

# Stellungnahme

der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin  
und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer zur

## Doping und ärztliche Ethik

### Vorwort

Die Enthüllungen der letzten Jahre lassen darauf schließen, dass Dopingpraktiken zumindest in einigen Arten des Leistungssports in weitem Ausmaß verwendet wurden und – so ist jedenfalls nicht mit Gewissheit auszuschließen – weiterhin verwendet werden. Überdies liegen Erkenntnisse vor, dass Doping im Freizeit- und Breitensport genutzt wird, auch unter Jugendlichen. So ist davon auszugehen, dass Ärztinnen und Ärzte im Rahmen ihrer Berufstätigkeit mit diesem Phänomen konfrontiert und damit vor schwierige Entscheidungen gestellt werden.

Die nachfolgende Stellungnahme will einerseits untermauern, warum Doping im Freizeit- wie im Spitzensport abzulehnen ist, und andererseits erläutern, welche Verhaltensweisen sich aus dem ärztlichen Berufsethos im Zusammenhang mit Dopingpraktiken ableiten lassen. *Tübingen, im Februar 2009*



**Prof. Dr. med. Dr. phil. Urban Wiesing**

Vorsitzender der Zentralen Ethikkommission  
bei der Bundesärztekammer

### I. Doping – ein Thema für Ärzte?

Das Thema Doping begleitet den Sport seit Längerem, hat jedoch vor allem in jüngerer Zeit besondere Aufmerksamkeit erfahren und zu kontroversen, überwiegend ablehnenden Stellungnahmen geführt. Dagegen ist dem Thema Doping im ärztlichen Bereich bisher wenig Aufmerksamkeit geschenkt worden, möglicherweise weil Doping in erster Linie als ein Problem für Sportärzte galt, die Leistungssportler<sup>1</sup> betreuen<sup>2</sup>. Dabei wird übersehen, dass jeder Arzt mit dem Thema Doping konfrontiert werden kann, insbesondere angesichts der nach wie vor erheblichen Verbreitung von Dopingpraktiken im Breitensport. Die folgende Stellungnahme will Orientierung darüber vermitteln, wie sich ein Arzt, der mit Dopingpraktiken in Berührung kommt, im Einklang mit dem ärztlichen Berufsethos verhalten kann. Darüber hinaus will sie die Vorschriften des Arzneimittelgesetzes zur ärztlichen Mitwirkung beim Doping praxisnah konkretisieren. Eine umfassende juristische Erörterung des Dopings ist nicht Absicht dieser Stellungnahme.

### II. Was spricht ethisch gegen Doping?

Doping wird gemeinhin als die verbotene Einnahme oder Anwendung leistungssteigernder Mittel im Bereich des Sports definiert. Diese Definition sagt nichts über die Gründe, die gegen die Nutzung der Mittel sprechen, die die kontinuierlich aktualisierte Liste der World Anti-Doping Agency (WADA) aufführt. Diese Gründe müssen jedoch benannt werden können, wenn das

bestehende straf- und sportrechtliche Verbot der Nutzung und des Besitzes von Dopingmitteln als gerechtfertigt gelten soll. Der Hinweis auf die in der Öffentlichkeit überwiegende Ablehnung von Dopingpraktiken reicht dazu nicht aus.

Eine Betrachtung der gängigen ethischen Argumente gegen das Doping zeigt, dass keines dieser Argumente für sich genommen so durchschlagend ist, dass aus ihm ein Verbot des Dopings unmittelbar abgeleitet werden kann. Die Berechtigung des Dopingverbots sowie des Verbots der ärztlichen Mitwirkung am Doping ergibt sich erst aus einer kumulativen Zusammenschau mehrerer ethischer Argumente. Im Folgenden werden diese Argumente aufgelistet.

1. Doping ist unvereinbar mit dem *Sinngehalt des Sports*. Es widerspricht den Regeln, die die gesellschaftliche Praxis des Sports definieren. Die Faszination des Sports liegt wesentlich in der Demonstration dessen, was der Mensch *aus eigener Kraft* leisten kann. Doping zerstört diese Faszination. Zum Sport gehört die Natürlichkeit der Leistung – nicht im Sinne von Naturwüchsigkeit, sondern im Sinne von Authentizität. Nicht die Tatsache, dass Doping *unnatürlich* ist oder die *natürliche* Leistungsfähigkeit des Sportlers steigert, spricht gegen Doping. Die sportliche Leistung ist in aller Regel kein „Naturprodukt“, sondern u. a. auch Produkt fortgesetzter und intensiver Selbstkonditionierung, etwa von Willenskraft, Selbststimulation und Trainingsdisziplin. Dennoch gehört es zur gesellschaftlichen Definition des Sports als eines kulturellen Sonderbereichs, dass in ihm Leistungen ausschließlich aufgrund von Talent und Training erbracht werden. Darüber hinaus sind lediglich bestimmte, streng normierte technische Hilfsmittel erlaubt.

