

<sup>1</sup>Wiesing U, <sup>2</sup>Striegel H

# Ärztliches Verhalten bei Doping

## Medical Behaviour in Doping

<sup>1</sup>Universität Tübingen, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin

<sup>2</sup>Medizinische Universitätsklinik Tübingen, Abteilung Sportmedizin

### ZUSAMMENFASSUNG

Das Arzneimittelgesetz sorgt im Grunde für die notwendige Klarheit, wie sich Ärzte zum Doping verhalten sollen. Auch wenn es Fälle geben mag, in denen die Verabreichung von Substanzen, die auf der Doping-Verbotsliste stehen, nicht gegen das Arzt-Ethos verstößt, so zwingt das Arzt-Ethos nicht dazu, Doping durchzuführen. Es ist durchaus vertretbar, dass der Arzt einen Sportler in diesen Fällen vor die Alternative stellt, entweder auf eine bestimmte Therapie oder auf den Wettkampf zu verzichten. Aus diesem Grunde widerspricht das Arzt-Ethos nicht dem Verbot im Arzneimittelgesetz, auch wenn sich differenziertere Aspekte im ärztlichen Umgang mit dem Patienten ergeben können.

Die von der deutschen Legislative umgesetzten Erweiterungen des Arzneimittelgesetzes (AMG) und anderer Gesetze, insbesondere die Einführung einer Besitzstrafbarkeit größerer Mengen an Dopingsubstanzen, können eine sinnvolle Ergänzung der bestehenden Gesetzeslage darstellen. Dies gilt jedoch nur soweit, als das bereits für § 6a AMG bestehende Vollzugsdefizit durch die staatlichen Strafverfolgungsbehörden, namentlich Polizei und Staatsanwaltschaft, behoben wird.

Ein Doping-Vergehen reicht als Argument in der Regel nicht aus, die ärztliche Schweigepflicht gegen den Willen des Patienten zu brechen. Es lassen sich jedoch „höherwertige Rechtsgüter“ denken, denen zufolge der Arzt gemäß Berufsordnung befugt ist, die Schweigepflicht zu brechen. Dies ist bei Kindern und Jugendlichen der Fall, insbesondere wenn mit langwierigen Schädigungen zu rechnen ist bzw. Doping-Maßnahmen bei Jugendlichen mit der notwendigen Reife und Einsichtsfähigkeit unfreiwillig erfolgen. Die Verbände sollten von ihrer Möglichkeit Gebrauch machen, dass die Sportler die Ärzte gegenüber den Verbänden auch in Bezug auf Doping von der Schweigepflicht entbinden. Der Arzt sollte ein Arzt-Patient-Verhältnis nicht allein wegen der Tatsache abbrechen, dass sein Patient ohne sein Zutun Dopingmaßnahmen durchführt.

**Schlüsselwörter:** Anti-Doping-Maßnahmen, Schweigepflicht, Arzt-Patienten-Beziehung, Sport

### EINLEITUNG

Man kann es sich als Arzt im Falle des Dopings einfach machen und auf das Arzneimittelgesetz (AMG) verweisen. Dessen § 6a, Abs. 1 ist unmissverständlich: „Es ist verboten, Arzneimittel zu Dopingzwecken im Sport in den Verkehr zu bringen, zu verschreiben oder bei anderen anzuwenden.“ Daher müssen Ärzte das Doping unterlassen, sowohl im Leistungs- als auch im Breitensport (6).

Doch die praktischen Verhältnisse gestalten sich für Ärzte komplizierter. Auch wenn sich an dem gesetzlichen Verbot nach Meinung der Autoren nichts ändern sollte, so steht es akademi-

### SUMMARY

The German Medicines Law basically provides the necessary clarity on how doctors should behave with regard to doping. Even though there might be cases in which administering substances that are on the doping ban list does not go against medical ethics, these ethics do not force the physician to administer doping substances. In such cases, it is perfectly reasonable for the doctor to present the athlete with a choice between receiving a particular therapy or forgoing a competition. For this reason, medical ethics do not contradict the bans within the German Medicines Law, even though more sophisticated aspects of medical management of the patient can occur.

The German legislature's extensions of the German Medicines Law (AMG) and other laws, especially the introduction of a law against possession of larger amounts of doping substances, are useful complements to the existing legal situation. However, this applies only as far as the existing lack of enforcement of Paragraph 6a AMG by the state law enforcement agencies, specifically the police and prosecutor, is resolved.

A doping offence is usually not a sufficient argument for a physician to break his or her obligation to doctor-patient confidentiality against the patient's will. There are, however, "legally protected interests", according to which the physician is empowered to break the confidentiality by virtue of the Medical Association's Professional Code of Conduct. This is the case for children and adolescents, especially if prolonged damage can be expected and the doping measures are involuntary in sufficiently mature adolescents. The sports associations should exercise their options and require athletes to release their physicians from their doctor-patient confidentiality in the event of doping. Physicians should not end a doctor-patient relationship solely due to the fact that his patient practiced doping measures without his help or knowledge.

