funktion

gerade darin besteht, einen anderen Beruf, in der Regel den Arzt, zu unterstützen. Auch die Systematisierungen des SGB V¹² sowie des SGB XII führen nicht weiter, da sie in erster Linie die Einbeziehung des jeweiligen Berufs in das System der Leistungserbringung und Kostenerstattung regeln und dabei nicht auf eine Koordination abzielen.

Bemüht man sich gleichwohl um eine Zuordnung, so bietet sich auch hier eine Orientierung an der zentralen Rolle des Arztes an, die formalrechtlich in den sog. Arztvorbehalten zum Ausdruck kommt. Dabei muss jedoch zwischen auf einzelne Tätigkeiten bezogenen expliziten Arztvorbehalten, wie sie sich z. B. im Bereich des Transplantationswesens (etwa in den §§ 3 ff. TPG), des Transfusionswesens (so in §§ 4, 5 TFG), der Fortpflanzungsmedizin (§ 9 ESchG) und beim Schwangerschaftsabbruch (§ 218a StGB) finden, und dem allgemeinen impliziten Arztvorbehalt, der aus § 1 Abs. 1 HeilPrG¹³ abzuleiten ist, unterschieden werden.

Der implizite Arztvorbehalt erweist sich indes bei genauerem Hinsehen als wenig tragfähig, wenn der Bundes- oder Landesgesetzgeber ein Berufsbild konkret ausgestaltet hat. In diesen Fällen tritt die unspezifische und indirekte Verbotregelung des § 1 Abs. 1 HeilPrG zurück. Konkret: Soweit auf gesetzlicher Grundlage einem Gesundheitsberuf auf der Basis einer entsprechenden Qualifikation bestimmte Tätigkeiten erlaubt sind, spielt es grundsätzlich keine Rolle, ob diese auch als Heilkunde i.S.d. § 1 Abs. 1 und 2 HeilPrG zu qualifizieren sind. Das folgt daraus, dass es sich

bei diesen speziellen Berufsgesetzen um spezialgesetzliche Regelungen im Verhältnis zum HeilPrG handelt und der indirekte Arztvorbehalt gegenüber solchen Regelungen weder nach seiner Intention noch nach seinem Regelungsgegenstand eine Sperrwirkung entfaltet. Zweck des Gesetzes ist es nämlich nicht, die Regelung von weiteren speziellen Berufsbildern im Bereich des Gesundheitswesens zu untersagen oder die Heilkunde den Ärzten und Heilpraktikern vorzubehalten. Vielmehr soll nur eine Tätigkeit ohne Erlaubnis verhindert werden.

Entsprechend hat auch das BVerfG im Falle der Augenoptik entschieden, dass Augeninnendruckmessungen auch von Augenoptikern durchgeführt werden können, da diese dafür ausreichend qualifiziert sind.¹⁴ Daraus kann als allgemeine Regel abgeleitet werden, dass die Reichweite der Betätigung eines Gesundheitsberufs der sachlichen Reichweite der Ausbildung entspricht, die im betreffenden Berufsbild gesetzlich verankert ist. Dabei spielt es grundsätzlich keine Rolle, ob es sich bei dieser Tätigkeit um Heilkunde im Sinne des § 1 HeilPrG handelt. Zumindest ist die Berufsqualifikation nach den spezialgesetzlichen Berufsrechten als spezialgesetzliche Erlaubnis im Sinne des HeilPrG anzusehen.¹⁵

Anders gelagert sind Fälle, in denen der Berufsbildungsmarkt Berufsqualifikationen anbietet, die als Ausübung der Heilkunde zu qualifizieren sind, aber nicht auf einer gesetzlichen Regelung, insbesondere einer Ausbildungsordnung, beruhen.¹⁶ In diesen Konstel-

lationen greift die Sperrwirkung des HeilPrG, sodass es einer entsprechenden Erlaubnis bedarf. Darüber hinaus stellt sich aber auch die Frage, ob es einen Anspruch auf gesetzliche Anerkennung der neuen Berufsbilder gibt, damit eine entsprechende Rechtssicherheit begründet wird. Es liegt damit ein Fall der Begründung neuer oder erweiterter Berufsbilder¹⁷ durch die Hochschulen und sonstigen Anbieter von Bildungsdienstleistungen vor, dem der Gesetzgeber bei der Regelung von Marktzutrittsschranken Rechnung tragen muss.

2. Veränderungen der Nachfragestrukturen bei Gesundheitsdienstleistungen aufgrund des demografischen Wandels

2.1. Strukturmerkmale des demografischen Wandels im 21. Jahrhundert

Wenn es nunmehr darum geht, die Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Nachfrage von Gesundheitsdienstleistungen zu ermitteln, so bedarf es zunächst einer Präzisierung der damit angesprochenen Entwicklungen, denn mit demografischem Wandel werden zunächst lediglich Veränderungen in der Zusammensetzung der Bevölkerung bezeichnet, ohne dass damit eine konkrete Aussage über Inhalt und Tendenzen dieser Veränderung verbunden sind.

Die Entwicklung in Deutschland bis zum Jahr 2050 ist vor allem durch drei Faktoren bestimmt: (1) das Schrumpfen der Gesamtbevölkerung von ca.

80 auf ca. 60 Millionen Einwohner,¹⁸ (2) die Zunahme des Anteils der über 75-jährigen von 6 auf 12 Millionen als Folge der steigenden Lebenserwartung sowie (3) die Veränderung des Verhältnisses zwischen Erwerbstätigen und Transferempfängern von ca. 2:1 auf 1:1.¹⁹ Dieser Prozess vollzieht sich in den einzelnen Landesteilen nicht gleichmäßig und gleichzeitig. Vielmehr sind die Veränderungen in den neuen Bundesländern bereits heute sichtbar, während vor allem im Südwesten erst mit einer Verzögerung von bis zu zehn Jahren vergleichbare Veränderungen spürbar werden. Das hängt mit der landesinternen Bevölkerungswanderung vor allem junger Frauen vom Osten in den Süd(west)en zusammen.²⁰

2.2. Auswirkungen in den einzelnen Bereichen der Gesundheitsversorgung

Durch den damit grob skizzierten demografischen Wandel verändert sich die räumliche Struktur der Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen, vor allem durch den Bevölkerungsrückgang und die stärkere Überalterung auf dem Land. Bei weniger Gesamtnachfrage nimmt der Anteil an Pflegedienstleistungen und anderen Leistungen, die spezifisch durch ältere Menschen in Anspruch genommen werden, zu. Wegen der geringeren Mobilität ändert sich zunehmend auch der Ort der Nachfrage nach den Gesundheitsdienstleistungen. Diese werden in stärkerem Maße zuhause nachgefragt und nicht in einer ärztlichen Praxis.

Die Auswirkungen machen sich bei

den verschiedenen Berufsgruppen unterschiedlich bemerkbar. Während die Berufe der Geburtshilfe weniger in Anspruch genommen werden, weitet sich die Nachfrage bei den Pflegeberufen und im Bereich der chronischen Krankheiten sowie typischen Alterskrankheiten weiter aus. Dabei ist umstritten, ob die Erhöhung der Lebenserwartung das Auftreten von altersbedingten Erkrankungen insgesamt erhöht oder der Eintritt dieser Krankheiten lediglich zeitlich verschoben wird, sodass die Gesamtnachfrage in diesem Bereich sich nur unmerklich verändert.²¹

Begleitet wird dieser Prozess von einem Rückgang der aktiven Ärzte. Obwohl die Zahl der Absolventen keinen großen Veränderungen unterliegt, geht die Zahl der Berufsanfänger seit einiger Zeit zurück, da ein größerer Prozentsatz der Medizinabsolventen eine Berufstätigkeit in anderen Bereichen, wie der Forschung oder der Gesundheitsverwaltung vorzieht.²²

2.3. Blick auf die Kostenfolgen

Der Hinweis auf Kostensteigerungen ist ein *cantus firmus* jeder Debatte über die Gesundheitspolitik in Deutschland und wird pauschal auf den technisch-wissenschaftlichen Fortschritt und die Alterung der Gesellschaft zurückgeführt. Es bedarf jedoch einer stärker differenzierenden Betrachtungsweise. So muss der Hinweis, dass durch den technisch-wissenschaftlichen Fortschritt die Behandlungsmöglichkeiten erweitert und damit zusätzliche Kosten verursacht werden, jedenfalls durch

die Erkenntnis korrigiert werden, dass zahlreiche neue Erkenntnisse auch zu kostensenkenden Effekten führen, weil entweder die neuen Methoden preiswerter sind oder eine langfristige Behandlung durch einen einmaligen Behandlungserfolg ersetzen. Gerade dieses Beispiel macht aber auch deutlich, dass die Kostensteigerung bei der Krankenbehandlung zu Kostensenkungen bei der Pflege führen kann, also in einen separat finanzierten und bilanzierten Bereich. Umgekehrt kann eine vermeintliche Kostensenkung durch den „Verzicht“ auf bestimmte Behandlungen für alte Menschen im Rahmen einer Priorisierung²³ zu höheren Pflegekosten führen. Auch in diesem Fall darf nicht alleine auf die Kostensenkung bei der GKV geschaut werden.

Unter den Effekt Kostenfolgen ist aber auch zu subsumieren, dass auf Grund des demografischen Wandels die Lastenverteilung für die Gesundheitskosten verschoben wird. Werden Gesundheitsdienstleistungen in einem höheren Umfang von Versicherten in Anspruch genommen, die nicht (mehr) erwerbstätig sind und deshalb nur einen halbierten Beitrag zahlen, so bedeutet das zugleich, dass die Kostenbelastung der erwerbstätigen Versicherten steigt. Wird zugleich das Ziel verfolgt, diese zusätzlichen Belastungen nicht als Lohnnebenkosten dem Arbeitgeber aufzubürden, so verschärft das die zusätzlichen Belastungen der erwerbstätigen Versicherten weiter. Eine Steuerfinanzierung verschleiert diesen Effekt nur zum Teil, da die abhängig Beschäftigten naturge-

mäß auch den größten Teil dieser Finanzierungsart bereitstellen. Lediglich die Verteilung fällt auf diesem Weg etwas „sozial gerechter“ aus.

Schließlich muss aus dem Blickwinkel der Kostenfolgen auch die Frage gestellt werden, welche Bedeutung die Gesellschaft der Zunahme von Pflegebedürftigkeit aus dem Blickwinkel der Finanzierung beimisst. Soll die im internationalen Vergleich große Kluft zwischen der Vergütung von ärztlicher Tätigkeit und pflegender Tätigkeit beibehalten und durch die Maßnahmen der Kostenbegrenzung bei den steigenden Pflegedienstleistungen abgesichert werden oder soll umgekehrt die Zunahme des Umfangs der in Anspruch genommenen Pflegeleistungen zum Anlass genommen werden, die Qualifikation der Pflegeberufe zu erhöhen und dabei auch die Vergütung zu verbessern?

2.4. Schwierigkeiten der Anpassung

Anpassungen bei den Gesundheitsberufen sind keine reinen Rechtsfragen, sondern müssen auch die besonderen ökonomischen und berufspolitischen Implikationen dieses Bereichs berücksichtigen. Auch wenn es sich dabei lediglich um Rahmenbedingungen handelt, sollten sie im Rahmen einer juristischen Analyse gleichwohl zur Kenntnis genommen werden. Der Sachverständigenrat hat in seinem Gutachten „Kooperation und Verantwortung“ dazu ausgeführt: „Die Diskussion um den Neuzuschnitt von Aufgaben im Gesundheitswesen mag bei den Berufs-

gruppen Konkurrenzgefühle, Ängste und Vorbehalte erzeugen, nicht zuletzt deshalb, weil die heutige Berufsstruktur, die Zuordnung von Tätigkeitsbereichen sowie die Zuständigkeiten bei der Verordnung von Leistungen historisch entstanden sind und damit eine lange Tradition besitzen. Eine Veränderung des Professionenmixes setzt auch voraus, dass dieser gewachsene institutionelle Rahmen auf seine heutige Sinnhaftigkeit überprüft wird.“²⁴

Die mit den Begrifflichkeiten für Gesundheitsberufe implizierte hierarchische Position der Ärzte im Gesundheitssystem steht einem modernen, auf Kooperation gegründeten Verständnis von Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe im Wege, in dem gleichwohl eindeutige Verantwortlichkeiten bestehen. Allerdings ist zu beobachten, dass nicht zuletzt durch die Gutachten des Sachverständigenrates die Einsicht in die Notwendigkeit von Anpassungen langsam steigt, sodass auch bei denjenigen Berufsgruppen, die bislang eine Beeinträchtigung eigener finanzieller oder ideeller Interessen befürchteten, eine sachliche Diskussion über Anpassungsmöglichkeiten begonnen hat.

3. Entwicklungsperspektiven

Sowohl wegen der Veränderungen bei der Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen, vor allem im Bereich der Pflege, als auch aus Gründen der gerechten Lastenverteilung erscheint eine grundlegende Restrukturierung der einzelnen Berufsrechte im Gesund-

heitswesen angezeigt, bei der auch die zugrunde liegenden Ausbildungsgänge mit in den Blick zu nehmen sind.