Ein Sonderbereich ist der Sport nicht nur dadurch, dass in ihm das Spielerische, Zweckfreie und Willkürliche innerhalb einer

<sup>1</sup> Mit den in diesem Text benutzten Personen- und Tätigkeitsbezeichnungen sind, auch wenn sie aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur in einer Form auftreten, beide Geschlechter gemeint.

<sup>2</sup> Eine Ausnahme ist die World Medical Association Declaration on Principles of Health Care for Sports Medicine von 2003 ([www.wma.net/e/policy/h14.htm](http://www.wma.net/e/policy/h14.htm)).

Welt der Ernsthaftigkeit und der Normierung einen Ort findet. Er ist ein Sonderbereich auch insofern, als sich in ihm bestimmte Normen der (realen oder scheinbaren) Natürlichkeit herausgebildet haben, die in anderen kompetitiven Bereichen nicht oder nicht mit derselben Verbindlichkeit gelten. Einem Musiker wird in der Öffentlichkeit durchaus zugestanden, beim Vorspielen Betablocker zur Unterdrückung von Lampenfieber einzusetzen, einem Sportschützen zur Unterdrückung von Händezittern nicht. Die *Pointe* des Sportschießens ginge verloren, wären hier Mittel zugelassen, die in anderen Sphären nicht in derselben Weise als unzulässig gelten. Während dem Musiker das Beruhigungsmittel hilft, seine Leistung besser zeigen zu können, sind ruhige Hände beim Schießen ein direkter Bestandteil der sportlichen Leistung. Mit dem Dopingverbot behauptet die Gesellschaft insofern die Sonderstellung des Sports gegenüber den in anderen Bereichen geltenden Normen und Werten.

2. Doping beeinträchtigt die *Chancengleichheit*. Chancengleichheit im strengen Sinne kann es im Sport nicht geben, da es hier u. a. darauf ankommt, neben Leistungen, die sich der Sportler selbst zuschreiben kann, natürliche Ungleichheiten zur Geltung zu bringen, etwa eine „von Natur aus“ geeignete Konstitution oder eine „von Natur aus“ hohe Konzentrationsfähigkeit. Aber Doping fügt dieser Chancenungleichheit eine weitere hinzu und wird dadurch zu einem Musterfall von *Unfairness*. Beim Doping nutzen einige wenige die Normtreue vieler zur Erzielung eines Wettbewerbsvorteils und verzerren die Wettbewerbsbedingungen. Sie bringen andere entweder um ihre Gewinnchancen oder zwingen sie, sich ebenfalls dieser Praktiken zu bedienen. Im professionellen Sport besitzt diese Unfairness auch eine wirtschaftliche Komponente. Sie kann zu illegitimen wirtschaftlichen Vorteilen dopender Sportler und zu Vermögensschäden bei Dritten führen (z. B. Sportförderer/Sponsoren, Veranstalter).

Würde Doping zugelassen und von allen praktiziert, entfielen zwar das Argument der Unfairness. Dies würde aber zwei Konsequenzen haben, die beide nicht wünschenswert sind: Entweder alle Sportler profitieren in gleicher Weise vom Doping. Dann wäre es für einen Wettbewerb unsinnig. Man könnte genauso gut darauf verzichten. Oder das von allen praktizierte Doping würde neue Formen von Ungleichheiten und Wettbewerbsverzerrungen schaffen. Der Wettbewerb würde sich auf weitere, dem Sport fremde Faktoren ausweiten: auf die Intelligenz und Findigkeit in der Beschaffung und Nutzung von Dopingmitteln sowie die natürlicherweise unterschiedliche körperliche Response auf diese Mittel. Der Wettbewerb unter den Sportlern würde dann verschoben in Richtung eines Wettbewerbs derjenigen, die Dopingmittel entwickeln und bei der Verabreichung assistieren.

3. Dopingpraktiken geben ein *schlechtes Beispiel*. Der Leistungssport übernimmt in unserer Gesellschaft eine Vorbildfunktion, sowohl für den Breitensport als auch für die Gesellschaft insgesamt. Sportliche Fairnessprinzipien übernehmen wichtige Orientierungsfunktionen für die Umgangsweisen in anderen Lebensbereichen. Diese Funktion wird durch Doping entscheidend geschwächt, weil das *fair play* bewusst verletzt und die Wettbewerbsbedingungen gezielt zu den eigenen Gunsten verzerrt werden. Die regelmäßige öffentliche Empörung bei Dopingkandalen ist nicht zuletzt auch eine Klage über den Verlust einer insbesondere für Kinder und Heranwachsende wichtigen, wenn nicht inzwischen sogar unverzichtbaren Leitfunktion des Sports. Bedenklich erscheint auch der sich im Doping äußernde

Wille zum „Setzen auf eine einzige Karte“ und zur Erzwingung einer punktuellen Spitzenleistung mit allen verfügbaren Mitteln. Es lässt sich bezweifeln, ob man Kinder zu einem Lebensplan erziehen sollte, der Lebenszufriedenheit an die grenzenlose Bereitschaft knüpft, Höchstleistungen zu erbringen.