**Key words:** Anti-doping-measures, doctor-patient confidentiality, sport

schen Disziplinen gut an, danach zu fragen, warum man etwas unterlassen soll. In diesem Falle wäre also zu fragen, warum ein Arzt Doping unterlassen soll. Dies dient nicht nur der Transparenz und der reflektierten Aufgeklärtheit eines Berufsstandes, sondern erhöht auch die Wahrscheinlichkeit, dass das gesetzliche Verbot befolgt wird. Zudem kann ein juristisches Verbot nicht über Grenzbereiche hinwegtäuschen, in denen die klare gesetzliche Vorgabe der komplexen Realität nicht immer gerecht wird. Überdies ergeben sich in der Arzt-Patient-Beziehung auch dann ethische Probleme, wenn ein Arzt zwar Doping-Maßnahmen unterlässt, aber einen Patienten betreut, der diese Maßnahmen eigenständig oder mit Hil-

fe Anderer durchführt. Nicht zuletzt können Ärzte mit dopenden Sportlern in verschiedenen Funktionen in Kontakt treten, so dass sich hier gleichermaßen ethische und rechtliche Probleme ergeben, wie mit der Kenntnis von Dopingverstößen eines Athleten umzugehen ist. Der nachfolgende Aufsatz will sich diesen Fragen widmen. Gibt es ärztliche Gründe, trotz des Verbotes Dopingmaßnahmen durchzuführen? Welche Änderungen ergeben sich für Ärzte durch das neue Anti-Doping-Gesetz? Darf ein Arzt bei Doping die Schweigepflicht brechen? Wie verhält er sich in diesen Fällen innerhalb einer Abteilung und innerhalb eines Sportverbandes? Soll ein Arzt das Verhältnis zu seinem Patienten bei Doping beenden?

## ÄRZTLICHES ETHOS UND DOPING

Einleitend sei erwähnt, vor welchem normativen Hintergrund ärztliche Handlungen zu bewerten sind. Das Arzt-Ethos ist geprägt von einer Ausrichtung der ärztlichen Tätigkeit auf Wille und Wohl des individuellen Patienten. Ein Arzt wird in dieser Rolle gewisse moralische Verhaltensweisen einhalten – er wird unter anderem versuchen, dem einzelnen Patienten zu nutzen und nicht zu schaden, er wird sein informiertes Einverständnis einholen, verschwiegen sein und das Interesse des Patienten über sein eigenes stellen. Betrachtet man unter diesen Vorgaben die Verabreichung von Doping-Mitteln, so fällt auf, dass sie nicht zwingend gegen das Arzt-Ethos verstoßen muss. Der Wille des Sportlers kann ein authentischer sein, für ihn ist eventuell in einem sehr weiten Sinne mit einem „Wohl“ zu rechnen. Der Schaden kann sich in Grenzen halten, auch wenn bestimmte Formen von Doping sehr schädlich sind (1, 11, 12). Besonders schädliche Wirkungen scheinen insbesondere der hochdosierte Konsum anaboler Steroide, aber auch die Einnahme verschiedener Dopingsubstanzen aus unterschiedlichen Wirkstoffgruppen (1, 11), wie beispielsweise der Gebrauch von Wachstumshormonen. Es drängt sich ein Vergleich mit der ästhetischen Chirurgie auf, die gleichermaßen häufig ohne ‚medizinische‘ Indikation arbeitet, nicht ungefährlich ist und trotzdem zur Verbesserung des Wohlbefindens durchgeführt wird (16, 17).

Beim Doping muss man sich insoweit zunächst fragen, welches Risiko für welchen Zweck eingegangen werden soll. Denn das Arzt-Ethos gebietet, dass der mögliche Nutzen und Schaden einer ärztlichen Handlung für den Patienten in einem positiven Verhältnis stehen; ärztliche Maßnahmen müssen einen Netto-Nutzen anstreben, sonst sind sie unärztlich. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass sich für den Spitzensport und den Breitensport unterschiedliche Argumentationswege ergeben. Doping ist nämlich, auch wenn es in den Medien suggeriert wird, kein ausschließliches Problem des Leistungs- und Hochleistungssports, sondern gleichermaßen auch des Freizeit- und Fitness-Sports (8, 21). In Bezug auf die Motivation eines Sportlers und die unterschiedlichen Argumente gegen Doping ist dabei zu unterscheiden:

- Nimmt ein Freizeitsportler Dopingsubstanzen zu sich, um einen sportlichen Wettkampf erfolgreich zu bestreiten, dann verstößt auch er gegen das Gebot der Fairness, da der nicht künstlich manipulierte Leistungsvergleich jedenfalls für den nicht dopenden Sportler die Grundlage für die Teilnahme am Wettkampfgeschehen darstellt. Dies gilt gleichermaßen auch im Freizeitsport. Selbst wenn einzelne Doping-Maßnahmen aufgrund ihres Nutzen-Risiko-Profiles weithin unbedenklich erscheinen, widersprechen sie dem Fairness-Argument. Dieses ist zwar nicht genuin mit dem Arzt-Ethos verbunden, wäre

aber ein zusätzliches Argument gegen die Nutzung von Doping in jeder Form von Wettkampf.

- Das Ziel, einfach nur schneller, kräftiger etc. zu sein, macht zwar im Wettkampfsport Sinn, dagegen im Freizeitsport ohne Wettkampf kaum. Hier würde der Arzt bei – verbotener – Verschreibung von Dopingmitteln ein Risiko in Kauf nehmen, dem nichts Sinnvolles entgegensteht.