¹ Darunter werden hier Berufe verstanden, die nach dem deutschen dualen System durch ein Nebeneinander von praktischer Ausbildung und Theorievermittlung gekennzeichnet sind. Vgl. dazu näher Schnitzler, *Das Recht der Heilberufe*, 2004, S. 51 ff., S. 60 ff.

² Schnitzler, *Ebd.*, S. 53 ff.

³ Zur Entwicklung siehe näher Wagner, *RDG* 2008, 10 ff.; Schneider, *NJW* 2001, 3226 ff.; ders., *MedR* 2004, 90 ff.

⁴ Zu Einzelheiten Schnitzler, a.a.O., S. 63 ff. Die Ausbildung der Podologen ist bundeseinheitlich geregelt durch das Podologengesetz v. 4.12.2001, BGBl. I S. 3320. Das gleiche gilt u. a. für den Orthopisten (G. v. 28.11.1989, BGBl. I S. 2061) und die Logopäden (G. v. 7.5.1980, BGBl. I S. 529). Die meisten anderen Berufe beruhen auf landesgesetzlichen Regelungen oder Rechtsverordnungen. Für einige Berufe gibt es nicht in allen Bundesländern gesetzliche Vorgaben und Berufsbilder.

⁵ Anlage I Nr. 33 - 37 zur HwO. Siehe zu den Berufen und ihrer Stellung im Gesundheitswesen näher Quaas/Zuck, *Medizinrecht*, 2. Aufl. 2008, § 39 ff.; Kluth, *Verfassungs- und europarechtliche Fragen einer gesetzlichen Beschränkung der Abgabe von Hilfsmitteln durch Ärzte*, 2004, S. 36 ff.

⁶ Der Berufszugang ist nach § 7 Abs. 2 HwO auf diesem Weg ohne weiteres möglich.

⁷ Zu Entwicklungsoptionen in diesem Bereich siehe Kluth, *Rechtliche Rahmenbedingungen einer Neupositionierung des Augenoptikerberufs in Deutschland*, 2008, S. 63 ff. und 81 ff. Entsprechende Entwicklungen sind auch bei den anderen Gesundheitshandwerke sinnvoll denkbar.

⁸ Schnitzler, a.a.O., S. 46. Siehe auch Quaas/Zuck, a.a.O., § 33 f.

⁹ Eine inhaltliche Ausgestaltung erfolgt nur durch privates Verbandsrecht. Siehe z. B. die Berufsordnung für Heilpraktiker (BOH) des Fachverbandes Deutscher Heilpraktiker e. V. zu weiteren Berufsorganisationen der Heilpraktiker vgl. Rieger/Hespeler/Küntzel, in: *Rieger, Lexikon des Arztrechts* Rn. 34 zu Nr. 2460. Zum

Text siehe Dünisch/Bachmann, *Das Recht des Heilpraktikerberufs und der nichtärztlichen Heilkundeausübung*, Anhang 20.2.

¹⁰ Schnitzler, a.a.O., S. 47. Siehe auch BVerfGE 78, 155 ff. zur Stellung der Heilpraktiker im System der Gesetzlichen Krankenversicherung.

¹¹ Erforderlich wäre in diesem Fall jedoch die Regelung eines adäquaten Erlaubnisvorbehalts für die Ausübung der Heilkunde an anderer Stelle, denn insoweit erfüllt das Gesetz zweifelsohne eine sinnvolle Systemfunktion, indem es die ansonsten geltende Gewerbefreiheit nach § 1 GewO beschränkt, die ursprünglich auch die heilberufliche Tätigkeit umfasste.

¹² Hier ist vor allem an die Regelungen in den §§ 27 ff. SGB V zu denken. Dort werden nacheinander die Leistungen der verschiedenen Leistungserbringer ausgestaltet.

¹³ Die Norm bestimmt, dass die Heilkunde nur von Ärzten und Personen ausgeübt werden darf, die nach dem HeilPrG dazu eine Erlaubnis besitzen. Daraus kann indirekt abgeleitet werden, dass die Ausübung der Heilkunde grundsätzlich den Ärzten vorbehalten ist. Der Tätigkeitsbereich der Heilpraktiker wird seinerseits durch die expliziten Arztvorbehalte beschränkt.

¹⁴ BVerfG *NJW* 2000, 2736 ff. Siehe dazu auch Kluth, (Fn. 9), S. 52 ff.

¹⁵ Hinzu kommt, dass die spezialgesetzlichen Vorgaben sehr viel genauer und anspruchsvoller sind als der vom HeilPrG verlangt „kriterienlose“ Nachweis.

¹⁶ Eine Parallele stellt die Entwicklung neuer juristischer Berufsbilder wie des FH-Wirtschaftsjuristen dar, dem der Gesetzgeber den Zugang zur Rechtsberatung nicht verwehren konnte und unter anderem deshalb das Rechtsdienstleistungsgesetz geändert hat.

¹⁷ Das Recht der Berufstätigen (= Grundrechtsträger) zu Herausbildung neuer Berufsbilder war lange Zeit in Vergessenheit geraten. Über den Umweg der neuen Angebote der Hochschulen gewinnt es derzeit wieder an Bedeutung.

¹⁸ Zum Aspekt des Schrumpfens und seinen Implikationen grundlegend Kaufmann, *Schrumpfende Gesellschaft*, 3. Aufl. 2008.

¹⁹ Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, *Die demografische Lage der Nation. Wie zukunftsfähig sind Deutschlands Regionen*, 3. Aufl. 2007, S. 32 f.

²⁰ Dazu näher Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, a.a.O., S. 10 ff., S. 36 ff.

²¹ Dazu näher Kistorz/Schnapp, *Gesundheits- und Sozialpolitik* 9-10/2006, 26 ff.

²² Dazu Bergmann, *MedR* 2009, 1 ff. Siehe dazu auch das „Krankenhausbarometer“, <http://www.kgnw.de/download/krankenhausbarometer/>

²³ Kritisch zu den kostensenkenden Effekten einer Priorisierung Huster, *JZ* 2008, 859 ff.

²⁴ SVR-Gesundheit, *Kooperation und Verantwortung*, 2007, Nr. 65.

Prof. Dr. Winfried Kluth hat den Lehrstuhl für Öffentliches Recht an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg inne und ist Richter am Landesverfassungsgericht Sachsen-Anhalt.

Die Delegation ärztlicher Leistungen heute – und morgen?

von Stefan Bauer, M.mel.

Einführung

Die Arbeitsteilung macht auch am Krankenbett nicht Halt. Der Arzt setzt oftmals keine Spritzen mehr persönlich, Blutabnahme und Injektionen werden vielfach durch nichtärztliches Personal vorgenommen ebenso wie viele verschiedene weitere Tätigkeiten, die eigentlich dem ärztlichen Aufgabenbereich zugeordnet werden. Der ärztliche Berufsstand bedarf der Entlastung. Damit sich der Arzt auf seine Kernaufgaben konzentrieren kann – in der Klinik wie in der privaten Praxis – ist er darauf angewiesen, bestimmte Aufgaben an nichtärztliches Personal zu delegieren. Das hängt auch mit einem sich mehr und mehr erhöhenden Dokumentationsaufwand zusammen, der die Arbeitskapazitäten der Ärzte in Anspruch nimmt. Im Übrigen ist es ein Gebot der Klugheit, solche Aufgaben an andere abzugeben, die auch von nichtärztlichem Personal wahrgenom-

men werden kann und sei es unter ärztlicher Aufsicht und Verantwortung. Delegation bedeutet somit Entlastung des Arztes und Aufwertung des nicht-ärztlichen Personals und ist deshalb im Grundsatz als positiv zu bewerten.

Verfassungsrechtliche Ausgangslage

Der auf Dauer angelegte Zugang zum Versicherten und die Erbringung patientenspezifischer Leistungen ist eine Tätigkeit, die der Schaffung bzw. Sicherung einer Lebensgrundlage des Arztes dient¹ und deshalb von der Berufsfreiheit gemäß Art. 12 Abs. 1 GG geschützt ist, und zwar unabhängig davon, ob die Leistung freiberuflich-selbständig oder in abhängiger Beschäftigung erbracht wird.² Geschützt werden das „ob“ (Berufswahl) und das „wie“ (Berufsausübung) der beruflichen Betätigung.

Die Weite des Schutzbereichs und die intellektuelle Ausgangsposition der Freiheit der Betätigung ziehen den

Grundsatz nach sich, dass jeder auch solche Tätigkeiten erbringen darf, die als ärztliche Tätigkeiten bezeichnet werden. Beschränkungen dieser Freiheit – sei es durch Berufsausübungsregeln oder Berufszulassungsregeln – müssen sich vor dem Hintergrund der Berufsfreiheit rechtfertigen. Aus verfassungsrechtlicher Sicht gibt es deshalb keinen ureigenen Bereich ärztlicher Tätigkeiten. Vielmehr sind die Beschränkungen von Tätigkeiten auf Ärzte als Ausnahmen von der Berufsfreiheit anzusehen. Das bedeutet, dass jede Zuweisung einer Tätigkeit an Ärzte einem strengen Rechtfertigungsprogramm unterliegt, das stets aktualisiert wird. Gründe für einen Arztvorbehalt, die heute noch tragen, können bereits morgen durch Neuerungen in der Technik oder verbesserte Kenntnisse des nichtärztlichen Personals entfallen.

Setzt man deshalb die grundrechtliche Brille der nichtärztlichen „Konkurrenz“ auf, so ist nicht die Delegation (oder gar Substitution) ärztlicher Leistungen der Ausnahmefall, sondern das ärztliche Behandlungsmonopol selbst. Die Delegation stellt nur einen grundrechtlichen „Urzustand“ her. Für den Arztvorbehalt sprechen ohne Zweifel vielfach gute Gründe, insbesondere die Sicherheit des Patienten und die besonderen Kenntnisse, die eine qualitativ hochwertige Behandlung erfordern. Diese sind jedoch als Rechtfertigungsgrund für Beschränkungen der Berufsfreiheit anzusehen, die den Grundsatz der Freiheit nicht umzukehren vermögen.

Der Arztvorbehalt

Das Sozial- und Gesundheitsrecht trifft eine andere Wertung als die Verfassung, allerdings ohne deshalb mit ihr in Widerspruch zu geraten, da die (durch Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG ebenfalls grundrechtlich geschützte) Integrität des Patienten im Vordergrund des Arztvorbehalts steht. § 15 Abs. 1 SGB V legt fest, dass die ärztliche Behandlung von Ärzten erbracht werden, sofern nicht in Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V etwas anderes bestimmt ist.

Als ärztliche Leistungen sind alle Verrichtungen anzusehen, die üblicherweise in einer Praxis von einem Arzt ausgeführt werden.³ Der Arzt ist deshalb grundsätzlich zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet.⁴ Als persönliche Leistungen des Arztes werden auch die Leistungen angesehen, die der Arzt zwar nicht eigenhändig erbringt, die jedoch von ihm veranlasst, überwacht und verantwortet werden, vgl. § 15 Abs. 1 S. 3 BMV-Ä.⁵ Das nicht-ärztliche Personal muss zur Leistungserbringung qualifiziert sein.⁶ Der Arztvorbehalt weist somit den ärztlichen Leistungserbringern ein Behandlungsmonopol zu, von dem Tätigkeiten anderer Gesundheitsberufe ausgeschlossen sind.⁷

Die Reduzierung persönlicher ärztlicher Aufgaben im geltenden Recht

Zur Reduzierung der persönlich durch den Arzt zu erbringenden Leistungen sah der Koalitionsvertrag der Großen Koalition aus dem Jahre 2005 eine

Prüfung vor, „inwieweit nichtärztliche Berufe stärker in Versorgungskonzepte eingebunden werden können.“⁸ Auch der *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen* hat in seinen Gutachten aus den Jahren 2007⁹ und 2009¹⁰ eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen gefordert und insbesondere die Verlagerung bislang dem Arztvorbehalt unterfallender Aufgaben auf das nicht-ärztliche Personal gefordert.¹¹

Diese als Delegation¹² zu bezeichnenden Tendenzen der Reduzierung persönlich durch den Arzt zu erbringender Leistungen haben bereits im Gesetz Niederschlag gefunden.¹³ So sieht § 15 Abs. 1 S. 2 SGB V die Möglichkeit vor, dass Hilfeleistungen durch andere Personen ausgeübt werden können, sofern der Arzt diese anweist und verantwortet.¹⁴ Zudem regelt § 63 Abs. 3c SGB V ein Modellvorhaben für die Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf nicht-ärztliches Personal. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) soll in einer Richtlinie die delegierbaren Leistungen zusammenfassen, § 63 Abs. 3c S. 3 SGB V. Bislang hat er dies jedoch nicht getan.¹⁵

Es bietet sich an, die Negativfolie aufzulegen und die Grenzen der Delegation zu benennen. Diese werden im Kernbereich der ärztlichen Tätigkeit erblickt, der die Anamnese, die Untersuchung, die Diagnose- und Indikationsstellung sowie solche Eingriffe umfasst, die wegen ihrer Schwierigkeit, ihrer Gefährlichkeit oder der Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen ärztliches