4. Dopingmittel wirken sich nicht notwendig schädlich auf die Gesundheit des Sportlers aus, bergen jedoch in jedem Fall ein *Gesundheitsrisiko*. Dieses ist insbesondere dann beträchtlich, wenn sie in hohen Dosen oder kombiniert genommen werden. So kann z. B. Doping bei heranwachsenden Frauen mit gegengeschlechtlichen Hormonen zu schwersten lebenslangen Schädigungen führen; auch Todesfälle sind bei bestimmten Formen von Doping nicht auszuschließen. Viele Sportler neigen dazu, diese Risiken in Kauf zu nehmen. Für sie scheint sich Doping angesichts der erhöhten Gewinnchancen subjektiv durchaus zu „rechnen“. Auch aus der Retrospektive sehen sie vielfach keinen Grund, eine frühere Dopingpraxis zu bedauern. Doch die aus Dopingpraktiken erwachsenden Gesundheitsgefährdungen besitzen gegenüber den mit einer sportlichen Disziplin einhergehenden Gesundheitsgefährdungen eine andere Qualität. Während die Letzteren in der Regel für die jeweilige Sportart konstitutiv und unvermeidbar sind (bzw. durch Vorschriften über Schutzvorkehrungen wie das Tragen von Schutzhelmen auf ein unvermeidbares Ausmaß reduziert werden), sind es die Ersteren nicht. Insofern werden beim Doping vermeidbare Risiken zusätzlich eingegangen.

Allerdings ist selbstschädigendes Verhalten für sich genommen kein hinreichender Grund für ein Verbot, solange die Risiken nur den einzelnen Sportler und nicht auch andere treffen. Aus dem verfassungsmäßig garantierten Freiheitsrecht nach Art. 2,1 GG folgt u. a. auch ein Recht auf Selbstschädigung. Insofern begegnen strafbewehrte Vorschriften, die selbstschädigendes Verhalten sanktionieren wollen, dem berechtigten Vorwurf eines überzogenen Rechtspaternalismus. Allerdings zielen die seit November 2007 im Arzneimittelgesetz geltenden Strafvorschriften – anders als einige Strafvorschriften des Betäubungsmittelgesetzes – nicht auf den Konsum und damit die mögliche Selbstschädigung ab, sondern auf die Verbreitung von Dopingmitteln, indem sie lediglich den Besitz „nicht geringer“ Mengen an Dopingmitteln sowie das Inverkehrbringen, das Verschreiben oder die Anwendung bei anderen unter Strafe stellen. Die Vorbehalte gegen eine übertriebene staatliche Bevormundung gelten damit nicht für die ärztliche Mitwirkung an Dopingpraktiken. Wer als Arzt Dopingpraktiken unterstützt, überträgt auf den Sportler ein nicht durch legitime Interessen kompensiertes Gesundheitsrisiko.

5. Dopingpraktiken gehen vielfach mit der *Vergesellschaftung von Schäden* einher. Diese Schäden treffen die Gesellschaft indirekt. Zumindest solange Folgeschäden von Doping nicht aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ausgegrenzt werden, wird die Solidargemeinschaft mit den Folgekosten des Dopings belastet, etwa mit dem Auskurieren von Spätschäden oder der Inanspruchnahme ärztlich assistierter Reproduktionsverfahren bei Unfruchtbarkeit infolge nicht indizierter Einnahme anaboler Steroide. Während die Gesellschaft offensichtlich bereit ist, sich im Austausch für die sozialen Dienste des Leistungssports, insbesondere Unterhaltung, Spannung und Gelegenheit zum Ausleben von Emotionen, die Alimientierung des Sports etwas kosten zu lassen, ist es fraglich, ob das Publikum bereit ist, die Kostenübernahme auch auf die Behandlung von Dopingschäden auszudehnen. ▷