- Bei manchen Sportarten, z.B. beim Bodybuilding, ist der Gebrauch von Doping-Mitteln weit verbreitet und für das zu erreichende Ziel, den Muskelaufbau, zumindest ab einer gewissen Schwelle nicht nur förderlich, sondern unverzichtbar (14). Hier sind die unerwünschten Wirkungen, insbesondere dann bedenklich, wenn Dopingsubstanzen in hohen Dosierungen konsumiert werden (1, 2, 11). Hier würde ein Arzt bei der – verbotenen – Dopinggabe um der äußeren Erscheinung willen den Patienten körperlich gefährden.

Auch wenn bestimmte Doping-Maßnahmen demzufolge nicht in jedem Fall gegen das Arzt-Ethos verstoßen, so muss ein Arzt sie nicht zwingend durchführen. Es existieren kaum Maßnahmen, die als Doping gelten und medizinisch insofern notwendig und ärztlich geboten sind, als bei Unterlassung Schaden für den Patienten zu befürchten ist. Solche Maßnahmen zu unterlassen, könnte tatsächlich zu einem Konflikt zwischen den Vorgaben des Arzneimittelgesetzes und dem ärztlichen Ethos führen. Aber – wie gesagt – diese Maßnahmen gibt es kaum. Es wäre hier allenfalls an Grenzfälle für Leistungssportler zu denken, also an Substanzen, die zu verabreichen medizinisch indiziert und die mit geringen oder akzeptablen unerwünschten Wirkungen behaftet sind, aber unter die Dopingbestimmungen fallen. Als Beispiel hierfür kann die Therapie des Asthma Bronchiale mit Beta-2-Agonisten genannt werden. Die Ausführungen des Arzneimittelgesetzes sehen solche Grenzfälle vor, wenn sie das Verbot auf „das Inverkehrbringen, Verschreiben oder Anwenden zu anderen Zwecken als der Behandlung von Krankheiten“ (AMG § 6a, Abs.2) einschränken. Gleiches gilt für die Anti-Doping-Bestimmungen der nationalen und internationalen Sportverbände, die bei Vorliegen einer medizinischen Indikation für die Gabe von dopingrelevanten Substanzen Ausnahmegenehmigungen für erkrankte Sportler vorsehen (13, 19).

Allerdings wird nicht in allen Fällen einer Erkrankung eine Ausnahmegenehmigung gewährt, so dass der Sportler dann vor der Wahl steht, ob er diese Behandlung durchführen lässt und damit nicht starten darf oder ob er eine andere Behandlung durchführen lässt, die nicht mit den Anti-Doping-Bestimmungen in Konflikt steht. Im schlimmsten Fall unterliebe eine medizinisch sinnvolle Behandlung, weil diese Maßnahme auf der Dopingliste steht und der Sportler an einem Wettkampf teilnehmen will. Als Beispiel sei hier die Therapie mit Ritalin genannt, einem Medikament zur Behandlung des Hyperaktivitätssyndroms, das die Anti-Doping-Bestimmungen der World Anti-Doping Agency in der verbotenen Substanzgruppe der Stimulantien aufführen (18). Eine Ausnahmegenehmigung für Ritalin wurde in mehreren Fällen trotz medizinischer Indikation nicht gewährt. Glücklicherweise sind derartige Fälle selten und meist nur von geringen unerwünschten Wirkungen bei Unterlassen gekennzeichnet. Kein Sportler riskiert bleibende Schäden oder gar sein Leben, weil er auf eine medizinisch indizierte Therapie verzichten muss, um weiterhin an einem Wettkampf teilnehmen zu können. Kurzum: Auch

wenn Doping nicht zwingend in allen Fällen gegen das Arzt-Ethos verstößt, gebietet dieses gleichwohl keine Doping-Maßnahmen. Allenfalls seltene Grenzfälle ohne gravierende gesundheitliche Konsequenzen lassen sich denken. Insofern sind für alle Bereiche des Sportes keine gravierenden Konflikte zwischen der Vorgabe des Arzneimittelgesetzes und dem Arzt-Ethos zu erwarten.

Die Frage der Grenzfälle birgt jedoch eine andere Herausforderung an die Ärzte: In ihrer Rolle als Experten können sie mit ihrem Sachverstand dazu beitragen, dass die Liste der Doping-Maßnahmen angemessen ist und sich die Zahl der Grenzfälle nicht unnötig erhöht (15). Dabei befinden sich Ärzte allerdings nicht in der Rolle eines behandelnden Arztes, sondern in der eines wissenschaftlichen Experten. Sie können diese Frage nicht in der Arzt-Patient-Beziehung klären, sondern in fachwissenschaftlichen Gremien, die für die Erstellung von Doping-Listen verantwortlich sind.