Fachwissen voraussetzen.¹⁶ Dies umfasst insbesondere operative Eingriffe, schwierige Injektionen, Infusionen und Blutentnahmen sowie ärztliche Untersuchungen, Diagnostik und die ärztliche Beratung des Patienten.¹⁷ Die anderen Tätigkeiten sind grundsätzlich delegierbar, müssen vom Arzt aber angewiesen, überwacht und verantwortet werden, sodass der Arzt (bzw. die Klinik) eine hinreichende organisatorische Struktur errichten muss.¹⁸

Bei den delegationsfähigen Leistungen kann zwischen generell delegationsfähigen und im Einzelfall delegationsfähigen Leistungen unterschieden werden. Bei im Einzelfall delegationsfähigen Leistungen darf der Arzt im Einzelfall qualifizierte Mitarbeiter zur Erbringung der Leistungen beauftragen, wenn seine persönliche Leistungserbringung nach Art und Schwere des Krankheitsbildes oder des Eingriffs nicht erforderlich ist. Zudem ist zu verlangen, dass der Mitarbeiter die erforderliche Qualifikation, Zuverlässigkeit und Erfahrung hat, um die Leistung zu erbringen. In der Literatur werden als generell delegationsfähige Leistungen Laborleistungen, radiologische Leistungen, Dauerkatheterwechsel und der Wechsel einfacher Verbände bezeichnet.¹⁹ Im Einzelfall delegationsfähige Leistungen sind dagegen Infusionen, Injektionen und Blutentnahmen.²⁰

Insgesamt muss die zu delegierende Leistung mit der Qualifikation des nicht-ärztlichen Personals korrespondieren. Je besser das Personal qualifiziert ist, desto mehr Leistungen können auch delegiert werden. Die Grenze der

Delegation ist jedoch der umschriebene Kernbereich der ärztlichen Tätigkeit. Die Haftung von Fehlern infolge einer Delegation erfolgt über die §§ 831 BGB (Eigenverschulden des Arztes bei Auswahl und Überwachung des Verrichtungsgehilfen bei deliktischer Haftung) und § 278 BGB (Zurechnung auch des Fremdverschuldens des nichtärztlichen Personals bei Haftung wegen Pflichtverletzung aus dem Behandlungsvertrag).²¹

Die Zukunft der Delegation: Ausweitung und Substitution?

Der Arztvorbehalt für bestimmte Tätigkeiten findet seine Begründung in einer konkurrenzlosen Wissens- und Fertigkeitenakkumulation der Ärzte bzgl. dieser Aufgaben, die allein Ärzte dazu befähigt, die Leistungen sachgerecht und mit der erforderlichen Sorgfalt auszuüben. Die verbesserte Ausbildung des nichtärztlichen Personals kann mittel- bis langfristig dazu führen, dass die dem Kernbereich des Arztvorbehalts unterfallenden Aufgaben zusammenschmelzen. Zu denken ist etwa an eine Fachhochschulausbildung des Praxispersonals oder von Pflegekräften, die dann kraft eigener Qualifikation solche Aufgaben wahrnehmen können. Durch den Arztvorbehalt wird ein ärztliches Monopol für bestimmte Tätigkeiten geschaffen, das sich nur dadurch rechtfertigen kann, dass diese Tätigkeiten allein von Personen mit ärztlicher Approbation (und evtl. fachärztlicher Weiterbildung) ausgeübt werden können. Steigt das Ausbildungsniveau des

nichtärztlichen Personals und somit auch deren Fertigkeiten, so können sie mehr Tätigkeiten übernehmen, die bislang allein dem Arzt aufgrund seiner Ausbildung vorbehalten sind.²² Dies führt neben der Delegationsfähigkeit von mehr Leistungen, die weiterhin der Anordnung und Überwachung des Arztes unterliegen, auch zu einer Ersetzung (Substitution) bislang ärztlicher Leistungen durch nichtärztliches Personal, das diese Leistungen aufgrund eigener Ausbildung eigenverantwortlich wahrnehmen kann.²³ Dies hat die Abschmelzung der vom Arztvorbehalt umfassten Aufgaben zur Folge, die nur noch die Tätigkeiten umfassen, die aufgrund des Medizinstudiums und der Weiterbildung zum Facharzt allein von Ärzten ausgeübt werden können. Damit sind vor allem zwei Vorteile verbunden. Zum einen wird die Anzahl der Leistungserbringer vergrößert, was zu einer Entspannung der Versorgungslage beitragen kann. Zum anderen wird das Berufsrecht des nicht-ärztlichen Personals insofern liberalisiert (und das mit dem Arztvorbehalt verbundene ärztliche Monopol auf bestimmte Tätigkeiten abgemildert), als die Möglichkeit besteht, einen größeren Kreis von Aufgaben selbständig und eigenverantwortlich zu erfüllen.²⁴

Werden die Aufgaben aufgrund der besseren Kenntnisse durch nicht-ärztliches Personal substituiert, so wird verstärkt eine Eigenhaftung der Angehörigen dieser Berufe gem. §§ 276, 823 BGB eintreten, sodass die Etablierung einer Haftpflichtversicherung für diese Berufe zu erwägen ist. Eine Substituti-

on von Leistungen muss dabei mit der Beibehaltung des bisherigen Behandlungsstandards einhergehen, der nicht abgesenkt werden sollte. Eine Ausweitung der Leistungserbringer zulasten der Behandlungsqualität ist nicht wünschenswert.

Schließlich müsste das Verhältnis von Arzt und Assistenzberufen neu justiert werden, wenn die Assistenzberufe kraft eigener Ausbildung ein besseres Wissensniveau und somit eine höhere Stufe fachlichen Könnens erklimmen. Die für das deutsche Gesundheitswesen diagnostizierte „besondere Arztfixierung“²⁵ führt zu einer Hierarchie,²⁶ die durch ein höheres Ausbildungsniveau der Assistenzberufe eingeebnet werden könnte. Dem Arzt käme dann die Steuerungs- und Koordinierungsaufgabe, gleichsam das Management des Praxis- oder Stationsteams, zu²⁷ sowie die Ausübung der verbliebenen, dem Arztvorbehalt unterfallenden Tätigkeiten.²⁸ Bessere Kenntnisse des Praxispersonals können den Arzt auch bei der Dokumentation und sonstigen verwaltungstechnischen Aufgaben entlasten. Dies hat den Vorteil, dass sich der Arzt auf seine Kernaufgaben konzentrieren und mehr Zeit für die Versicherten aufwenden kann, die ärztliches Fachwissen benötigen, und er infolge dessen in der Lage ist, mehr Versicherte zu behandeln.

¹ Zur Definition des Berufs vgl. nur BVerfGE 102, 197 (212); 110, 304 (321), 111, 10 (28), Jarass, H.D., in: ders./Pieroth, B., GG-Kommentar, 10. Aufl., München 2009, Art. 12, Rn. 4.

² Grundlegend BVerfGE 7, 377 (398 f.).

³ Lang, H., in: Becker, U./Kingreen, T. (Hrsg.), SGB

V, Gesetzliche Krankenversicherung, Kommentar, 2. Aufl., München 2010, § 15, Rn. 10.

⁴ Vgl. BSGE 39, 288 (289); Peikert, P., Persönliche Leistungserbringungspflicht, MedR 2000, 352; Lang, H., in: Becker, U./Kingreen, T., § 15, Rn. 8.

⁵ Uhlenbruck, W./Laufs, A. in: Laufs, A./Uhlenbruck, W., Handbuch des Arztrechts, 3. Aufl., München 2002, § 47, Rn. 2.

⁶ Uhlenbruck, W./Laufs, A. in: Laufs, A./Uhlenbruck, W., § 47, Rn. 2.

⁷ Vgl. Lang, H., in: Becker, U./Kingreen, T., a.a.O., § 15, Rn. 3. Dieses Arztmonopol wird auch in § 2 BÄO manifestiert. Zur verfassungsrechtlichen Zulässigkeit des Behandlungsmonopols vgl. BVerfGE 78, 155 (161 ff.).

⁸ Gemeinsam für Deutschland. Mit Mut und Menschlichkeit. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 2005, S. 104; vgl. auch Spickhoff, A./Seibl, M., Die Erstattungsfähigkeit ärztlicher Leistungen bei Delegation an nicht-ärztliches Personal, NZS 2008, 57.

⁹ Kooperation und Verantwortung, Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, abrufbar unter <http://www.svr-gesundheit.de>, S. 15 ff.

¹⁰ Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens – Kurzfassung, S. 137.

¹¹ So explizit das Gutachten aus dem Jahr 2009: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens – Kurzfassung, S. 137.

¹² Die rechtlichen Probleme der Delegation können hier nicht vertieft werden. Vgl. dazu die jüngeren Ausführungen von Bergmann, O., Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen durch/auf nichtärztliches Personal, MedR 2009, 1 ff.; Frahm, W., Die Zulässigkeit der Delegation ärztlicher Leistungen auf nicht-ärztliches Personal, VersR 2009, 1576 ff.; Spickhoff, A./Seibl, M., a.a.O., 57 ff.; dies., Haftungsrechtliche Aspekte der Delegation ärztlicher Leistungen an nicht-ärztliches Medizinpersonal MedR 2008, 463 ff.

¹³ Unter Delegation wird dabei die Übertragung von bestimmten Tätigkeitsbereichen oder Einzelaufgaben an ärztliche und nichtärztliche Mitarbeiter (entsprechend ihren Fähigkeiten und Erfahrungen) zur selbständigen Erledigung verstanden, soweit nicht die Art und Schwere der Tätigkeit und Unvorhersehbarkeit der Aus-

wirkungen der jeweiligen Maßnahme gerade die dem delegierenden Arzt eigene Kenntnisse und Kunstfertigkeiten voraussetzt, vgl. BGH NJW 1975, 2245 (2246) (zu den zwingend durch den Arzt vorzunehmenden Handlungen); Frahm, W., a.a.O., 1576.

¹⁴ Vgl. dazu Lang, H. in: Becker, U./Kingreen, T., a.a.O., § 15, Rn. 12 f.

¹⁵ Vgl. aber zu den delegierbaren Leistungen in Kliniken Bergmann, O., a.a.O., 1 f.

¹⁶ LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 01.09.2004, L 5 KA 3947/03 (zitiert nach juris); Peikert, P. (Fn. 5), 355 f.; Bäune, S., in: in: ders./Meschke, A./Rothfuß, S., Kommentar zur Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte (Ärzte-ZV, Zahnärzte-ZV), Berlin 2008, § 32 Ärzte-ZV, Rn. 7.

¹⁷ Uhlenbruck, W./Laufs, A., in: Laufs, A./Uhlenbruck, W., a.a.O., § 47, Rn. 4.

¹⁸ Vgl. Bergmann, O., a.a.O., 6, zur klinischen Organisation.

¹⁹ Uhlenbruck, W./Laufs, A., in: Laufs, A./Uhlenbruck, W., a.a.O., § 47, Rn. 4; Narr, H., Zur persönlichen Leistungserbringung des Chefarztes aus der Sicht der GOÄ und des Kassenarztrechtes, MedR 1989, 215 (216); Peikert, P., a.a.O., 355 ff.

²⁰ Stellungnahme der Bundesärztekammer v 16. 2. 1974, DMW 1974, 1380; Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Bundesärztekammer zur Durchführung von Injektionen, Infusionen und Blutentnahmen durch das Krankenpflegepersonal v 11. 3./18. 4. 1980, DÄBl 1980, 1710; Narr, H., a.a.O., 215; Uhlenbruck, W./Laufs, A., in: Laufs, A./Uhlenbruck, W., a.a.O., § 47, Rn. 5.

²¹ Bei der Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf nicht-ärztliches Personal muss sich der Arzt in jedem Einzelfall vergewissern, dass das Personal die erforderliche Qualifikation verfügt, vgl. Laufs, A., Die Entwicklung des Arztrechts 1992/93, NJW 1993, 1497 (1503); Broglie, M.G., in: Ehlers, A.G.F./Broglie, M.G. (Hrsg.), Arzthafungsrecht, 4. Aufl., München 2008, Rn. 743.

²² Zur Hochzoning der Ausbildungsanforderungen und der damit verbundenen Ausweitung der möglichen Tätigkeiten in den Gesundheitsberufen vgl. Kluth, W., Verlangt der demografische Wandel eine neue Zuordnung der Gesundheitsleistungen?, MedR 2010, 372 (377 f.); speziell für den Augenoptikerberuf vgl. dens.,

Modellfall für das Handwerksrecht, gpk 6/2008, S. 39; dens., Entwicklungsbedarf und Entwicklungsperspektiven im handwerklichen Berufsrecht am Beispiel der Augenoptik, GewArch 2009, 110 (112).

²³ Bergmann, O., a.a.O., 2 nennt anhand der Beispiele Kanadas und der Niederlande die sehr weitgehende eigenverantwortliche Aufgabewahrnehmung des nicht-ärztlichen Personals bzgl. der Erhebung der Anamnese, der körperlichen Untersuchung, der medizinischen Diagnostik, der Verschreibung von Medikamenten und der Überweisung an Fachärzte.