Diese Überlegungen stützen kumulativ das bestehende rechtliche Verbot der ärztlichen Mitwirkung am Doping. Sie stützen darüber hinaus das rechtliche Verbot des Dopings im Leistungssport. Schwerer lässt sich ein entsprechendes Verbot für den Bereich des Freizeit- und Breitensports begründen. Angesichts der Verbreitung und Bedeutung des Freizeit- und Breitensports erscheint es jedoch wenig sinnvoll, ausschließlich den Spitzensport mit einem Verbot zu belegen. Freizeitsport dient weitgehend der Selbstgestaltung des Einzelnen, etwa in Form der Gesundheitsvorsorge, der Erfüllung von Ich-Idealen, der Ermöglichung persönlicher Erfolgserlebnisse und der Selbstdarstellung. Breitensport zielt vielfach, insbesondere bei Jugendlichen, auf Spitzensport ab – mit fließenden Übergängen. Die Mehrzahl der gegen das Doping im Spitzensport geltenden Argumente trifft auch auf bestimmte Bereiche des Breitensports zu. Das Argument der Unfairness gilt für alle Sportarten mit Wettbewerbscharakter, das Argument der Selbstgefährdung und der Vergesellschaftung der Kosten durch Langzeitschäden auch etwa für die Einnahme von anabolen Steroiden im Bodybuilding. Will man das Moment der Selbstgestaltung des Einzelnen und das der Erfüllung von Ich-Idealen im Freizeit- und Breitensport gesellschaftlich fördern, begünstigt eine tolerante Haltung gegenüber Dopingpraktiken in diesem Bereich eher das Gegenteil dieser Zielsetzungen, indem sie Mittel der Selbstmanipulation und des Selbstbetrugs unterstützt.

### III. Doping und ärztliches Berufsethos

Der Sport – insbesondere der Leistungs- und Profisport – ist heute in besonderem Maß abhängig von medizinischem Wissen. Viele Leistungssportler werden kontinuierlich ärztlich betreut. Diese Betreuung geht vielfach über die Kontrolle des Gesundheitszustands und die Behandlung von Sportverletzungen hinaus. Vielmehr wirken die betreuenden Ärzte nicht selten direkt oder indirekt an der Erhaltung und Steigerung der sportlichen Leistungsfähigkeit mit, etwa durch Ernährungsberatung und Trainingssteuerung.

Allerdings ist der Arzt, soweit er im Bereich des Sports tätig ist, nur ein Akteur unter vielen. Ärzte, die Leistungssportler betreuen, stehen vielfach in einem Spannungsverhältnis. Einerseits verstehen sie sich als Heiler und Behandler, andererseits wird von ihnen erwartet, als Leistungsoptimierer tätig zu werden. Sie bewegen sich im Spannungsfeld der Wünsche des Athleten, der Erwartungen von Publikum, Verbänden, Sponsoren und Managern, dem jeweils eigenen professionellen Interesse an der Gesundheit und der Leistung des Athleten und ihren eigenen Wünschen nach Profilierung. Hinzu kommt, dass Sportmediziner, die Leistungssportler betreuen, in höherem Maß als andere Mediziner institutionell gebunden sind. Neben den Zielen des Wohls und des Erfolgs der Sportler sind sie Organisationen und Institutionen (Sportverbänden, Sponsoren, öffentlichen Förderern) verpflichtet und dadurch mit Loyalitätskonflikten konfrontiert. Darüber hinaus setzen sich viele ärztliche Betreuer auch selbst unter Erfolgsdruck. Das gilt insbesondere für jüngere Sportmediziner. Sie haben einen höheren Reputationsbedarf als ältere und neigen eher dazu, auf entsprechende Wünsche der Sportler bzw. ihrer Verbände einzugehen. Die Arbeit und enge Vertrautheit mit prominenten Sportlern steigert das Ansehen, führt aber leicht zu persönlichen und finanziellen Abhängigkeiten.

Dem Eingehen auf entsprechende Wünsche nach Dopingmaßnahmen steht beim betreuenden Arzt zunächst die *bestehen-*

*de Rechtslage* entgegen. Das geltende Arzneimittelgesetz enthält ein sehr allgemein gefasstes rechtliches Verbot der Mitwirkung von Ärzten an Dopingmaßnahmen. § 6 a Abs. 1 AMG besagt: „Es ist verboten, Arzneimittel zu Dopingzwecken im Sport in den Verkehr zu bringen, zu verschreiben oder bei anderen anzuwenden.“ Zuwiderhandlungen gegen diese Norm werden nach § 95 Abs. 1 Ziffer 2 a AMG mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe geahndet. Das Arzneimittelgesetz unterscheidet dabei nicht zwischen Doping im Spitzensport und Breitensport. Verboten sind die Verabreichung und der Besitz aller im Anhang des Übereinkommens gegen Doping (Gesetz vom 2. März 1994 zu dem Übereinkommen vom 16. November 1989 gegen Doping, BGBl. 1994 II S. 334) enthaltenen Mittel, sofern ihre Anwendung am Menschen erfolgen soll. Dies gilt auch für die Anstiftung und Beihilfe zu derartigen Handlungen. Das Arzneimittelgesetz regelt jedoch nicht, wie sich der Arzt verhalten soll, wenn er ohne eigene aktive Beteiligung vom Doping eines Sportlers Kenntnis erhält.