### DAS NEUE ANTI-DOPING-GESETZ

Der Deutsche Bundestag hat im Mai 2007 den Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Bekämpfung des Dopings im Sport auf den Weg gebracht, welches am 01.11.2007 in Kraft getreten ist. Dieses Gesetz richtet sich ausdrücklich nicht nur an den Leistungs- und Spitzensport, sondern hat insbesondere auch die Verbesserung der Volksgesundheit im Breitensport zum Ziel (7). Wesentliche Eckpfeiler des Gesetzes sind:

- Die Strafverfolgung wird in bestimmten Fällen auf das Bundeskriminalamt übertragen,
- die Strafen für banden- oder gewerbsmäßige Dopingstraftaten werden verschärft, verbunden mit der Einführung des erweiterten Verfalls in diesen Fällen. Demnach kann ein Gericht bei besonders schweren Taten anordnen, dass Gegenstände des Täters in das Eigentum des Staates übergehen, wenn diese aus rechtswidrigen Taten erlangt wurden oder für derartige Taten benutzt werden sollten.
- Der Besitz von nicht geringen Mengen an Dopingsubstanzen wird strafbar und
- dopingrelevante Arzneimittel haben Warnhinweise zu führen.

Durch Änderung des Bundeskriminalamtgesetzes sollen die Ermittlungsbefugnisse für die Strafverfolgung in Fällen des international organisierten, ungesetzlichen Handels mit Arzneimitteln auf das Bundeskriminalamt übertragen werden, um so der internationalen Dimension der Straftaten Rechnung zu tragen. Überdies soll diese Regelung die Gefahren reduzieren, die von Arzneimittelfälschungen ausgehen.

Die Strafen für gewerbsmäßige und bandenmäßig verübte Dopingstraftaten werden wegen der Dimension des Dopings auch verschärft, weil die Täter häufig nicht allein, sondern mit anderen oder gar in organisierten Netzwerken zusammenarbeiten. Aufgrund der Strafverschärfungen ergibt sich auch eine verlängerte Verjährungsfrist für diese Straftatbestände. Darüber hinaus sollen die geplanten Strafverschärfungen der enormen Gewinnerzielungsabsicht erfolgreicher entgegenwirken. In diesem Zusammenhang ist auch die Einführung eines erweiterten Verfalls zu sehen.

Durch Änderung von § 6a AMG wird nun erstmals auch der Besitz von Dopingsubstanzen zu Dopingzwecken unter Strafe gestellt werden, allerdings nur für nicht geringe Mengen. Diese Regelung zielt auf den ungesetzlichen Besitz von dopingrelevanten Arzneimitteln ab und soll eine wirksamere Beschränkung der Verbreitung von Dopingsubstanzen sowohl im Hochleistungs-, als auch Breitensport bewirken. Sie soll dem Gesundheitsschutz und der Sicherheit des Arzneimittelverkehrs dienen.

Als vierten Eckpfeiler sieht das Gesetz zur Verbesserung der Bekämpfung des Dopings im Sport die Aufnahme von Warnhinweisen in der Packungsbeilage für Arzneimittel vor, die dopingrelevante Stoffe beinhalten. Dadurch sollen Sportler vor unabsichtlichem Gebrauch von Dopingsubstanzen und der Gefahr positiver Dopingkontrollen geschützt werden, die nicht auf eine Einnahme von Dopingsubstanzen mit dem Ziel der Leistungssteigerung zurückzuführen sind. Denn Dopingsubstanzen sind für den Laien nicht immer als solche erkennbar. Überdies sollen die Warnhinweise die Argumentation von Sportlern entkräften, dass ihnen ein dopingrelevanter Inhalt des Arzneimittels nicht bekannt war sowie die Gesundheitsaufklärung von Sportlern verbessern.

Inwieweit die geplanten Gesetzesänderungen Wirkung zeigen werden, ist derzeit nur schwer abschätzbar. Ärzten, die Doping betreiben, drohen höhere Strafen, für Ärzte, die sich nicht daran beteiligen, erhöht sich jedenfalls die Sicherheit durch die anzubringenden Warnhinweise. Sinnvollerweise sieht der Gesetzesentwurf eine zeitnahe Evaluierung der Auswirkungen vor, um auf dieser Basis weitere Maßnahmen zur Bekämpfung des Dopings im Sport einzuleiten.

Das Gesetz zur Verbesserung der Bekämpfung des Dopings im Sport beinhaltet zwar gegenüber der bisherigen Rechtslage eine Reihe strafverschärfender Regelungen, geht jedoch das Grundproblem der mangelhaften Strafverfolgung durch Staatsanwaltschaften und Polizei nur ansatzweise an. Ursprünglich sollte dieses Problem durch die Einrichtung von Schwerpunktstaatsanwaltschaften oder Sonderermittlungsgruppen innerhalb der Staatsanwaltschaften gelöst werden. Umgesetzt wurde dies aber nur für den international organisierten ungesetzlichen Handel mit Dopingsubstanzen mit einer originären Zuständigkeit des Bundeskriminalamtes.