²⁴ Bestätigt wird dieser Ansatz durch einen Blick über die Grenze. Bspw. in den Niederlanden ist der Zugang zum Beruf der Nurse Practitioner an ein Fachhochschulstudium gekoppelt, vgl. de Jong, A., Mehr Verantwortung - Nurse Practitioner: Pflege zwischen care und cure, Die Schwester/Der Pfleger 09/2006, 698 ff. Kluth, MedR 2010, 372, verweist auf die romanischen Länder; Bergmann, O., a.a.O., 2, nennt die Niederlande und Kanada.

²⁵ Vgl. Kluth, W., MedR 2010, a.a.O., 378, mit Verweis auf Döhler, M., Die Regulierung von Professionalisierungsgrenzen. Struktur und Entwicklungsdynamik von Gesundheitsberufen im internationalen Vergleich. Frankfurt/M., New York 1997, S. 221 f., von dem das Zitat stammt.

²⁶ Zu den möglichen Gründen dieses Phänomens vgl. Kluth, W., MedR 2010, a.a.O., 378; Döhler, M., a.a.O., S. 221 f.

²⁷ Kluth, W., MedR 2010, a.a.O., 378.

²⁸ Vgl. die Vorschläge zur Arbeitsaufteilung in Primärversorgungspraxen des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft längeren Lebens – Kurzfassung, S. 160 f.

Dipl. jur. Stefan Bauer ist Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Öffentliches Recht des Juristischen Bereichs der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (Prof. Dr. Winfried Kluth) und Geschäftsführer des Instituts für Marktordnungs- und Berufsrecht e.V.

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) – Implementierung einer Zukunftsvision

von RA Philipp Skarupinski, M.mel.

Einleitung

Seit dem Inkrafttreten des GMG¹ können niedergelassene Ärzte fachübergreifende in Medizinische Versorgungszentren (MVZ) kooperieren. Gesetzliche Grundlage für ein MVZ ist der § 95 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V). Durch die Einführung wurde Ärzten im Rahmen der ambulanten Versorgung ermöglicht, nun nicht mehr ausschließlich freiberuflich tätig zu sein, sondern ihre Tätigkeiten jetzt auch in einem Angestelltenverhältnis ausüben zu können. Inzwischen liegt die Anzahl der zugelassenen MVZ bundesweit bereits bei 1503.² Am häufigsten beteiligte Facharztgruppen sind dabei Hausärzte und Internisten. Aus entstehungsgeschichtlichen Aspekten ist vor allem beachtlich, dass die ehemaligen DDR-Polikliniken als Pate fungiert haben.³

Implementierung eines nutzenorientierten Wettbewerbs

Die Wertsteigerung eines MVZ für den Patienten liegt auf der Hand. Er findet nun durch die koordinierte, interdisziplinäre Untersuchung fast alles in einer medizinischen Einrichtung vor, insbesondere werden ihm unnötige Doppeluntersuchungen, Wartezeiten und Wege erspart bleiben. Ein Behandlungsvertrag zwischen Patient

und niedergelassenem Arzt kommt zwar nicht mehr zustande, sondern direkt mit dem MVZ. Folglich hat der Patient keinen durchsetzbaren Anspruch mehr darauf, von einem speziellen (Wunsch-)Arzt der Versorgungseinrichtung behandelt zu werden. Jedoch nicht einhergehend ist damit, dass diese rein juristische Dogmatik nachteilig für den Patienten sein muss, da jedes MVZ als Dienstleistungserbringer darauf bedacht sein wird, den jeweiligen bestmöglichen qualifizierten Arzt zur Verfügung zu stellen.

Ein MVZ sichert eine optimale Behandlungsqualität durch interdisziplinäre Zusammenarbeit und fachübergreifende Vernetzung. Derartige spezialisierte Leistungsangebote in der medizinischen Versorgung stehen sinnbildlich für einen nutzenorientierten Wettbewerb im deutschen Gesundheitswesen, welcher sich vorrangig an den Bedürfnissen und der Würde des Patienten orientiert. Gegenüber einzelnen niedergelassenen Ärzten bieten MVZ sowohl für den Arzt als auch die Patienten Vorteile bei Serviceleistung und Wirtschaftlichkeit. Das Modell der MVZ ist eine Ausprägung der Bildung von Zentren oder spezialisierten Leistungen, um den Nutzen für den Patienten im Gesundheitssystem zu verbessern und gleichzeitig die Gesundheitsausgaben zu senken. Diese Reformmaßnahme ist eine moderne

Versorgungsform, welche sich – wünschenswert – wohl dauerhaft im Bereich der integrierten Versorgung durchsetzen sollte. Bereits der amerikanische Autor Michael E. Porter empfahl in seinem Buch „Redefining Health Care“ aus dem Jahre 2006 für das amerikanische Gesundheitssystem derartige Schaffung von Zentren als Lösungsweg aktueller Systemkrisen im dortigen Gesundheitssektor. Selbst in Deutschland erscheint diese Empfehlung als unumgängliche Implementierung einer nutzenorientierten Innovation im Gesundheitswesen.

Leistungserbringer als Gründer

In der politischen Diskussion besteht seit der Entstehung der MVZ immer noch ein verstärkter Streit um deren Trägerschaft. Nach § 95 Abs. 1 S. 6 SGB V können neben der Gründung in „allen zulässigen Organisationsformen“ als Gründer sämtliche Leistungserbringer im System der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) in Betracht kommen, die aufgrund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmen. Damit ist bspw. Ärzten bzw. Zahnärzten, Psychotherapeuten, Hebammen, Apothekern, Krankenhäusern, Pflegediensten, Reha-Einrichtungen und Zahntechnikern die Möglichkeit eingeräumt, ärztliche Leistungen anzubieten. Dagegen sind pharmazeutische Unternehmer ausgeschlossen, da sie keine selbständige Leistung gegenüber den Mitgliedern der GKV erbringen. Die Trägerschaft von Kranken-

häusern steht vor allem im Fokus des Interesses der aktuellen politischen Diskussion. Im damaligen Gesetzgebungsverfahren sollte es zunächst nicht ermöglicht werden, dass Krankenhäuser regelhaft in der vertragsärztlichen Versorgung tätig werden können. Deshalb sah man erst vor, Krankenhäuser und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen i.S.d. § 107 SGB V nicht als Gesundheitszentren anzusehen, die eine Zulassung erhalten können.⁴ Daran wurde letztendlich nicht festgehalten. Dies erscheint im Angesicht der damit zunehmenden Verwischung der bestehenden Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung jedoch äußerst bedenklich,⁵ da im MVZ keine stationären Leistungen erbracht werden dürfen, zumal ein fairer Wettbewerb zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten in der sektorenübergreifenden Versorgung zu gewährleisten ist. Die Bundesregierung plant demnach, die ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen im Krankenhaus überprüfen zu wollen und die Beteiligung von Krankenhausträgern an einem MVZ auf unter 50 % zu begrenzen.⁶ Bisweilen sind, statistisch betrachtet, lediglich 38,2 % der MVZ in Trägerschaft eines Krankenhauses. Auch führen die Zulassungsbedingungen bei einer Gesellschafterbürgschaft nach § 95 Abs. 2 SGB V dazu, dass kommunale Krankenhäuser in privater Rechtsform kein MVZ mehr gründen dürfen. Dies gilt auch für Krankenhäuser, an denen die Gemeinde nur noch mit 25 % beteiligt ist.⁷

Vertragsarztrecht

Für die vertragsärztliche Berufsausübung ist es seit dem Urteil des SG Marburg einem MVZ grundsätzlich gestattet, eine Zweigpraxis an einem weiteren Ort im Zulassungsbezirk des Vertragsarztsitzes zu betreiben, sodass keine unbedingte zahlenmäßige Beschränkung von Nebenbetriebsstätten durch das Vertragsarztrecht bestimmt wird.⁸ Eine isolierte Übertragung einer MVZ-Arztstelle auf ein anderes MVZ⁹ ist ferner nicht ausgeschlossen.

Darüber hinaus regelt § 103 Abs. 4a S. 1 SGB V in einem überversorgten Planungsbereich das Einbringen eines niedergelassenen Arztes in ein MVZ. Die „Übertragung der Zulassung“ erfolgt durch Aufgabe des vertragsärztlichen Zulassungsstatus und Anstellung im MVZ. Eine Fortführung oder Praxisnachfolge durch zusätzliche Ärzte der – alten – Praxis ist danach nicht möglich.¹⁰ Für den Preis des Zulassungsverzichts wird ihnen demnach ein Rechtsanspruch auf die Genehmigung der Anstellung durch den Zulassungsausschuss eingeräumt. Nach fünfjähriger Tätigkeit im MVZ erhalten Ärzte ferner ein Rechtsanspruch auf Zulassung trotz Zulassungsbeschränkung, soweit es sich nicht nur um eine Nachbesetzung gehandelt hat, sondern ihre Anstellung die Gründung oder die Erweiterung des vertragsärztlichen Behandlungsangebots des MVZ ermöglicht hat.¹¹ Die Besonderheiten beim Zulassungsverzicht und damit verbundener Anstellung in einem MVZ gelten auch für Psychotherapeuten.

Fazit

Die Einführung der Medizinischen Versorgungszentren wandeln nicht nur das traditionelle ärztliche Berufsrecht. Sie werden vermehrt zu einem leistungsstärkeren, gleichberechtigten Konkurrenten für in Einzel- und Gemeinschaftspraxen tätige Vertragsärzte in der vertragsärztlichen Versorgung aufsteigen, vergleichbar dem Kräfteverhältnis von Großkanzleien und Einzelanwälten. Dem Patienten obliegt der überwiegende Nutzen, dem Arzt eher die Balance zwischen Vor- und Nachteil. Insgesamt ist dem Gesetzgeber zu empfehlen, diese sinnvolle Ergänzung der vertragsärztlichen Leistungserbringung im überwiegenden Verantwortungsbereich der Vertragsärzte zu belassen.

¹ Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV – Modernisierungsgesetz – GMG) vom 14.11.2003, (BGBl. I 2190).

² www.kbv.de/themen/8791.html.

³ Vgl. Dahm in: Dahm/Möller/Ratzel, Rechtshandbuch Medizinische Versorgungszentren Kap. II Rn. 1f.

⁴ Gesetzesentwurf der Regierungskoalition zum sog. Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) vom 16.06.2003, BT-Dr. 15/1170, S. 42, S. 228 (zu Nr. 47).

⁵ Vgl. ausführlich dazu: Wigge, MedR S. 131.

⁶ So Flintrop in Dtsch Arztebl 2010; 107(12): A-524 / B-460 / C-452.

⁷ Vgl. Makosko/Möller, MedR 2007, 524.

⁸ Sächs. LSG, Ur. v. 24.6.2009 – L 1 KA 8/09; ausführlich eingehend dazu: Steinhäuser in MedR 2010 S. 360 ff.

⁹ SG Marburg, Ur. v. 14.01.2009 – S 12 KA 575/08.

¹⁰ BT-Drs. 15/1525, S. 112.

¹¹ Flint in: Hauck, SGB V Kommentar, § 103 Rn. 79 ff.

Erlaubte Sterbehilfe durch aktives Tun Entscheidung des BGH vom 25. Juni 2010 - 2 StR 454/09 -

von Sven Wedlich, M.mel.

Die Frage der Abgrenzung von verbotener aktiver und erlaubter passiver Sterbehilfe ist nicht nur eine rein rechtsdogmatisch umstrittene Fragestellung, sondern besitzt in der alltäglichen medizinischen Versorgungspraxis einen hohen Stellenwert und führt immer wieder zu Entscheidungskonflikten.

Der Bundesgerichtshof stellte in seiner aktuellen Entscheidung vom 25. Juni 2010 klar,¹ dass ein so genannter Behandlungsabbruch sowohl durch Unterlassen als auch durch aktives Tun erfolgen kann, wenn dies i.S.d. § 1901a BGB dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Patientenwillen entspricht und dazu dient, einem ohne Behandlung zum Tode führenden Krankheitsprozess seinen Lauf zu lassen.

Dieser Entscheidung ging ein Verfahren voraus, in welchem der Angeklagte P, Rechtsanwalt für Medizinrecht, durch das Landgericht Fulda wegen versuchten Totschlags zu einer Freiheitsstrafe von neun Monaten verurteilt worden war, deren Vollstreckung zur Bewährung ausgesetzt wurde.

Der Angeklagte P hatte Frau G geraten, den Schlauch einer Ernährungssonde (PEG-Sonde) mit Zugang durch die Bauchdecke ihrer Mutter zu durchtrennen.