Für die arztethische Bewertung der ärztlichen Mitwirkung an Dopingpraktiken wird im Folgenden zwischen den verschiedenen Weisen unterschieden, in denen der Arzt in das Geschehen involviert ist.

1. *Ärztliches Doping ohne Wissen und Willen des Patienten.* Ein nicht durch die Einwilligung des Patienten gedecktes Doping verletzt neben dem Arzneimittelgesetz auch auf offenkundige Weise das vom Arzt zu respektierende Selbstbestimmungsrecht. Auch wenn solche Fälle gut belegt sind, etwa aus der Sportförderung der ehemaligen DDR, stellen sie nicht die Mehrheit der Fälle dar und sollten nicht zum Paradigma des Dopings stilisiert werden. In der überwiegenden Zahl der Fälle handelt der Doping anwendende oder fördernde Sportarzt in Übereinstimmung mit dem Willen des Sportlers.

2. *Ärztliches Doping an Minderjährigen,* etwa die Gabe von Androgenen bei Mädchen im Jugendalter. Diese Praxis verletzt nicht weniger offenkundig die ärztliche Fürsorgeverpflichtung des Arztes. Angesichts der erheblichen gesundheitlichen Risiken für Kinder und Jugendliche (etwa die nachhaltige Veränderung der Geschlechtsmerkmale und der Persönlichkeit) kann diese Fürsorgeverpflichtung auch durch eine Zustimmung des Minderjährigen bzw. der Erziehungsberechtigten nicht eingeschränkt sein. Insbesondere Kinder dürften in der Regel nicht die nötige Einsichtsfähigkeit besitzen, die Tragweite der durch Dopingmaßnahmen hervorgerufenen gesundheitlichen Gefahren zu überblicken. Auch die Zustimmung der Eltern kann eine Mitwirkung des Arztes in diesem Fall nicht legitimieren, weil es sich um einen Missbrauch des elterlichen Sorgerechts handeln würde.

3. *Ärztliches Doping mit Wissen und Willen des volljährigen, selbstbestimmungsfähigen Patienten.* Dies kann mehrere Formen annehmen. Ärzte können sich dem Druck eines Sportlers beugen, eine Diagnose zu fälschen, um für einen Sportler eine objektiv nicht indizierte therapeutische Ausnahmegenehmigung für Mittel zu beantragen, die neben therapeutischen auch leistungssteigernde Wirkungen erwarten lassen. Oder ein Arzt stellt einem Freizeitsportler ein Rezept über ein therapeutisches Mittel aus, obwohl er weiß, dass es ausschließlich Dopingzwecken dienen soll. Ethisch gesehen ist die Mitwirkung an Dopingpraktiken aus mehreren Gründen problematisch: als Verstoß gegen geltendes Recht, als Mitwirkung an sportlicher Unfairness und möglicherweise als Schädigung der Solidargemeinschaft. Problematisch ist eine solche Mitwirkung vor allem dann, wenn die

Dopingmittel dem gesundheitlichen Wohl des betreuten Sportlers absehbar abträglich sind, etwa weil die Dopingsubstanzen – wie bei vielen Bodybuildern – in hohen Dosierungen konsumiert werden. In diesem Fall widerspricht die Mitwirkung am Doping der elementaren Pflicht des Arztes zur Erhaltung der Gesundheit seines Patienten.

4. *Mithilfe beim Doping, etwa durch Dopingempfehlungen, durch ärztliche Beratung bei der Auswahl von Dopingmitteln oder durch Anleitung zu Täuschungen.* Gelegentlich geben Ärzte Sportlern Anleitungen zur Fälschung von Tests, z. B. eines Lungenfunktionstests, von dem abhängt, ob die Ausnahme-genehmigung für die Anwendung eines Cortisonsprays erteilt wird. Auch eine derartige Unterstützung von primär vom Sportler selbst zu verantwortendem Doping muss, auch wenn sie rechtlich kaum zu sanktionieren sein wird, als ethisch problematisch gelten.