### ÄRZTLICHE SCHWEIGEPFLICHT BEI DOPING

Wie soll sich ein Arzt – sowohl nach altem Gesetz als auch nach neuem – verhalten, wenn er von Doping seines Patienten erfährt? Das Arzt-Patient-Verhältnis ist wesentlich durch die ärztliche Schweigepflicht geprägt. Deren Verletzung stellt ein berufs- und strafrechtlich relevantes Verhalten dar. Sie ist in § 9 der (Muster)-Berufsordnung für Ärzte (MBO-Ä) und im § 203 Strafgesetzbuch (StGB) festgelegt. Die Ausnahmen, in denen die ärztliche Schweigepflicht verletzt werden darf, haben Rechtssprechung und Gesetz eng begrenzt. Als Beispiel seien hier §§ 138-139 StGB genannt, nach denen auch Ärzte verpflichtet sind, bestimmte Straftaten anzuzeigen, wenn sie davon im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit Kenntnis erlangt haben: dazu zählen Vorbereitung des Angriffskrieges, Hochverrat, Landesverrat sowie Gefährdung der äußeren Sicherheit. Bei geplantem Mord oder Totschlag, Völkermord oder Verbrechen gegen die Menschlichkeit, Kriegsverbrechen, erpresserischem Menschenraub, Geiselnahme, Angriff auf Luft- und

Seeverkehr durch eine terroristische Vereinigung ist der Arzt ebenfalls verpflichtet, diese Kenntnis geeigneten Stellen zu offenbaren. Er bleibt möglicherweise straflos, wenn er sich ernsthaft bemüht hat, die Tat zu verhindern. Daneben kann den Arzt in weiteren gesetzlich bestimmten Fällen eine Offenbarungspflicht treffen. Diese reicht lediglich soweit, wie der Gesetzeszweck es jeweils erfordert (9), also beispielsweise das Sozialgesetzbuch VII und X oder das Infektionsschutzgesetz. Alle diese gesetzlich geregelten Offenbarungspflichten betreffen nicht den Bereich des Dopings. Wie aber steht es um die Schweigepflicht, wenn der Arzt von Dopingmaßnahmen erfährt?

### OFFENBARUNGSBEFUGNIS BEI HÖHERWERTIGEM RECHTSGUT

Es verbleibt für diese Problematik im Einklang mit den gesetzlichen Vorgaben die (Muster)-Berufsordnung für Ärzte, die es den Ärzten erlaubt, die Schweigepflicht zu brechen, auch wenn sie nicht von der Schweigepflicht entbunden worden sind, „soweit die Offenbarung zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist“ (§ 9, Abs. 2 MBO-Ä). Was bedeutet dies konkret für das Verhalten eines Arztes, wenn er von Doping eines Sportlers erfährt, den er betreut?

Ein „höherwertiges Rechtsgut“ liegt in der Regel nicht vor, wenn es um die Aufklärung eines Dopingvergehens geht. Diese Aufklärung ist zweifellos wünschenswert, aber in ihren Konsequenzen nicht als so bedeutend einzustufen, dass sie einen Bruch der ärztlichen Schweigepflicht rechtfertigen könnte. Schließlich gilt die Schweigepflicht als eine der Grundlagen ärztlichen Verhaltens und ist für das Vertrauen in den Berufsstand von zentraler Bedeutung. Eine gleiche Wertung wird auch bei ähnlichen Fällen angesetzt, so dass der Arzt zur Aufklärung von vergleichbaren Vergehen ebenfalls nicht die Schweigepflicht brechen muss (9).

Es kann jedoch Fälle geben, in denen mit Doping ein hohes, und damit eventuell „höherwertiges Rechtsgut“ als die Schweigepflicht bedroht ist, nämlich die unwillentliche oder gar unwillentliche körperliche Schädigung, eventuell verbunden mit Langzeitwirkungen. Dies wäre der Fall, wenn Doping an Kindern und Jugendlichen vorgenommen wird, bei Jugendlichen mit entsprechender geistigen Reife und Einsichtsfähigkeit dann, wenn dies ohne deren Verständnis oder Zustimmung oder gar gegen deren Willen geschieht. Der Arzt dürfte in diesen Fällen „befugt“ sein, die Schweigepflicht zu verletzen. Denn in dieser Situation werden Kinder oder Jugendliche konkret in ihrer körperlichen Gesundheit geschädigt und die Auswirkungen können ein Leben lang zu spüren sein. Die Erfahrungen mit dem systematischen Doping in der DDR auch bei Kindern und Jugendlichen belegen die zum Teil gravierenden Folgen. Kinder dürften zudem in der Regel nicht die nötige Einsichtsfähigkeit besitzen, die Tragweite der durch Dopingsubstanzkonsum entstehenden gesundheitlichen Gefahren zu überblicken. Insoweit kann von Freiwilligkeit nicht die Rede sein. Dies ist insbesondere der Fall, wenn Kinder und Jugendliche zum Doping gezwungen werden oder nur unzureichend aufgeklärt werden. Hier lässt sich durchaus von einem „höherwertigen Rechtsgut“ sprechen, das durch den Bruch der Schweigepflicht geschützt werden soll.

Allerdings bedarf es dazu der Urteilskraft im Einzelfall: Wenn ein knapp 18-jähriger Sportler vor einem Wettkampf im Breitensport etwas mehr Hustenmittel nimmt, als notwendig, um den

positiven Effekt von Ephedrin zu nutzen, ist der Bruch der Schweigepflicht wohl nicht zu rechtfertigen. Wenn jedoch Kinder, insbesondere unwissentlich oder gar unter Zwang, mit Hormonen behandelt werden, die lebenslange Folgeschäden erwarten lassen, lässt sich die Argumentation, hier soll mit dem Bruch der Schweigepflicht ein höherwertiges Rechtsgut geschützt werden, durchaus überzeugend anführen.

