

Zurück zur paritätischen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung?

WOLFRAM F. RICHTER

Prof. em. Dr. Dr. h.c.
Wolfram F. Richter, TU
Dortmund, ist Mitglied im
Wissenschaftlichen Beirat
beim Bundesministerium der
Finanzen

Alle Länder haben mit steigenden Gesundheitsausgaben zu kämpfen – Deutschland stellt hier keine Ausnahme dar. Durch das Festschreiben des Arbeitgeberanteils auf 7,3 Prozent belasten alle Ausgaben, die den Beitragssatz weiter ansteigen lassen, einseitig die Arbeitnehmer. Die Oppositionsparteien fordern ebenso wie die SPD-Bundestagsfraktion die Rückkehr zur paritätischen Finanzierung in der GKV. Diese hieße indessen, die Weichen für die Zukunft falsch zu stellen, und wäre nicht nur aus ökonomischen, sondern auch aus gesellschaftspolitischen Gründen ein Fehler. Statt nach Wegen zu suchen, die steigenden Gesundheitsausgaben auf Dritte abzuwälzen, sollte die Politik stärker die Ursachen der Ausgabenbeschleunigung bekämpfen.

Mit wachsenden Ausgaben für Gesundheit haben alle Länder zu kämpfen. Insofern stellt Deutschland keine Ausnahme dar. Die deutsche Gesundheitspolitik kann sich eher noch zugutehalten, dass die Ausgabenentwicklung seit der Jahrtausendwende schwächer verlaufen ist als in der OECD. Während die Ausgaben im OECD-Durchschnitt von 7,2 Prozent des BIPs in 2000 um 1,7 Punkte auf 8,9 Prozent in 2013 zulegten, stieg die deutsche Quote im gleichen Zeitraum lediglich um 1,2 Punkte auf 11,0 Prozent in 2013.¹ In jüngerer Zeit mehren sich indessen die Anzeichen für eine mögliche Trendwende. Ein Indikator ist der durchschnittliche Zusatzbeitrag in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Lag dieser 2015 noch bei 0,9 Prozent, ist er bereits 2016 auf 1,1 Prozent gestiegen und dürfte er nach den Prognosen des GKV-Spitzenverbands bis 2019 auf 1,8 Prozent klettern.²

Solche Prognosen haben die Politik auf den Plan gerufen. Die Oppositionsparteien im Bundestag finden es nicht akzeptabel, dass die Zuwächse allein zu Lasten der gesetzlich versicherten Arbeitnehmer gehen. Früher sei das anders gewesen. Da teilten sich Arbeitnehmer und Arbeitgeber die Beiträge hälftig. Erst 2005 wurde von der paritätischen Finanzierung abgewichen, und zwar dadurch, dass ein Sonderbeitragssatz von 0,9 Prozent eingeführt wurde, der nur noch von den Arbeitnehmern zu entrichten war. Mit dem GKV-Finanzierungsgesetz von 2011 wurde schließlich der Arbeitgeberanteil

1 <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-expenditure.htm>. Ein Beispiel für besonders starkes Wachstum liefern die Niederlande. Dort stieg die BIP-Quote von 7,0 Prozent in 2000 um satte 4,1 Punkte auf 11,1 Prozent in 2013.

2 So die Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbands, Doris Pfeiffer, in einem Interview mit „Die Welt“ vom 21. Januar 2016.

auf 7,3 Prozent festgeschrieben.³ Seitdem belasten alle Ausgaben, die den Beitrags-satz weiter ansteigen lassen, einseitig die Arbeitnehmer. Nicht nur die Oppositionsparteien fordern die Rückkehr zur paritätischen Finanzierung in der GKV, auch die SPD-Bundestagsfraktion plädiert dafür.⁴ Man hat sogar die Zustimmung zur überfälligen Anpassung der Gebührenordnung für Ärzte von der Rückkehr zur paritätischen Finanzierung abhängig gemacht.⁵

Die Rückkehr zur paritätischen Finanzierung hieße indessen, die Weichen für die Zukunft falsch stellen. Die Orientierung an einer früheren Finanzierungspraxis und der Appell an die Solidarität der Arbeitgeber liefern dafür keine überzeugende Rechtfertigung. Der medizinisch-technische Fortschritt und der demografische Wandel sind schließlich gesellschaftliche Herausforderungen, die sich nicht mit einer Orientierung an vergangener Praxis bewältigen lassen. Und mit einem Appell an die Solidarität der Arbeitgeber lassen sich auch nicht die Gesetze des Arbeitsmarktes außer Kraft setzen. Beiträge zur Sozialversicherung sind nun mal Lohnkosten, die sich nicht einfach ohne Gefährdung der Beschäftigung anheben lassen.