5. *Verschreibung von Dopingmitteln in therapeutischer Absicht.* Es gibt nur eine begrenzte Zahl von Maßnahmen, die als Doping gelten und gleichzeitig insofern ärztlich geboten sind, als bei Unterlassung Schaden für den Patienten zu befürchten ist (z. B. Antiasthmatika, Serotonin-Wiederaufnahmehemmer gegen ADHS). In dieser Konstellation würde eine Behandlung zwar gegen die Antidopingbestimmungen verstoßen, nicht jedoch gegen den Grundsatz des ärztlichen Berufsethos, in erster Linie dem Wohl des Kranken verpflichtet zu sein. Der Arzt steht dann vor der Wahl, die Behandlung trotz deren Qualifizierung als Doping durchzuführen und in Kauf zu nehmen, dass der Sportler nicht starten darf, oder eine andere Behandlung durchzuführen, die nicht mit den Antidopingbestimmungen in Konflikt steht, möglicherweise aber weniger aussichtsreich ist. Derartige Fälle sind selten und haben bei Unterlassen meist nur geringe unerwünschte Wirkungen. Zudem besteht verbandsrechtlich die Möglichkeit, bei Vorliegen einer Erkrankung eine medizinische Ausnahme-genehmigung für die Einnahme verbotener Wirkstoffe zu beantragen.

6. *Kenntnisnahme der Dopingpraxis eines Patienten.* In diesem Fall ist der Arzt zu einer Anzeige des Patienten weder verpflichtet noch berechtigt. Eine Pflicht hierzu könnte sich allenfalls aus dem Straftatbestand der Nichtanzeige geplanter Straftaten (§ 138 StGB) ergeben. Diese Norm gilt jedoch nur für bestimmte schwere Straftaten, zu denen die dopingspezifischen Tatbestände nicht gehören. Vielmehr wäre eine Anzeige seitens des Arztes eine Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht. Diese ist in Deutschland berufs- und strafrechtlich sanktioniert (§ 203 StGB). Die Ausnahmen, in denen die ärztliche Schweigepflicht verletzt werden darf, sind durch Rechtsprechung und Gesetz auf schwere Straftaten begrenzt worden. Für die Rechtfertigung einer Verletzung der Schweigepflicht reicht die Tatschwere beim Doping in der Regel nicht aus.

Befugt zu einem Bruch der Schweigepflicht ist der Arzt gemäß § 34 StGB sowie nach den ärztlichen Berufsordnungen nur, soweit die Offenbarung zum Schutz eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist (vgl. § 9 Abs. 2 der [Muster-]Berufsordnung für Ärzte). Damit ist zwar nicht ausgeschlossen, dass es Fälle geben kann, in denen durch Doping ein „höherwertiges Rechtsgut“ als die Schweigepflicht bedroht ist. Als höherwertiges Rechtsgut kommt das öffentliche Interesse an einer wirksamen Aufklärung und Ahndung von Dopingdelikten jedoch nicht in Betracht. Aus dem Recht des Arztes, als Zeuge im Strafprozess über beruflich erlangtes Wissen keine Auskunft geben zu müssen (§ 53 Abs. 1 Nr. 3 StPO), ergibt sich, dass das Arztge-

heimnis gegenüber der Effektivität der Strafverfolgung als vorrangiges Rechtsgut gilt. Auch eine mit einem unwissentlichen oder unwillentlichen Doping einhergehende körperliche Schädigung des Patienten und eine daraus resultierende Verletzung seines Selbstbestimmungsrechts werden in der Regel nicht ausreichen. Dem Arzt ist es in der Regel möglich, den Patienten über die an ihm vorgenommenen Dopingmaßnahmen in Kenntnis zu setzen. Der Patient kann eine Anzeige dann selbst erstatten, ohne dass ein Bruch der ärztlichen Schweigepflicht erforderlich wäre.

Anders ist die Sachlage, wenn der Arzt von einer Unterstützung des – freiwilligen oder unfreiwilligen – Dopings bei Kindern und Jugendlichen Kenntnis erlangt. Der Minderjährige wird seine Rechte nicht in gleichem Maß wie ein Erwachsener wahrnehmen und sich somit nicht gegen das an ihm vorgenommene Doping zur Wehr setzen können. Die langfristigen Schäden durch Doping können in dieser Lebensphase besonders gravierend sein. In diesem Fall wäre der Bruch der Schweigepflicht durch ein „höherwertiges Rechtsgut“ rechtfertigbar, wenn er im Zuge einer Anzeige des betreffenden Arztes unvermeidlich, also beispielsweise die Information der gesetzlichen Vertreter nicht Erfolg versprechend ist.

#### IV. Empfehlungen

1. Es sollte sich von selbst verstehen, dass der Arzt im Falle der Kenntnisnahme der Dopingpraxis eines Patienten diesen *vor den Risiken warnt*. Die Verpflichtung dazu folgt unmittelbar aus dem Fürsorgeprinzip. Der Arzt muss den betreuten Sportler unmissverständlich auf die medizinischen Risiken sowie auf das Verbot des Dopings hinweisen und sollte diese Hinweise auch dokumentieren. Eine Warnung vor den gesundheitlichen Gefahren ist vor allem dann indiziert, wenn der Sportler sich über die Folgen des Dopings nicht hinreichend im Klaren ist.