Die Mutter von Frau G, Frau K, befand sich seit Oktober 2002 aufgrund einer Hirnblutung im Zustand eines apallischen Syndroms. Eine Besserung dieses Gesundheitszustandes war nicht mehr zu erwarten. Frau K äußerte im September 2002 gegenüber ihrer

Tochter, in einem solchen Krankheitszustand nicht durch eine künstliche Ernährung mittels PEG-Sonde am Leben erhalten werden zu wollen. Nachdem eine künstliche Ernährung durch eine Magensonde aufgenommen worden war, vereinbarte die Heimleitung mit Frau G, dass sie sich selbst um die Einstellung der Ernährung und die erforderliche palliativmedizinische Versorgung kümmern und ihre Mutter beim Sterben begleiten solle. Dem geäußerten Willen ihrer Mutter folgend, stellte Frau G die künstliche Ernährung am 20.11.2007 ein. Die Heimleitung ordnete am nächsten Tag an, die künstliche Ernährung wieder aufzunehmen und drohte Frau G Hausverbot an, wenn sie sich nicht mit dem Vorgehen einverstanden erklären würde.

In Anbetracht dessen, dass die Heimleitung des Pflegeheims dem Willen der Frau K keine Beachtung schenkte, und auf Anraten des Angeklagten P schnitt Frau G den Ernährungsschlauch durch, um ihrer Mutter ein Sterben in Würde zu ermöglichen.

Nachdem das Pflegepersonal die Unterbrechung der Nahrungszufuhr bemerkte, wurde nach Benachrichtigung der Polizei Frau K in ein Kranken-

haus verbracht, in welchem ihr wieder eine neue PEG-Sonde gelegt wurde. Frau K starb zwei Wochen später aufgrund ihrer Erkrankungen.

Das Landgericht erkannte in dem Handeln des Angeklagten P einen mit Frau G gemeinschaftlich begangenen versuchten Totschlag durch aktives Tun i.S.e. aktiven Verhinderung der Wiederaufnahme der Ernährung, die nicht durch die mutmaßliche Einwilligung der Frau K gerechtfertigt gewesen sei. Die Mitangeklagte G habe sich demgegenüber auf Grund des Rechtsrats des Angeklagten P in einem unvermeidbaren Erlaubnisirrtum befunden und habe deshalb ohne Schuld gehandelt.

Der Bundesgerichtshof hob mit seiner Entscheidung das Urteil des Landgerichts auf und sprach den Angeklagten P frei. Der 2. Strafsenat hat mit dieser Entscheidung an die Entscheidung des 1. Strafsenats angeknüpft, der schon 1994 entschied, dass ein zulässiges Sterbenlassen durch Abbruch einer ärztlichen Behandlung oder Maßnahme nicht von vornherein zur Strafbarkeit führt, wenn der Abbruch dem Willen des Patienten entspricht.² Mit dieser Rechtsprechung bekräftigte der 1. Senat die Patientenautonomie und das sich aus der Autonomie begründende Abwehrrecht, nach welchem sich unerwünschte medizinische Eingriffe verbieten.³

Die bisherige Abgrenzung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe erfolgte an dem äußeren Erscheinungsbild bzw. nach dem Schwerpunkt des strafrechtlichen Handelns. Eine erlaubte „passive“ Sterbehilfe setzte somit nach

bisher herrschender Meinung stets ein Unterlassen im Rechtssinn des § 13 StGB voraus und die nach §§ 211, 212 StGB oder bei Vorliegen eines ausdrücklichen und ernsthaften Verlangens des Patienten nach § 216 StGB unter Strafe gestellte „aktive“ Sterbehilfe kennzeichnete sich durch ein aktives Handeln im natürlichen Sinn. Diese Abgrenzung führte dazu, dass allerlei Kunstgriffe⁴ vollzogen wurden, um ein nach dem äußeren Erscheinungsbild aktives Handeln, wie das Unterbinden der künstlichen Nahrungszufuhr, in ein Unterlassen umzudeuten, um die durch die Abgrenzung als ungerecht empfundenen Ergebnisse in den Fällen zu korrigieren, in welchen der „Behandlungsabbruch“ dem Willen des Patienten entsprach, und dem Patienten ein aufgrund eines irreversiblen Krankheitszustandes ohnehin unvermeidliches Sterben auf menschenwürdige Weise zu ermöglichen.

Der Bundesgerichtshof stellt nun in seiner Entscheidung fest, dass die bisher vorherrschende Abgrenzung zwischen „passiver“ und „aktiver“ Sterbehilfe nicht sachgerecht erscheint.⁵ Eine Differenzierung zwischen Unterlassen und aktivem Handeln als maßgebliches Kriterium für die Beurteilung der Strafbarkeit einer Sterbehilfe vernachlässigt, dass ein so genannter Behandlungsabbruch, der sich in der Praxis als eine Begrenzung der medizinischen Versorgung von einer invasiven, kurativ ausgerichteten Behandlung hin zu einer palliativmedizinischen Versorgung einschließlich Symptomkontrolle darstellt, durch Unterlassen weiterer

Behandlungsmaßnahmen und durch aktives Handeln, wie dem Entfernen einer Ernährungssonde, erfolgen kann.

Der Wille des Patienten hat auch hinsichtlich einer nicht bzw. nicht mehr gewollten Behandlung, deren Abwendung eines aktiven Handelns bedarf, Berücksichtigung zu finden. Eine generelle Sanktionierung eines „Behandlungsabbruchs“ durch aktives Tun, welches dem Willen des Patienten entspricht, wird der Ausrichtung der Behandlung am Willen des Patienten und damit dem grundgesetzlich verbürgten Selbstbestimmungsrecht nicht gerecht.⁶

Entscheidend für die Strafbarkeit eines Behandlungsabbruchs kann nicht allein die äußerliche Handlungsqualität sein, sondern auch die soziale Zielsetzung des Handelns ist als Beurteilungskriterium heranzuziehen.⁷ Bei differenzierter Betrachtung, welche über die äußerliche technische Unterscheidung hinausgeht, ist es der erlaubten Sterbehilfe immanent, dass das Handeln ihrem sozialen Sinngehalt keine neue und eigentliche Todesursache darstellt, welches das Urteil des Lebensunwertes in sich birgt, sondern weiterhin die Krankheit die Ursache des Todes ist und der Arzt sowie der medizinische Laie sich passiv zu dem Krankheitsverlauf verhalten.⁸ Ausschlaggebend kann ebenso wenig sein, ob die handelnde Person medizinischer Laie ist oder nicht, sondern ob die Person in der Akzeptanz, dass das Leben, aufgrund eines irreversiblen pathologischen Zustandes und dem Willen des Patienten nach, einer menschlichen und

medizinischen Verfügung entzogen ist, handelt und der soziale Sinngehalt des Handelns in der Ermöglichung eines menschenwürdigen Sterbens liegt.

Der Bundesgerichtshof grenzt in seiner aktuellen Entscheidung die erlaubte passive von der verbotenen aktiven Sterbehilfe durch die den Begriffen des Behandlungsabbruchs und der Sterbehilfe immanenten Kriterien, insbesondere durch die Kriterien der Behandlungsbezogenheit und der Verwirklichung des auf die Behandlung bezogenen Willens des betroffenen Patienten, ab.⁹ Aus dieser Betrachtung heraus ergeben sich für eine erlaubte Sterbehilfe durch Unterlassung, Begrenzung oder Abbruch einer Behandlung folgende Voraussetzungen:

1. Der Patient ist lebensbedrohlich erkrankt und die betreffende medizinische Maßnahme dient dem Erhalt oder der Verlängerung des Lebens.¹⁰
2. (Mutmaßliche) Einwilligung des Patienten in eine Handlung der Sterbehilfe liegt vor.¹¹
3. Die durch Einwilligung gerechtfertigte Handlung muss sich objektiv und subjektiv unmittelbar auf eine medizinische Behandlung, die dem Erhalt oder der Verlängerung des Lebens geeignet ist, beziehen.¹²
4. Das Handeln muss darauf beschränkt bleiben, einen Zustand (wieder-)herzustellen, der einem bereits begonnenen Krankheitsprozess seinen Lauf lässt und dem Patienten letztlich das Sterben ermöglicht.¹³

Auch wenn die Entscheidung des Bundesgerichtshofs klarstellt, dass eine erlaubte passive Sterbehilfe nicht

an der äußeren Handlungsqualität zu beurteilen ist, stellt sich doch die Frage, inwieweit die nun aufgestellten Kriterien für eine Rechtssicherheit in der medizinischen Alltagsversorgung hilfreich sein werden.

¹ BGH 25.06.2010 – 2 StR 454/09.

² BGHSt 40, 257 (262, 265).

³ Zur Autonomie als Abwehrrecht Peintinger, *Therapeutische Partnerschaft* (2003), S. 116 ff.

⁴ Vgl. Ulsenheimer, *Arztstrafrecht in der Praxis* (2003), Rn. 280 ff.

⁵ BGH 25.06.2010 – 2 StR 454/09, Rn. 32.

⁶ BGH 25.06.2010 – 2 StR 454/09, Rn. 31.

⁷ BGH 25.06.2010 – 2 StR 454/09, Rn. 31.

⁸ BGHSt 40, 257; Troschke/ Schmidt, *Ärztliche Entscheidungskonflikte*, S. 80 f; Ulsenheimer, a.a.O., Rn. 281.

⁹ BGH 25.06.2010 – 2 StR 454/09, Rn. 32, 36.

¹⁰ BGH 25.06.2010 – 2 StR 454/09, Rn. 33.

¹¹ BGH 25.06.2010 – 2 StR 454/09, Rn. 35.

¹² BGH 25.06.2010 – 2 StR 454/09, Rn. 34.

¹³ BGH 25.06.2010 – 2 StR 454/09, Rn. 35.

Intersexualität – In der Grauzone der Geschlechter

von Heidi Ankermann, M.mel.

Der Deutsche Ethikrat widmete am 23. Juni 2010 sein Forum Bioethik dem Thema „Intersexualität – Leben zwischen den Geschlechtern“. Das Anliegen dieser Veranstaltung bestand darin, den Diskurs zum Thema Intersexualität zu enttabuisieren, vorherrschende Geschlechternormen zu hinterfragen und somit die gesellschaftliche Akzeptanz gegenüber Betroffenen zu fördern.

Für nahezu jeden Menschen stellt der eigene Körper in seiner „Natürlichkeit“ etwas Selbstverständliches dar. Ebenso selbstverständlich erscheint es, Auskunft über unser körperliches Geschlecht zu geben, uns mit diesem zu identifizieren und die Menschen, welche uns umgeben einer der Kategorien „männlich“ oder „weiblich“ zuzuordnen. Es gibt jedoch auch Menschen, für die all das keine Selbstverständlichkeit ist. Sogenannte Intersexuelle können körperlich nicht eindeutig dem männlichen oder weiblichen Geschlecht zugeordnet werden und leben somit in der

Grauzone der Geschlechter.

Intersexualität trifft auf Menschen zu, deren prä- und postnatale Geschlechtsentwicklung untypisch verläuft und in einer somatischen Zwischengeschlechtlichkeit resultiert. Infolgedessen entsprechen die körperlichen Geschlechtsmerkmale (Chromosomen, Gonaden, innere und äußere Geschlechtsorgane) bei der Geburt oder zu einem späteren Zeitpunkt nicht alle einem bzw. dem gleichen Geschlecht. Der Begriff Intersexualität löste terminologisch den Begriff des „Pseudohermaphroditismus“ ab,

gleichwohl hält die Debatte um eine adäquate Terminologie an. Im medizinischen Diskurs setzte sich seit der Chicagoer Consensus Conference im Jahr 2005 die Bezeichnung „Disorder of Sex Development“ (Störungen der Geschlechtsentwicklung) durch. Dem entsprechend handelt es sich bei Intersexualität nicht um eine medizinische Diagnose, sondern um einen Überbegriff, der eine Vielzahl zwischengeschlechtlicher Erscheinungsformen mit jeweils unterschiedlichen Ursachen beschreibt. Die Angaben über die Zahl der Betroffenen schwanken hierbei stark und sind davon abhängig, wie Intersexualität definiert wird.

Da in allen Bereichen der Lebenswirklichkeit eine Zuordnung nach dem Geschlecht erfolgt, sehen sich intersexuelle Menschen stetig mit essentiellen Problemen konfrontiert. Betroffene fühlen sich oftmals auch durch die bestehende Rechtslage diskriminiert. Insbesondere das Personenstandsrecht und das Namensrecht müssen an dieser Stelle erwähnt werden.

Um die Rechtsstellung von intersexuellen Menschen und ihren Schutz vor Diskriminierung zu verbessern, werden im Deutschen Bundestag derzeit 3 Gesetzesentwürfe diskutiert. Diese haben zum Ziel, das Merkmal der sexuellen Identität in das im Grundgesetz festgeschriebene Benachteiligungsverbot (Art. 3 Abs. 3 Satz 1) aufzunehmen.

Diesbezüglich stellt sich zunächst die Frage der medizinischen Klassifizierung von Intersexualität. Während dieses Phänomen aus der wissenschaftlichen Perspektive zumeist als eine

Störung der Geschlechtsentwicklung wahrgenommen wird, wehren sich Betroffene gegen diese Pathologisierung und sehen sich selbst vielmehr als eine Variante der möglichen Geschlechter. Darüber hinaus berührt der Umgang mit Intersexualität eine Reihe medizin-, rechts- und sozialetischer Fragen, welchen im Forum Bioethik des Deutschen Ethikrats am 23. Juni 2010 nachgegangen wurde. Ratsmitglied Michael Wunder diskutierte gemeinsam mit Experten verschiedener Disziplinen sowie Betroffenen.