### KOMMUNIKATION INNERHALB EINER ABTEILUNG

Wie soll sich ein Arzt in einer Institution gegenüber seinen Kollegen und/oder Vorgesetzten verhalten, wenn er im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit von Doping bei einem Patienten erfährt? Die Musterberufsordnung führt im § 9, Abs. 4 MBO-Ä dazu aus: „Wenn mehrere Ärztinnen und Ärzte gleichzeitig oder nacheinander dieselbe Patientin oder denselben Patienten untersuchen oder behandeln, so sind sie untereinander von der Schweigepflicht insoweit befreit, als das Einverständnis der Patientin oder des Patienten vorliegt oder anzunehmen ist.“ (5).

Was folgt daraus? Erhält ein Arzt in seiner beruflichen Funktion personenbezogene Kenntnisse zum Doping eines oder mehrerer seiner Patienten, so fallen diese Kenntnisse unter die ärztliche Schweigepflicht. Der Arzt kann jedoch nach Ansicht der Autoren davon ausgehen, dass der Patient, indem er sich in die Behandlung des Arztes innerhalb einer Institution begibt, konkludent in die Besprechung seiner medizinischen Befunde einschließlich der Kenntnisse zum Doping mit den vorgesetzten Oberärzten oder Chefärzten, die dann ebenfalls der Schweigepflicht unterliegen, einwilligt, es sei denn, der Patient erklärt, dass er eine Besprechung seiner medizinischen Befunde oder eines Teils der medizinischen Befunde mit vorgesetzten Ärzten nicht wünscht.

### ARZT IN DER FUNKTION DES VERBANDSARZTES

Es sind zudem verschiedene Konstellationen denkbar, in denen der Arzt dem Patienten nicht in seiner klassischen Rolle als Therapeut begegnet und Kenntnis vom Gebrauch von Dopingsubstanzen erhält, so zum Beispiel als Verbandsarzt (10). Ihm kann in dieser Funktion bekannt werden, dass einer oder mehrere Sportler des von ihm betreuten Sportverbandes Dopingsubstanzen konsumieren. Wird Doping in dieser Situation vom Verband nicht aktiv bekämpft, so ist dem Verbandsarzt dringend anzuraten, seine Funktion aufzugeben. Der Arzt darf allerdings von sich aus auch als Verbandsarzt nicht die Schweigepflicht brechen, abgesehen von o.g. Konstellationen des Dopings bei Kindern und Jugendlichen. Welche Möglichkeit hingegen verbleibt den Verbänden?

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 (4). Es dürfte klar sein, dass damit der Verband die Startgenehmigung zurückziehen wird. Mit diesem Vorgehen hebt man die Problematik, wie Doping entdeckt wer-

den kann, ohne die ärztliche Schweigepflicht gegen den Willen des Sportlers zu brechen, auf die Ebene zwischen Sportler und Verband. Hier dürfen die Verbände ein Vertragsverhältnis vorgeben, in denen die Entbindung von der Schweigepflicht gefordert wird.

Diese, analog einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zum Versicherungsrecht geführte Argumentation (4) ist nicht unproblematisch, da sich das Verhältnis zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer vom Verhältnis Verband und Sportler in einem wesentlichen Punkt unterscheidet: Der Versicherungsnehmer hat im Unterschied zum Sportler die Möglichkeit, wenn er die vom Versicherer vor Vertragsabschluss geforderte Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht nicht vereinbaren möchte, mit einem anderen Versicherer einen Versicherungsvertrag abzuschließen, der eine weniger umfangreiche Entbindung fordert. Der Sportler wird diese Möglichkeit in der Regel nicht haben, da aufgrund des sog. „Ein-Platz-Prinzips“, der monopolistisch-hierarchischen Organisationsstruktur des Sports, in jeder Sportart zumeist nur ein Monopolverband besteht, dem sich der Sportler anschließen muss, um Wettbewerbe mit anderen Sportlern in dieser Sportart durchführen zu können. Der Sportler kann damit sein Selbstbestimmungsrecht nur bei der anfänglichen Auswahl der Sportart ausüben, ist dann jedoch faktisch vom jeweiligen Monopolverband abhängig. Dieser Ungleichgewichtslage kann die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts durch Begrenzung der Privatautonomie Schranken setzen (3).

Geht man jedoch davon aus, dass oberster Grundsatz jeder Sportausübung das Fairplay, der faire Wettbewerb zwischen Sportlern ist, so muss es Verbänden dem Grunde nach auch möglich sein, eine Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht von Sportlern im Falle des Dopings zu fordern. Nimmt der Sportler dann die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Verbandsarzt zurück, so muss es dann unter dem Gebot des Fairplay analog der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts im Versicherungsrecht möglich sein, dass der Verband die Startgenehmigung entzieht.