2. *Ein Recht, wegen Dopings eine medizinisch indizierte Behandlung zu verweigern oder abzubrechen, besteht nur mit Einschränkungen.* Der Arzt ist zwar mit Ausnahme der Notfallversorgung grundsätzlich frei, eine Behandlung abzulehnen, aber das im Genfer Gelöbnis des Weltärztebundes festgeschriebene Arztethos schreibt dem Arzt ein Verhalten vor, das unabhängig von allen weiteren Eigenschaften ausschließlich auf das Wohl und den Willen des Patienten ausgerichtet ist. Ein Fehlverhalten des Patienten, selbst eine Straftat, rechtfertigt für sich genommen keinen Behandlungsabbruch. Das gilt auch für ein Dopingvergehen. Eine generelle Nichtbehandlung von Dopingkonsumenten würde sie zudem von ärztlicher Betreuung ausschließen. Dies würde verhindern, dass Ärzte über die Risiken des Dopings aufklären. Ohne ärztliche Begleitung würden jedoch viele Leistungssportler möglicherweise noch risikofreudiger zu Dopingmitteln greifen. Andererseits sollte der Arzt immer dann die Freiheit haben, die Behandlung von Krankheitsfolgen einer Dopingpraxis abzulehnen, wenn diese nicht gravierend oder lebensbedrohlich sind und der Patient zu erkennen gibt, dass er das Doping nach der Behandlung fortsetzen wird oder den Arzt sogar zur Unterstützung der Dopingpraxis auffordert. In diesem Fall sollte der Arzt den Doping praktizierenden Patienten darauf hinweisen, dass er die dem Patient-Arzt-Verhältnis zugrunde liegende Vertrauensbasis gefährdet sieht.

3. Der Arzt ist mit Doping vielfach *in anderen Rollen* als der klassischen Rolle des Therapeuten konfrontiert, z. B. als *Verbandsarzt*. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass er in dieser Funktion Kenntnis davon erlangt, dass einer oder mehrere Sportler

des von ihm betreuten Sportverbandes Dopingmittel konsumieren. Wird Doping in dieser Situation vom Verband nicht aktiv bekämpft, ist dem Verbandsarzt dringend anzuraten, seine Funktion aufzugeben, um sich nicht selbst dem Verdacht auf Mitwirkung an Dopingdelikten und daraus folgender Strafverfolgung auszusetzen. Der Arzt darf allerdings von sich aus auch als Verbandsarzt nicht die Schweigepflicht brechen, abgesehen von schweren Fällen von Doping bei Kindern und Jugendlichen (vgl. Kap. 3, Abs. 6). Es bleibt den Verbänden unbenommen, von den Sportlern vorab eine Entbindung des Verbandsarztes von der Schweigepflicht bei Doping zu verlangen. Ist dies explizit festgehalten, darf der Arzt den Verband informieren, es sei denn, der Sportler nimmt die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Verband zurück. Dann darf der Arzt den Verband jedoch darüber informieren, dass er nicht von der Schweigepflicht entbunden wurde. Der Verband dürfte in der Regel die Startgenehmigung zurückziehen.

4. Begegnet der Arzt einem Sportler *in der Rolle eines Wissenschaftlers oder Gutachters*, muss der Sportler vorab explizit über das wissenschaftliche Projekt bzw. die gutachterliche Tätigkeit des Arztes aufgeklärt werden und sein Einverständnis zur Teilnahme erteilen. Bei Daten, die der Schweigepflicht unterliegen, muss der Betroffene erklären, wem gegenüber und in welchem Umfang er den Arzt von der Schweigepflicht entbindet. In allen Rollen sind Standards der Professionalität zu wahren, sodass der Patient bzw. Sportler vorab weiß, in welcher Funktion ihm der Arzt gegenübertritt, was er an Schweigepflicht erwarten darf und inwieweit er den Arzt davon entbunden hat.

5. *In der ärztlichen Aus- und Weiterbildung sollte die Dopingproblematik vermehrt berücksichtigt werden.* „Sportmedizin“ ist lediglich eine ärztliche Zusatzbezeichnung, keine Facharztausbildung. Gegenwärtig wird in der Aus- und Weiterbildung der Sportärzte nur unzureichend auf die zu erwartenden Konfliktsituationen hingewiesen, sodass viele Ärzte dafür ungenügend vorbereitet sind. Geeignete Verhaltenskonzepte sollten nicht nur entwickelt, sondern auch (etwa in Rollenspielen) eingeübt werden. Zusätzlich sollte erwogen werden, die Anforderungen an die Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ zu erweitern.