In einem Einstiegsreferat informierte die Psychoanalytikerin Prof. Dr. Hertha Richter-Appelt vom Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf über die verschiedenen Varianten von Intersexualität. Sie wies darauf hin, dass mit zunehmender Kritik an den früheren Behandlungsmaßstäben bei der medizinischen Versorgung Intersexueller auch die ethische Diskussion über Geschlechtszuweisung und medizinische Intervention bei Intersexualität konkreter geworden sei. In diesem Kontext machte sie darauf aufmerksam, dass die Entscheidung Betroffener bei der Geschlechtszuweisung in der zukünftigen Behandlungspraxis dringend Berücksichtigung finden muss.

Darauf folgend referierte die Rechtswissenschaftlerin Konstanze Plett von der Universität Bremen zur Rechtsstellung Betroffener. Ihrer Meinung nach lasse sich aus dem Grundgesetz der BRD, der Menschenrechtskonvention des Europarates und dem Kinderrechtsübereinkommen der Vereinten Nationen ableiten, dass Intersexuelle

ein Recht auf ihre eigene sexuelle Identität hätten.

Die Medizinethikerin Claudia Wiesemann von der Universität Göttingen stellte in ihrem Vortrag die von der Arbeitsgruppe Ethik im Netzwerk Intersexualität „Besonderheiten der Geschlechtsentwicklung“ erstellten ethischen Grundsätze und Empfehlungen vor. Bei diesen steht das Recht von Kindern und Jugendlichen auf Beteiligung bzw. Selbstbestimmung, die Berücksichtigung des Wohls des Kindes und des zukünftigen Erwachsenen sowie die Achtung der Eltern-Kind-Beziehung im Vordergrund.

Lucie Veith und Claudia Kreuzer vom Verein Intersexuelle Menschen e. V. verliehen den konkreten Problemen der Betroffenen eine Stimme. Sie forderten unter anderem ein grundlegendes Verbot von nicht lebensnotwendigen Eingriffen ohne informierte Einwilligung sowie die Einarbeitung des Begriffs Intersexualität in geltendes Recht.

Im Anschluss an die Referate führte Ratsmitglied Michael Wunder durch eine Podiumsdiskussion. In deren Mittelpunkt stand die Frage, wie sich das Mitbestimmungsrecht minderjähriger Kinder konkret umsetzen lasse. Des Weiteren wurde darüber debattiert, wie mit dem Dilemma umzugehen ist, dass mangels Vergleichbarkeit weder die Behandlung noch die Unterlassung einer Behandlung und die jeweiligen Folgen für die Betroffenen in einer wissenschaftlichen Standards genügenden Form untersucht werden könne.

In der für das Publikum geöffneten

Diskussionsrunde entzündete sich eine emotional aufgeladene Debatte seitens der aus ganz Deutschland angereisten Betroffenen. Es wurde kritisiert, dass vornehmlich die Medizin den Diskurs um Intersexualität bestimme, obwohl es sich eher um ein Problem von gesellschaftlicher Tragweite handele. Mehrere Teilnehmer forderten, nicht den intersexuellen Menschen der Gesellschaft anzugleichen, sondern umgekehrt die Gesellschaft zu verändern. Weiterhin sahen die Betroffenen die Politik in der Pflicht, die Diskriminierung intersexueller Menschen zur Kenntnis zu nehmen und etwas dagegen zu unternehmen. Vor allem die derzeitige Praxis der geschlechtszuweisenden Eingriffe wird als eine Verletzung der Menschenwürde angesehen, welche durch die Politik unter Einbeziehung der Betroffenen dringend neu geregelt werden sollte.

Der Deutsche Ethikrat schloss die Veranstaltung mit dem für die Teilnehmer ernüchternden Hinweis, dass dieses Thema zunächst nur unter Beobachtung stünde. Im Rahmen der Diskussion über das künftige Arbeitsprogramm soll darüber entschieden werden, ob und in welchem Umfang die Materie weiter bearbeitet werde. Somit bezog sich der Ethikrat hierbei vornehmlich auf seinen Auftrag, die Öffentlichkeit über kontroverse Themen zu informieren und den Diskurs darüber in der Gesellschaft zu fördern.

Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen

von Dr. phil. Andreas Walker, M.Mel.

Seit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) wurden in den Sozialgesetzbüchern (SGB V § 135a für Krankenhäuser, SGB IX § 20 für Rehaeinrichtungen) eine Verpflichtung zur Qualitätssicherung von medizinischen Einrichtungen verankert. Sie sind damit auch verpflichtet, ein Qualitätsmanagement einzuführen. Aber was meint hier die Rede von Qualität?

Qualität als stete Verbesserung

Qualität kann die Beschaffenheit einer Sache oder einen Wert bedeuten. Letzterer kann, muss aber nicht mit ökonomischen Zwecken oder Profit zusammen gehen. In der Ökonomie bringt zumeist eine gewisse Qualität eines Produktes einen Wettbewerbsvorteil. Die Qualität eines Produktes im Hinblick auf den Absatz eines Unternehmens hat aber einen Grenzwert, muss mithin stets steigerbar sein. Wenn ein Produkt von solcher Beschaffenheit hergestellt wird, dass es sich durch die ihm zugedachte Verwendung über die Zeit kaum abnutzt oder kaputt geht, so wird eine Firma, die derartige Produkte herstellt und/oder vertreibt, möglicherweise ruinieren, da sie auf längere Sicht kaum noch etwas absetzt.¹ Qualität zahlt sich also nicht immer aus, sondern muss prozessural stets besserbar sein, darf aber niemals Perfektion erreichen. Wenn man diesen Gedanken auf das Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen anwendet, so wird dieses dem Imperativ steter Verbesserung folgen, darf Qualität jedoch nie als einmal zu erreichenden Zustand be-

greifen. Würden andererseits die Einrichtungen des Gesundheitswesens, die zur Qualitätssicherung verpflichtet sind, tatsächlich dieselbe Qualität vorweisen können, so würde die Aussagekraft eines die Qualität belegenden Zertifikats sinken.

Zertifizierungen

Zertifizieren lassen können sich die Einrichtungen bei verschiedenen Unternehmen. Es gibt z. B. das EQ ZERT, ein Zertifizierungsinstitut der Steinbeis-Stiftung, das nach ISO 9001 Pflege- und Rehaeinrichtungen, Akutkliniken und Arztpraxen zertifiziert. Die EN ISO 9001 bezeichnet nichts anderes als eine Norm im Qualitätsmanagement. Diese Norm zielt traditionell auf „Kundenorientierung“. Auch die 1988 mit der Unterstützung der Europäischen Kommission ins Leben gerufene European Foundation for Quality Management (EFQM), an deren Gründung Firmen wie Bosch, Nestlé oder Philips beteiligt waren, vergibt Zertifikate im Gesundheitswesen. Ihr Modell sieht eine auf William Edwards Deming zurückgehende ständige Verbesserung

der Verfahrensabläufe eines Unternehmens vor: Plan, Do, Check, Act. An diesem Modell orientiert sich etwa auch die Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ). Und es gibt die Zertifizierung der Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). Dies sind nur einige Beispiele.

Produktionsprozesse

Erste Spuren eines Gedankens zur Qualitätssicherung finden sich bei der Kontrolle von Arbeitsabläufen im Alten Ägypten.² Das Mittelalter kannte die Schaumeister, welche die Betriebe der Zünfte und die handwerklich hergestellten Produkte vom Brot bis hin zu Goldschmiedearbeiten kontrollierten.³

Die von Frederick Winslow Taylor Ende des 19. Jahrhunderts vorgebrachten Prinzipien zur Betriebsführung hatten, wenn sie auch prozessorientiert waren, weniger die Qualitätssteigerung eines Produktes im Blick, als vielmehr das Ergebnis des Produktionsprozesses und damit die Umsatzsteigerung. Die Trennung des Arbeitsprozesses in unterschiedliche Bereiche, die Beachtung des für jeden einzelnen Arbeiter angemessenen Handlungsspielraums und die Berücksichtigung der Zeitplanung im Hinblick auf Effektivität führte zur Rationalisierung des Produktionsprozesses und zur Funktionalisierung des Arbeitsprozesses.

Qualität – nicht als Wesensbestimmung oder Eigenschaft einer Sache, sondern als Wertbegriff, der einen Modus Operandi zum Ausdruck bringt

– hat sich nicht bloß dadurch durchsetzen können, dass Effektivität ins Zentrum der Bemühungen rückte, sondern vor allem auch dadurch, dass Schaltstellen der Planung und Koordination zentralisiert und von dem eigentlichen Arbeitsprozess entkoppelt wurden.⁴ Mit der Trennung von – strategischem – Wissen und Arbeit, was zu einer Zersplitterung in unterschiedliche Arbeitsbereiche führte, musste über den Zusammenhalt des gesamten Produktionsprozesses neu gedacht werden.⁵

Strukturiertes Management und Kybernetik

Der Physiker Deming hatte mit seinen Ideen zur Strukturierung des Managements 1950 zunächst in Japan Erfolg. Wesentlich ging es Deming um eine stetige Verbesserung des Produktes eines Unternehmens. Allerdings berücksichtigte er auch den Arbeiter: In einem Betrieb sollte keine Atmosphäre der Angst herrschen, z. B. durch entmutigende Slogans oder utopische Zielvorgaben. Barrieren zwischen unterschiedlichen Abteilungen sollten beseitigt und jedem die Möglichkeit gegeben werden, sich fortzubilden, um sich für seine Arbeit zu begeistern.⁶ Diese Veränderung zum Besseren – im Japanischen Kaizen – zielt auf einen stetigen Reflexionsprozess (auch durch eine Supervision) des Produktes, der Führungskräfte wie der Arbeiter, um am Ende den Kunden zufrieden zu stellen. Ausdruck findet dieser Reflexionsprozess im PDCA-Modell.

Zwei Jahre bevor Deming sein Modell

den Japaner vorstellte, führte Norbert Wiener 1948 den Begriff Kybernetik⁷ für die Wissenschaft der Kommunikation und Kontrolle von Maschinen und lebendigen Organismen ein. Deming wie Wiener stellten in unterschiedlichen Bereichen ganz ähnliche Fragen nach der Steuerung von einerseits modernen Unternehmen und Informationen andererseits. Mögen die Motive auch unterschiedlich sein, sind doch bei beiden die Fragen danach, wer wann wie über welches Wissen verfügt und durch welche Struktur es sich verteilt, zentral. Bereits André-Marie Ampère hatte in seinem zweiten, posthum veröffentlichten Teil des *Essai sur la philosophie des sciences* unter dem Begriff *Cybernétique* die Relation der Menschen untereinander, die Strategie der Steuerungsprozesse, insbesondere die Kunst, eine Armee zu führen, bzw. die Kunst des Regierens im Allgemeinen verstanden, sofern die Regierung auch auf die Bedürfnisse des Volkes Rücksicht nimmt.⁸ Ampère hatte freilich noch nicht die Rückkopplungsprozesse im Blick, die für die Kybernetik zentral werden sollten.

Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen

Von Japan aus fanden Demings Ideen in den 1970er und 1980er Jahren auch in den USA und in Europa Anerkennung.⁹ Das Schlagwort vom Total-Quality-Management machte die Runde. Auch wenn die Kundenzufriedenheit als oberstes Ziel anvisiert wurde, bedeutet Ergebnisorientierung nicht, dass jene

auch eingelöst wird. Ein selbstreferentieller Prozess kann auf eine schlechte Unendlichkeit hinauslaufen, wenn ökonomische Faktoren (Zeitmanagement, Wirtschaftlichkeit) dominieren. Mit Bezug auf Wiener taucht die Frage auf, wer in zeitgenössischen Rückkopplungsmechanismen eigentlich über Qualität entscheidet und wie diese sich zusammensetzt. Die Entscheidung der Bundesregierung, Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung im Gesetz zu verankern, ist nicht nur eine Reminiszenz an Deming sondern auch eine an die Kybernetik. Jedoch, und hier spürt man den Schatten Ampères, kommt eine derartige Rückkopplung nicht ohne externe Bewertung¹⁰ aus, die sich im Idealfall eines ebensolchen Rückkopplungsprozesses unterzieht, d. h. die Bewertungskriterien müssten selber stets der Bewertung unterzogen werden.

Bisher jedoch fehlt es an Transparenz, um Kundenzufriedenheit von Ergebnisorientierung im Gesundheitswesen unterscheiden zu können. Kundenfreundlich sind Zertifikate keineswegs. Zwar kann sich der Kunde die Mühe machen, die Qualitätsberichte,¹¹ die der Vergabe der Zertifikate zugrunde liegen, zu lesen, aber aus dem Zertifikat allein wird der Unterschied zwischen Partialqualitäten, die sich auf einzelne Bereiche einer Einrichtung beziehen, und der Gesamtqualität keineswegs deutlich. Ein Unternehmen des Gesundheitswesens kann ein Zertifikat erhalten, auch wenn es bei der Patientenorientierung bloß die Mindestanforderungen erfüllt, da

andere Bereiche – wie die Führungsebene oder das Qualitätsmanagement – durch eine hohe Punktzahl Erstgenannten kompensieren können. Zudem erfassen Qualitätsberichte den Ist-Zustand eines Unternehmens zu einem bestimmten Zeitpunkt, der in der Regel erst nach drei Jahren wieder überprüft wird.