Dies entspricht auch dem politischen Willen, dass der Sport (also die Verbände) die dem Fairplay-Gedanken zuwider handelnden Personen, d.h. dopende Sportler, aus dem Sportsystem ausschließen soll. Anderenfalls bliebe den Verbänden keine andere Möglichkeit, die Verbandsärzte in den Anti-Doping-Kampf einzubeziehen. Wenn den Verbänden diese Aufgabe politisch zugewiesen wird und wenn andere Berufsgruppen zur medizinischen Betreuung nicht in Frage kommen, dann kann diese Aufgabe nur über eine vom Verband geforderte Entbindung des Arztes von der Schweigepflicht erfüllt werden. Folgende Argumentation unterstützt dieses Vorgehen und mindert den Einwand, der sich auf das Monopol der Verbände bezieht: Selbst wenn es mehrere Verbände gäbe, müssten alle daran interessiert sein, den Grundgedanken des Sports, das Fairplay-Prinzip, zu wahren, und allen Verbänden müssten Instrumente an die Hand gegeben werden, Doping wirksam zu bekämpfen.

#### ARZT ALS WISSENSCHAFTLER ODER GUTACHTER

Begegnet der Arzt einem Sportler in der Rolle eines Wissenschaftlers oder Gutachters, dann muss der Sportler vorab explizit über das wissenschaftliche Projekt bzw. die gutachterliche Tätigkeit des

Arztes aufgeklärt werden und sein Einverständnis erteilen, wem gegenüber und in welchem Umfang er den Arzt von der Schweigepflicht entbindet (9). In allen Rollen sind Standards der Professionalität zu wahren, so dass der Patient bzw. Sportler vorab weiß, in welcher Funktion ihm der Arzt gegenübertritt, was er an Schweigepflicht erwarten darf und wann er den Arzt davon entbunden hat.

#### ABBRUCH DES ARZT-PATIENTEN-VERHÄLTNISSSES WEGEN DOPINGS

Wie soll ein Arzt reagieren, wenn er von einem seiner Patienten erfährt, dass dieser ohne Beteiligung des Arztes Dopingmaßnahmen durchgeführt hat oder weiter durchführt? Die ärztliche Behandlung kann zwar vom Arzt mit Ausnahme der Notfallversorgung abgelehnt werden. Trotz dieser grundsätzlich bestehenden Vertragsabschlussfreiheit zwischen Arzt und Patient hat der Weltärztebund im Genfer Gelöbnis festgeschrieben (20):

„I WILL NOT PERMIT considerations of age, disease or disability, creed, ethnic origin, gender, nationality, political affiliation, race, sexual orientation, social standing or any other factor to intervene between my duty and my patient.“

Demnach soll sich der Arzt gegenüber seinem Patienten so verhalten, dass er sich unbesehen bestimmter Eigenschaften oder Verhaltensweisen des Patienten auf dessen Anfrage hin um dessen körperliches und seelisches Wohl bemüht. Das Arzt-Ethos schreibt ein eigenschaftsinvariantes Verhalten gegenüber dem Patienten vor, das auf dessen Wohl und Willen ausgerichtet ist. Insoweit ist die Ablehnung oder der Abbruch der Behandlung eines Patienten nur deshalb, weil dieser Dopingsubstanzen konsumiert oder in der Vergangenheit konsumiert hat, als problematisch anzusehen. Die Behandlung des Patienten sollte deswegen nicht regelhaft wegen Dopings abgelehnt oder abgebrochen werden, weil in diesem Falle allein ein Fehlverhalten zur Beendigung der Arzt-Patient-Beziehung führen würde. Dies wird in vergleichbaren Fällen auch nicht als Grund anerkannt. Ein Arzt sollte beispielsweise nicht aufgrund der Tatsache, dass jemand vorbestraft ist, ein Arzt-Patient-Verhältnis ablehnen. Eine konsequente Umsetzung würde zudem bedeuten, dass dopende Sportler von ärztlicher Betreuung ausgeschlossen wären. Dies wiederum wäre inakzeptabel und würde verhindern, dass Ärzte über die Risiken des Dopings aufklären. Ein Arzt sollte seinen Patienten grundsätzlich weiter medizinisch behandeln, auch wenn dieser Dopingsubstanzen einnimmt oder eingenommen hat. Er soll ihn aber unmissverständlich auf die Gefahren und die sportrechtlichen Aspekte dieses Vorgehens hinweisen; er sollte diese Hinweise dokumentieren und das Doping auf keinen Fall unterstützen.

Etwas anderes ergibt sich auch dann nicht, wenn der Patient dem Arzt als Kassenpatient gegenübertritt. Die Zulassung als Kassenarzt begründet zwar zugleich die Pflicht, an der kassenärztlichen Versorgung teilzunehmen. Diese beinhaltet auch die Pflicht, Kassenpatienten nach den gesetzlichen und vertraglichen Vorschriften in Erfüllung seiner öffentlich-rechtlichen Pflichten zu behandeln, siehe § 15 SGB V. Allerdings wird diese Regelung von der herrschenden Rechtsmeinung nicht dahingehend ausgelegt, dass zwischen Arzt und einzelner Kassenpatienten ein Kontrahierungszwang zum Abschluss eines Behandlungsvertrags besteht, sondern der Arzt auch in diesen Fällen die geforderte Behandlung ablehnen kann. Freilich bedarf es dazu einer Begrün-

dung, und die lässt sich nicht regelhaft allein mit dem Verweis auf Doping anführen.