6. Eine *Reorganisation der ärztlichen Betreuung von Sportlern*, bei der die Betreuer beim jeweiligen Sportveranstalter statt bei der Mannschaft oder dem Verein angesiedelt sind, wäre idealerweise geeignet, um zu verhindern, dass sich Ärzte von Sportlern und Sportfunktionären vereinnahmen lassen. Auf diese Weise ließen sich mehr Transparenz, mehr Professionalität und mehr Distanz zwischen Arzt und Sportler herstellen. Dem steht entgegen, dass die meisten Sportler eine personengebundene regelmäßige Betreuung bevorzugen und ohne eine kontinuierliche Betreuung ein Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Sportler schwer vorstellbar ist. Umso wichtiger ist es, dass Sportärzte, die Leistungssportler betreuen, darauf achten, sich nicht persönlich oder finanziell vom Spitzensport abhängig zu machen.

### Mitglieder der Zentralen Ethikkommission

Prof. Dr. phil. D. Birnbacher, Düsseldorf (federführend)  
 Frau Dr. med. G. Bockenheimer-Lucius, Frankfurt a. M.  
 Prof. Dr. med. J. Boos, Münster  
 Prof. Dr. theol. P. Dabrock, Marburg  
 Frau Dr. rer. nat. S. Graumann, Berlin  
 Frau Prof. Dr. theol. H. Haker, Frankfurt a. M.  
 Prof. Dr. med. W. Henn, Homburg  
 Prof. Dr. jur. F. Hufen, Mainz  
 Frau PD Dr. med. Dipl.-Soz. T. Krones, Marburg  
 Dr. phil. D. Lanzerath, Bonn  
 Prof. Dr. med. H. Ch. Müller-Busch, Berlin  
 Prof. Dr. theol. habil. J. Reiter, Mainz  
 Dr. med. J. Schuster, Würzburg  
 Prof. Dr. jur. J. Taupitz, Mannheim  
 Prof. Dr. med. Dipl.-Theol. M. Volkenandt, München  
 Prof. Dr. med. Dr. phil. U. Wiesing, Tübingen (Vorsitzender)

Als externe Experten mitgewirkt haben

Prof. Dr. rer. nat. W. W. Franke, Heidelberg  
 Prof. Dr. med. W. Kindermann, Saarbrücken  
 Prof. Dr. med. T. Meyer, Paderborn  
 Prof. Dr. W. Schänzer, Köln  
 PD Dr. med. Dr. jur. H. Striegel, Tübingen

#### Korrespondenzadresse

Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer  
 Herbert-Lewin-Platz 1  
 10623 Berlin  
 Telefon: 0 30/40 04 56-4 67  
 Fax: 0 30/40 04 56-4 86  
 E-Mail: zeko@baek.de

### Ärzteforum Davos/Schweiz

## 16. Internationale Winterfortbildungswoche für Grundversorger

vom 8. bis 13. März

Von der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin (SGIM) und der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Medizin (SGAM) zertifizierte und voll anerkannte Fortbildungsveranstaltung für Ärzte

**Veranstalter/Organisation:** Davos Destinations-Organisation (Genossenschaft), CH-7270 Davos Platz

**Wissenschaftliche Gestaltung/Kongressleitung:** Prof. Dr. med. Walter Reinhart, Chur, und Prof. Dr. med. Wilhelm Vetter, Zürich

**Auskünfte und Anmeldung:** Davos Congress, Promenade 67, CH-7270 Davos Platz/Schweiz, Telefon: 00 41 81/4 15 21 61, Fax: 00 41 81/4 15 21 69; Internet: www.aerzteforum-davos.ch, E-Mail: congress@davos.ch □

### ärztewoche thüringen

Forum der Ärzteschaft, des Pflege- und medizinischen Assistenzpersonals

vom 3. bis 4. April in Weimar

**Veranstalter:** Landesärztekammer Thüringen, Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Verband der Leitenden Krankenhausärzte Thüringen e.V.

**Themen:** Plenarveranstaltung „Die Generation 50 plus“ – Erkrankungen, Diagnostik, Therapie

**Kurse:** (u. a. Reanimation, Gefäßultraschall, Palliativmedizin, Balint, Reisemedizin, Verkehrsmedizin, Datenschutz, Neue Kooperationsformen) Veranstaltungen für Pflege- und Praxispersonal

**Auskünfte und Anmeldung:** Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Thüringen, Postfach 10 07 40, 07707 Jena, Telefon: 0 36 41/6 14-1 42, Fax: 0 36 41/6 14-1 49, E-Mail: kopp.akademie@laek-thueringen.de, Internet: www.aerztewoche-thueringen.de □