Der Begriff des Qualitätsmanagement steht letztendlich für einen Reflexionsprozess des Produzierens, Machens, Herstellens wie der Abläufe und Verfahrensweisen. Er suggeriert, die ökonomischen Entwicklungen, die dem Diktat des stetigen Fortschreitens unterliegen, seien zu einem Besseren hin steuerbar. Die Frage bleibt, ob das Bessere sich auf eine interne Abwicklung eines Unternehmens oder auf einen externen, den Kunden mit einbeziehenden Prozess abzielt. Mögen auch kybernetische Rückkopplungsmechanismen Entscheidungsprozesse stets korrigieren, so bleibt der Kunde oder potenzielle Patient bei der Entscheidung, welche Einrichtung des Gesundheitswesens seinen Bedürfnissen entspricht, trotz Zertifizierungen allein.

¹ Der österreichische Bekleidungshersteller Wolford stellte in den 1960er Jahren Bekleidungsstücke mit einer synthetischen Faser her, die sich durch das Tragen und durch Waschvorgänge nicht abnutzte. In den 1970er Jahren wurde die Produktion dieser Bekleidungsstücke wieder eingestellt.

² Vgl. Mahmoud Ezzamel, *Work Organisation in the Middle Kingdom, Ancient Egypt*, in: *Organization* 2004, 11, S. 497-537.

³ Karl Heinrich Kaufhold und Wilfried Reininghaus, *Stadt und Handwerk im Mittelalter und der frühen Neuzeit*, Köln Weimar 2000, S. 187.

⁴ Wolfgang Neef und Rainer Morsch, *Veränderungen im Arbeitsprozess, ihre Auswirkungen auf das Bewusstsein von Naturwissenschaftlern und Ingenieuren sowie Folgerungen für die Ausbildung der technischen Intelligenz*, in: Richard Vahrenkamp (Hrsg.), *Technologie und Kapital*, Frankfurt am Main 1973, S. 124.

⁵ Es wundert deshalb auch nicht, dass das klassische Arzt-Patienten-Verhältnis im Niedergang begriffen ist und dass laut darüber nachgedacht wird, die seelsorgerischen oder auch medizinischen Kompetenzen bei der Behandlung anderem Fachpersonal aufzubürden als dem Arzt. Auch diese Entwicklung kann als Ergebnis der Entkopplung von Strategie und konkretem Handlungswissen (in diesem Fall medizinischem Fachwissen) verstanden werden.

⁶ Maxine Whittaker, *Towards Strategic Quality Management in Health Care*, in: *Journal of Health Management* 1999, 1, S. 217.

⁷ Norbert Wiener, *Collected Works IV*, S. 816. *Kybernetes* ist im Griechischen der Steuermann.

⁸ André-Marie Ampère, *Essai sur la philosophie des sciences, Seconde Partie*, Paris 1843, S. 140 ff.

⁹ Vgl. Paul Lillrank, *The Transfer of Management Innovations from Japan*, in: *Organization Studies* 1995, 16, S. 971-989.

¹⁰ So ist es etwa die Aufgabe der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation e.V. (BAR), über die Zulassung von Zertifizierungsverfahren im Bereich Rehabilitation zu entscheiden. Der 1969 gegründeten BAR gehören u. a. die gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherungen, der Deutsche Rentenversicherungs Bund, der Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, die Bundesagentur für Arbeit, die Bundesländer, die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände und der Deutsche Gewerkschaftsbund an.

¹¹ Gemäß der Selbstreferentialität entstehen Qualitätsberichte durch eine Selbstbewertung, die in einem zweiten Schritt durch eine Fremdbewertung korrigiert wird. Ob die negativen Punkte eines Unternehmens tatsächlich in den Qualitätsbericht einfließen, dürfte zumindest fraglich sein.

Leistungsfördernde Stoffe im Bodybuilding

von Steffen Jakobs

RA Philipp Skarupinski, M.mel.

von Prof. Dr. med.vet. habil. Roland Körber

Der Einsatz von leistungsfördernden Substanzen im freizeithlichen und professionellen Bodybuilding hat eine Vielzahl von unterschiedlichen Motiven. Viele Kraftsportler nehmen diverse Kapseln, Pulver und Lösungen hauptsächlich ein, um einen Zusatz an Muskelmasse, eine Steigerung des Leistungsvermögens oder eine verbesserte Regenerationsfähigkeit zu erreichen. Zumeist junge, sehr ambitionierte Kraftsportler drängen sich zu der Entscheidung, verbotene Dopingsubstanzen einzunehmen. Demgegenüber steht die Möglichkeit der Einnahme von erlaubten und leistungsfördernden Supplementen (Nahrungsergänzungsmitteln) in Verbindung mit einer bedarfsgerechten Ernährung. In vielen Fällen werden sowohl illegale Dopingmittel als auch legale Supplemente zum Muskelaufbau und zur Leistungssteigerung konsumiert. Diese Abgrenzung spielt auch arznei- und lebensmittelrechtlich eine wichtige Rolle. So dürfen Nahrungsergänzungsmittel ohne Herstellungs- und Vermarktungsbeschränkungen als Lebensmittel in den Verkehr gebracht werden,¹ während z. B. die missbräuchlich zu Dopingzwecken genutzten anabolen Steroide ausschließlich als Arzneimittel nach vorheriger Zulassung gemäß § 21 AMG in den Verkehr gebracht werden dürfen. Im vorliegenden Artikel geht es

um eine kompakte physiologische und rechtliche Bewertung von Eiweiß- und Aminosäurepräparaten, Nahrungsergänzungsmitteln mit vermeintlich hormonmodulierenden Nährstoffen und anabolen Steroiden.

Eiweiß- und Aminosäurepräparate

Aminosäuren müssen als Grundbausteine von Proteinen täglich mit der Nahrung zugeführt werden und sind im Sport für Muskelbildung und -regeneration unabdingbar. Ob jedoch freizeithliche Bodybuilder – wie oft durch Werbeaussagen von Produktherstellern suggeriert – einen gesteigerten Proteinbedarf haben und somit auf teure Proteinkonzentrate angewiesen sind, wird seit langer Zeit kontrovers diskutiert. Diese Frage muss in Abhängigkeit von Leistungsumfang und -intensität individuell beantwortet werden. Für sehr ambitionierte freizeithliche Kraftsportler mit einer sehr hohen Trainingsbelastung wird eine Proteinzufuhr von 1,4 – 2,0 g/kg Körpergewicht pro Tag empfohlen.² In diesem Rahmen hat sich der zusätzliche Konsum von Proteinkonzentrat in im Bodybuilding bewährt, da nach der Trainingsbelastung die Aminosäureaufnahme in Muskel fast dreimal so hoch im Vergleich zu Ruhephasen ist. Deswegen muss vor allem nach inten-

siven Trainingseinheiten eine schnelle Zufuhr von lebensnotwendigen und muskelaufbauenden Aminosäuren erfolgen. Von entscheidender Bedeutung ist die Qualität des eingesetzten Proteins. So besitzt das in vielen Proteinkonzentrat enthaltene Molkeneiweiß eine sehr hohe biologische Wertigkeit, d. h. ein sehr hoher Prozentsatz dieses aufgenommenen Eiweißes kann in körpereigene Bausubstanz wie Muskulatur umgesetzt werden.

Hormonmodulierende Substanzen

Besonders beliebt bei Bodybuildern sind Supplemente, welche die endogene Androgenproduktion steigern sollen. So soll beispielsweise durch Maca, *Tribulus terrestris*, *Avena Sativa*, Fenugreek oder Sägepalmextrakt die körpereigene Testosteronproduktion gesteigert und so ein Kraft- und Muskelmassezuwachs erreicht werden. Hersteller und Händler werben mit Aussagen wie „Testosteronbooster“, „steigert den Testosteronspiegel und die Wachstumshormonausschüttung“ oder „erhöht nach nur 5 Tagen den Testosteronspiegel um 70 %“. Wie aus einer von den Chemischen und Veterinäruntersuchungsämtern (CVUA) Karlsruhe und Freiburg durchgeführten Studie hervorgeht, stellt das Internet eine immer wichtiger werdende Bezugsquelle für diese Substanzen dar.³ Problematisch sind in vielen Fällen die sehr überzogenen Werbeaussagen, denen bspw. eine Wirksamkeit und Wirkung beigelegt werden, die sie oftmals nicht haben und/oder fälsch-

lich der Eindruck erweckt wird, dass bei bestimmungsgemäßem oder längerem Gebrauch keine schädlichen Wirkungen eintreten. Vor allem sind die Äußerungen zumeist wissenschaftlich nicht hinreichend gesichert, obwohl in der wettbewerbsrechtlichen Rechtsprechung im Bereich der Gesundheits- und Lebensmittelwerbung bezüglich der Faktenabsicherung generell sehr hohe Anforderungen gestellt werden.⁴ Sie führen insbesondere zu einer Divergenz zwischen der Vorstellung des Werbeadressaten und der Wirklichkeit. Derartige irreführende Angaben sind regelmäßig auch geeignet, den Wettbewerb auf den einschlägigen Märkten nicht nur unerheblich zu beeinträchtigen, da die bei Publikum erweckte Bedeutungsvorstellung hinsichtlich der Werbeaussage problematisch erscheint. Häufig bereitet die Ermittlung und Verifizierung der Eigenschaften, insbesondere der Wirkungen der beworbenen Supplemente, bei neuen, im einzelnen noch nicht erforschten Substanzen nicht nur dem Verbraucher oft große Schwierigkeiten. Die irrtumserzeugenden Handlungen können mit wettbewerbsrechtlichen Unterlassens- und Schadensersatzansprüchen von Konkurrenten, Abnahmevereinen etc. auf juristischem Wege verfolgt werden.

Anabole Steroide

Das milliardenschwere Geschäft mit illegalen Dopingmitteln, vor allem mit anabolen Steroiden, gleicht mittlerweile dem organisierten Rauschgift-

handel. So stellt das deutsche Zollkriminalamt regelmäßig große Mengen von Muskelaufbaupräparaten bei dem Versuch der illegalen Einfuhr nach Deutschland oder bei bundesweiten Wohnungsdurchsuchungen sicher.⁵ Die Stoffklasse der anabolen Steroide stellt die am häufigsten verwendeten Dopingsubstanzen mit 15 Millionen Konsumenten weltweit dar.⁶ Allein in Deutschland wird die Zahl auf 100.000 Anwender geschätzt.⁷ Höchstwahrscheinlich liegt die Dunkelziffer um ein Vielfaches höher. So finden anabole Leistungsförderer zunehmend in deutschen Fitnessstudios Anwendung. Eine im süddeutschen Raum durchgeführte Studie ergab, dass jeder Zehnte der befragten Freizeitsportler persönliche Erfahrungen mit anabolen Steroiden gemacht hat.⁸ Weitere Studien zeigten, dass pharmakologisch wirkende Leistungsförderer sogar von bis zu 22% der männlichen und bis zu 8% der weiblichen Fitnessstudiosbesucher regelmäßig eingenommen werden. Die Einnahme von anabolen Steroiden bewirkt aus physiologischer Sicht einen anabolen (eiweißaufbauenden) Effekt und folglich einen gesteigerten Muskelaufbau. Zudem wird eine Zunahme des Muskelumfangs durch verstärkte Wassereinlagerung in den Muskelzellen erreicht. Damit verbunden sind oft ein Kraftzuwachs und eine Leistungssteigerung.⁹ Bei der Anwendung treten kurz- und langfristig zahlreiche Nebenwirkungen wie z. B. Akne, kardiovaskuläre Erkrankungen (plötzlich auftretender Herzinfarkt), Leberschäden und eine erhöhte Sterblichkeitsrate auf.

Heilmittelwerberechtlich ist zusätzlich zu dem schon oben bereits Erwähnten¹⁰ zu beachten, dass bei anabolen Steroiden als verschreibungspflichtigen Arzneimitteln eine Werbung nur gegenüber den in § 10 Abs. 1 HWG abschließend aufgezählten Fachkreisen (Ärzten, Apothekern etc.) erlaubt ist und im Umkehrschluss der Konsument als Werbeadressat nicht beworben werden darf. Das Publikumsverbot ist nach § 15 Abs 1 Nr. 7 HWG strafbewehrt und kann insbesondere mit Bußgeldern von bis zu 50.000,- € von den örtlich und sachlich zuständigen AM-Behörden der Bundesländer geahndet werden.