Wann sollte ein Arzt-Patient-Verhältnis dennoch abgebrochen werden, wann überwiegen die Argumente für einen Abbruch? Die Behandlung kann dann abgelehnt oder abgebrochen werden, wenn der Patient eine Unterstützungshandlung des Arztes beim Doping wiederholt einfordert oder das Vertrauensverhältnis aus anderen Gründen gestört ist. Dies kann umso eher geschehen, als der Patient von einem anderen Arzt weiterbehandelt werden kann.

*Angaben zu finanziellen Interessen und Beziehungen, wie Patente, Honorare oder Unterstützung durch Firmen: Keine.*

## LITERATUR

1. **ALBERS T, URHAUSEN A, KINDERMANN W:** Internistische (nicht-kardiale) Langzeitschäden nach Einnahme von anabolen Steroiden bei Kraftsportlern. Dtsch Z Sportmed 52 (2001) 18.
2. **BAHRKE MS, YESALIOS CE, WRIGHT JE:** Psychological and behavioural effects of endogenous testosterone and anabolic-androgenic steroids. Sports Med 22 (1996) 367-390.
3. **BUNDESVERFASSUNGSGERICHT:** Beschluss vom 19.10.1993. AZ 1 BvR 567/89. NJW 1994, 36-39.
4. **BUNDESVERFASSUNGSGERICHT:** Urteil vom 23.10.2006. AZ 1 BvR 2027/02. MedR 2007, 351-354.
5. **DEUTSCHER ÄRZTETAG:** (Muster-) Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 – in der Fassung der Beschlüsse des 100. Deutschen Ärztetages 1997 in Eisenach, zuletzt geändert durch Beschluss des Vorstands der Bundesärztekammer in der Sitzung vom 24.11.2006. [http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.100.1143#\\_ftn2](http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.100.1143#_ftn2).
6. **DEUTSCHER BUNDESTAG:** Bundestags-Drucksache 1029/97, 25.
7. **DEUTSCHER BUNDESTAG:** Gesetz zur Verbesserung der Bekämpfung des Dopings im Sport. Bundesgesetzblatt 2007, Teil I, Nr. 54, 2510-2512.
8. **DURANT RH, ASHWORTH CS, NEWMAN C, RICKERT VI:** Stability of relationships between anabolic steroid use and multiple substance use among adolescents. J Adolesc Health 15 (1994) 111-116.
9. **LAUFS A, UHLENBRUCK W:** Handbuch des Arztrechts. 3. Auflage. C.H. Beck Verlag, München 2002.
10. **LÖLLGEN H:** Ein Rückschlag für die Sportmedizin? Dtsch Z Sportmed 58 (2007) 149-150.
11. **NIEMINEN MS, RAMO MP, VIITASALO M, HEIKKILA P, KARJALAINEN J, MANTYSAARI M, HEIKKILA J:** Serious cardiovascular side effects of large doses of anabolic steroids in weight lifters. Eur Heart J 17 (1996) 1576-1583.
12. **PARSSINEN M, SEPPALA T:** Steroid use and long-term health risks in former athletes. Sports Med 32 (2002) 83-94.
13. **STEINACKER JM:** Kampf gegen Doping – wo bleiben die Ziele? Dtsch Z Sportmed 58 (2007) 73.
14. **STRIEGEL H, SIMON P, FRISCH S, ROECKER K, DIETZ K, DICKHUTH HH, ULRICH R:** Anabolic ergogenic substance users in fitness-sports: A distinct group supported by the health care system. Drug Alcohol Depend 81 (2006) 11-19.
15. **STRIEGEL H, VOLKKOMMER G:** Die Legitimation von Dopingsanktionen. Eine kritische Stellungnahme am Beispiel von Medikamenten zur Asthmatherapie. SpuRt 11 (2004) 236-240.
16. **WIESING U:** Die ästhetische Chirurgie - eine Skizze der ethischen Probleme. ZfmE 52 (2006) 139-154.
17. **WIESING U:** Zur Verantwortung des Arztes. Frommann-Holzboog Verlag, Stuttgart-Bad-Cannstatt, 1995.
18. **WORLD ANTI-DOPING AGENCY (WADA):** The 2009 Prohibited List International Standard. Montreal 2008. [www.wada-ama.org](http://www.wada-ama.org).
19. **WORLD ANTI-DOPING AGENCY (WADA):** Therapeutic use exemptions. Montreal, 2008. [www.wada-ama.org](http://www.wada-ama.org).
20. **WORLD MEDICAL ASSOCIATION:** Declaration of Geneva. 14.10.2006. <http://www.wma.net/e/policy/c8.htm>.
21. **YESALIS CE, KENNEDY NJ, KOPSTEIN AN, BAHRKE MS:** Anabolic-androgenic steroid use in the United States. JAMA 270 (1993) 1217-1221.

**Korrespondenzadresse:**

**Priv.-Doz. Dr. med. habil. Dr. iur. Heiko Striegel**  
**Medizinische Universitätsklinik Tübingen**  
**Abteilung Sportmedizin**  
**Silcherstraße 7**  
**72076 Tübingen**  
**E-Mail: [heiko.striegel@med.uni-tuebingen.de](mailto:heiko.striegel@med.uni-tuebingen.de)**