Ferner ist es in Deutschland verboten, Arzneimittel zu Dopingzwecken im Sport in den Verkehr zu bringen, zu verschreiben oder bei anderen anzuwenden.¹¹ Vielfach befinden sich die verschreibungspflichtigen anabolen Steroide sogar ohne Rezept im Verkehr, wobei bei derartigen Abgaben regelmäßig noch in arzneimittelrechtlicher Hinsicht im Strafmaß eine Strafverschärfung gegeben sein wird, insbesondere sofern die Abgabe außerhalb einer Apotheke stattfindet. Selbst der Besitz von anabolen Steroiden in nicht geringen Mengen ist nach § 95 Abs. 1 AMG verboten und wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe sanktioniert. Soweit anabole Steroide zu Dopingzwecken im Sport an Kinder und Jugendliche abgegeben oder bei diesen angewendet werden, liegt nach § 95 Abs. 3 AMG eine Qualifikation vor, welche sowohl eine Erhöhung der Mindeststrafe auf Freiheits-

strafe von einem Jahr als auch eine Anhebung der Höchststrafe auf Freiheitsstrafe bis zu zehn Jahren vorsieht.

¹ Gemäß der Richtlinie 2002/46/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 10. Juni 2002 zur Angleichung der Rechtsvorschriften der Mitgliedstaaten über Nahrungsergänzungsmittel.

² Gröber, U., *Metabolic Tuning statt Doping*, Hirzel Verlag Stuttgart, 2008, S. 212-217.

³ Löbell-Behrends, S. et al., Sportlernahrungsmittel – Internethandel von hormonell-aktiv beworbenen Produkten, in: *Deutsche Lebensmittelrundschaue*, 9/2008, S. 415-422.

⁴ Vgl. BGH GRUR 1971, 153, 155, wonach Werbeaussagen „gesicherter wissenschaftlichen Erkenntnissen“ entsprechen muss; teilweise genügen auch „hinreichend gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse“ vgl. BGH WRP 1997, S. 721, 722.

⁵ Siehe die zahlreichen Pressemitteilungen des Zollkriminalamts, www.zoll.de.

⁶ Donati, A., *World Traffic in Doping Substances*, 2007, abrufbar unter www.wada-ama.org/rtecontent/document/Donati_Report_Trafficking_2007-03_06.pdf.

⁷ Brinkbäumer, K., Ludwig, U., Weinzierl, A., *Tod eines Supermannes. Das künstliche Leben und Sterben des Andreas M.*, in: *Der Spiegel*, 50 (7), 126-137, S. 140-153. Bernadin, J., Kohler, B., *Der Arzneimittelmissbrauch im Breitensport – Eine zunehmende Herausforderung*, in: *BDI aktuell*, 05/2010, S. 10-11.

⁸ Hoffritz, J., *Im besten Fall wirkungslos*, in: *Die Zeit* 13, 2008, S. 23.

⁹ Bredenkamp, A., *Doping im Bodybuilding*, Fitness Contur Verlag 1993, S. 59 und S. 83-88.

¹⁰ Vgl. die Problematik der Werbeaussagen bei den hormonmodulierenden Substanzen.

¹¹ Vgl. § 6a AMG.

Dipl. troph. Steffen Jakobs ist Ernährungswissenschaftler am Institut für Agrar- und Ernährungswissenschaften der Naturwissenschaftliche Fakultät III der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

Prof. Dr. med. vet. habil. Roland Körber ist Direktor des Landeslabors Berlin-Brandenburg – Institut für Lebensmittel, Arzneimittel, Tierseuchen und Umwelt und Honorarprofessor für Gesundheitlichen Verbraucherschutz am Institut für Agrar- und Ernährungswissenschaften der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

Impressionen der jährlichen Tagung „MER – Orientierungen und Perspektiven“ des meris e. V. 2010 in Wittenberg

Was macht eine gute Tagung aus?

Ist es die gute Fachlichkeit der Vorträge, das spürbare Engagement der Veranstalter, sind es die Persönlichkeiten, die man treffen und in Gespräche verwickeln kann. Womit steht und fällt letzten Endes ein gelungenes Tagungsganzes?

Wenn sich Mediziner, Juristen und Angehörige anderer Disziplinen gemeinsam an einen runden Tisch setzen, ist jedenfalls bei Veranstaltungen des meris e. V. wie auch im gesamten Masterstudiengang Medizin-Ethik-Recht (MER) immer wieder mit Faszination zu beobachten, wie aus Repräsentanten mit anfangs vielleicht noch klarer Fachzugehörigkeit nach und nach mentale Fachhybride werden.

Doch obwohl in UTA BADDACKS, unserem diesjährigen ersten Fachbeitrag u. a. auf den „Parkplatzeffekt“ eingegangen wurde, war es keine vierte Disziplin, die die Referentin hier der MER-Trias hinzufügte, vielmehr handelte es sich bei diesem Effekt um das Wegwerfen indizierter, verschriebener und bereits aus der Apotheke abgeholter Arzneimittel durch Patienten – eine der häufigsten Formen der Non-Compliance, die allein in Deutschland jedes Jahr etwa 10 Milliarden Euro an unnötigen Kosten verursacht.

Nach derart destruktiven Inhalten ließ DR. MED. ANDREAS LINSA die Zuhörerschaft am Auf- und Ausbau von etwas Neuem, nämlich dem Klinischen Ethik-Komitee (KEK) seiner Klinik, teilhaben. Er schilderte neben „Sinn und Bedeutung“ von Komitees ihre konkreten Vorteile, aber auch sehr realistisch die an sie gestellten Anforderungen und geknüpften Herausforderungen – letztlich auch diese Balance häufig eine Frage der Compliance, wenn man sie allgemein als Kooperationsbereitschaft definieren möchte.

SEBASTIAN STÜCKER brachte zum einen Grundzüge des Sozialrechts zur Sprache, wie sie in seiner täglichen anwaltlichen Praxis eine Rolle spielen, zum anderen ließ er es sich nicht nehmen, seinen Vortrag hin und wieder durch Gedankenexperimente wie die Auslegung des § 2 I SGB IX (Behinderung) auf Schwangere aufzulockern.

Den fachzeitlichen Schluss- und Diskussionshöhepunkt des Samstagabends bildete HEIDI ANKERMANNs Beitrag zur Intersexualität, der u. a. die Frage aufwarf, ob die Möglichkeit der Zuweisung zu einem dritten Geschlecht auf dem Personalausweis Betreffenden eher zugute käme oder sie eher diskriminierte. Diskutiert

wurden dazu beispielsweise auch Fragen der Blutspendepraxis solcher Patienten.

Mit ebenso diffizilen ethischen Problemansätzen konfrontierte am Sonntagmorgen den runden Tisch DR. MED. ADAM GASIOREK-WIENS, als er an Beispielen aus seiner ärztlichen Tätigkeit für mögliche Folgen angewandter, unterlassener oder diagnostisch erfolgter, aber im Handeln konsequenzlos gebliebener Pränataldiagnostik sensibilisierte.

Die beiden Pole Paternalismus und Autonomie führte den Anwesenden DR. JUR. ROLAND UPHOFF eindrucksvoll am Beispiel der Sectio caesarea vor Augen und betonte dabei die Wichtigkeit des zugleich harmonischen und sich optimal ergänzenden Zusammenspiels von Entscheidungsautonomie, -kompetenz und -zuständigkeit.

Worauf nun auch jeder einzelne Tagungsgast neben den Fachinhalten (die Sie nach Bereitstellung durch die Referenten auch einzeln in detaillierter Fassung auf www.meris.uni-halle.de nachlesen können) für sich das Hauptaugenmerk einer gelungenen Tagung legen mag, vielleicht spielt es zusätzlich auch eine wichtige Rolle, dass fachliche Unterschiede, akademische Grade und das Alter der Teilnehmer für ein konstruktives Miteinander irrelevant waren, sind und bleiben sollen.

Auf Wiedersehen im nächsten Jahr!

Romy Petzold

Im Porträt

Prof. Dr. med. Joachim Radke

Prof. Radke, beherzter Mediziner und zu handeln nie verlegen, wollte ursprünglich Lehrer werden und gibt als frühen Berührungspunkt zu nichtmedizinischen MER-Teildisziplinen an, dreimal eine Predigt im Universitäts-Gottesdienst gehalten zu haben, des Weiteren, dass er seine Entscheidung, Arzt zu werden, nie bereut habe – wir schließen uns dem gern an.

Zahlreiche Ehrungen wie das Bundesverdienstkreuz, die weit über die Grenzen seiner Arbeit an der Medizinischen Fakultät und in Halle hinausreichen, kann man nicht anders, als sie dem engagierten, begeisterungsfähigen Kliniker zu gönnen, ihm, der den Patienten stets unter ganzheitlicher Sicht zu betrachten pflegt – woher auch sein Interesse an ethischen und rechtlichen Problemen im Rahmen der Patientenbetreuung rühre. Nicht zuletzt das Menschbleiben ist bei aller fachlicher Kompetenz dem stolzen „Dienstältesten“ einer derzeit 14-köpfigen Familie ein wirkliches Anliegen.



Foto: Universitätsklinikum Halle

Zu seiner Arbeit befragt, häuft sich in seinen Antworten deutlich eine Erwähnung des Hier und Jetzt und der – keinesfalls wehmütig anklingenden – Vergänglichkeit derjenigen Schlüsselerlebnisse, die in Ihrer Summe eine Persönlichkeit ausmachen.

Zweifellos ist er ein Mann klarer Worte und Verhältnisse, weder fachlich noch menschlich ein geeignetes Gegenüber für Zartbesaitete. Dass man bei ihm immer weiß, woran man ist, macht ihn dabei zu einem authentischen Gesprächspartner, auf den Verlass ist, ob er nun in Peru, Göttingen oder Halle das tut, was ihm „einfach Spaß“ macht: als Arzt und Mensch dazu beitragen, dass es anderen gut geht.

Prof. Dr. iur. Dr. med. h. c. mult. Erwin Deutsch



Foto: privat

Prof. Deutsch soll hier nicht allein „aufgrund zahlreicher Ehrungen“, die der Koryphäe des Medizinrechts weit über den Tellerrand des IZ MER gebühren, vorgestellt werden. Vielmehr erscheint es uns ein weiterer guter Grund für ein Portrait, dass er mit seinem zum gebannten Zuhören einladenden Vorlesungsstil und seiner wohlwollenden Ausstrahlung in Prüfungen für uns MER-Studenten einer der sympathischsten Dozenten war, ist und hoffentlich noch lange bleiben wird.

Wer ist dieser Verfasser von Kommentaren und anderen Standardwerken zum Medizin-, Pharma- und Medizinprodukterecht (die erste Auflage Arztrecht- und Arzneimittelrecht erschien im Jahre 1983), der sich neben vielem Anderen mit Regeln der klinischen Forschung am Menschen, mit Ethik- und Ombudskommissionen befasst?

In jedem Fall ist er, der an sich selbst höchste Ansprüche stellt, ein Mensch, an dessen Veröffentlichungen jeder fachinteressierte Leser wachsen kann und der einem, wenn man ihn persönlich kennen lernen durfte, beim Entnehmen eines seiner zahlreichen großen Werke aus einem Bibliotheksregal unweigerlich ein Lächeln ins Gesicht zaubert.

Neben seinem stets eisern umgesetzten Prinzip, alles selbst zu schreiben, und dem Lippenbekenntnis, unter keinen Umständen auf Wahrheit und Offenheit verzichten zu wollen, gibt es innerhalb seiner Arbeit eine weitere, eine klingende Trias von wichtigen Verpflichtungen, ohne die auch er selbst sich nicht vorstellen kann, vorgestellt zu werden: Verschuldenshaftung, Fahrlässigkeit, Aufklärungsfehler.

Impressum

Redaktionsleitung:

Dr. Andreas Walker
Sven Wedlich

Redaktion:

Heidi Ankermann
Helena Bebert
Dr. Kerstin Junghans
Romy Petzold
Martina Resch
Stephanie Schmidt
Philipp Skarupinski

Redaktionsanschrift:

meris e.V.
Interdisziplinäres Zentrum
Medizin-Ethik-Recht
Juridicum, Raum 0.30
Universitätsplatz 5
06108 Halle (Saale)

meris@jura.uni-halle.de
www.meris.uni-halle.de

Gastautoren dieser Ausgabe:

Stefan Bauer
Steffen Jacobs
Prof. Dr. Winfried Kluth
Prof. Dr. Roland Körber
Prof. Heinz Lohmann

Gestaltung:

Dr. Andreas Walker
Sven Wedlich

Druck:

Druckerei der Martin-Luther-Universität
Hoher Weg 4
06120 Halle (Saale)

Druck mit freundlicher Unterstützung des IZ MER

Das MERKblatt erscheint
zweimal im Jahr

Thema des nächsten Heftes
Kommunikation und Seelsorge am Krankenbett
(Frühjahr 2011)

Alle in der Zeitschrift verwendeten Texte, Fotos und grafischen Gestaltungen sind urheberrechtlich geschützt. Jegliche Verwendung darf, auch auszugsweise, nur nach vorheriger schriftlicher Zustimmung des Herausgebers erfolgen. Eine kommerzielle Weitervermarktung des Inhalts dieser Zeitschrift ist untersagt.