Statt nach Wegen zu suchen, die steigenden Gesundheitsausgaben auf Dritte abzuwälzen, sollte die Politik stärker die Ursachen der Ausgabenbeschleunigung bekämpfen. Internationale Vergleiche nähren schließlich den Verdacht, dass es bei den deutschen Gesundheitsausgaben beachtliche Einsparpotenziale gibt, die mobilisiert werden könnten, ohne dass der medizinische Nutzen Schaden nehmen müsste. Allerdings müssten für entsprechende Steigerungen der Nutzen-Kostenrelationen die Gesundheitsprozesse besser gemanagt werden, was ohne ordnungspolitische Reformen kaum möglich erscheint. In Deutschland sind für das Management der Gesundheitsprozesse die Politik sowie die medizinischen Leistungserbringer bzw. deren Vereinigungen zuständig. Diese herkömmliche Zuständigkeitsverteilung ist einer Hebung von Effizienzreserven aus folgenden Gründen eher hinderlich.

Von Leistungserbringern, insbesondere Ärzten, kann und sollte man nicht erwarten, dass sie ihr Tun an Nutzen-Kostenüberlegungen ausrichten. Es widerspräche nicht nur ihrem Berufsethos, sondern auch

ihrem Erwerbssinn. Von der Politik sollte man das Streben nach Effizienz zwar eher erwarten dürfen, die Lebenserfahrung spricht indessen dagegen. Zu viele und zu offenkundige Quellen von Ineffizienz gibt es, ohne dass die Politik Anstrengungen erkennen lassen würde, diese zu beseitigen. Als Beispiele seien genannt: das nicht mehr zeitgemäße und teure Apothekenmonopol beim Medikamentenvertrieb, die zögerliche Durchsetzung elektronischer Kommunikationsmittel in gesundheitsrelevanten Fragen, das wenig geregelte Nebeneinander von niedergelassenen Fachärzten und ambulanter Krankenhausversorgung sowie die überhöhten

Statt nach Wegen zu suchen, die steigenden Gesundheitsausgaben auf Dritte abzuwälzen, sollte die Politik stärker die Ursachen der Ausgabenbeschleunigung bekämpfen.

Kapazitäten im Krankenhausbereich. Zu Letzteren seien ein paar Zahlen genannt.⁶

Nach OECD-Daten von 2013 hält Deutschland 8,3 Krankenhausbetten pro 1000 Einwohner vor, während die Schweiz mit 4,7, die USA mit 2,9 und Schweden gar nur mit 2,6 Betten auskommen.⁷ Die Zahl der Behandlungen pro 1000 Einwohner liegt hierzulande um 63% über dem OECD-Durchschnitt und wird nur noch in Österreich übertroffen. In verschiedenen Bereichen von stationären Eingriffen (z.B. perkutane Koronarinterventionen, Leistenbrüche, künstliche Hüften, brusterhaltende Operationen) ist Deutschland Spitzenreiter.⁸ Die OECD konzidiert, dass das deutsche Niveau der Krankenhausleistungen dasjenige vieler anderer OECD-Ländern traditionell übersteigt, und zwar in einem Maße, das nicht durch Unterschiede in der Demografie, der Morbidität und der sozialen Präferenz für freien Zugang zu den Einrichtungen zu erklären ist. Sie sieht sich gleichwohl veranlasst, vor der Gefahr zu warnen, dass sich in Deutschland Fehlanreize für eine Überversorgung und ein Überangebot an Krankenhausleistungen verfestigen könnten.⁹

Als Schlüssel zu einem Gesundheitswesen, das eine medizinisch hochwertige Versorgung kostengünstig und also effizient ermöglicht, gilt international

ein wettbewerblich organisiertes Versorgungsmanagement. Es basiert auf der Idee, Arzt- und Therapiewahl auf freiwilliger Basis einzuschränken. Nach Untersuchungen aus der Schweiz lassen sich mit Hilfe eines solchen Versorgungsmanagements Kosteneinsparungen von 20 bis 37% erzielen, und zwar ohne Einbußen beim medizinischen Nutzen.¹⁰ Im Umfang der genannten Prozentzahlen sind getätigte Ausgaben als Ressourcenverschwendung bzw. als Leistungen zu deuten, die Nutzen stiften, ohne medizinisch notwendig zu sein, und die in diesem Sinne Komfort darstellen. Versorgungsmanagement ist im deutschen Gesundheitswesen völlig unterentwickelt. In der PKV gibt es allenfalls bescheidene Ansätze.¹¹ In der GKV hat der Gesetzgeber mit der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V und der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V zwar einen rechtlichen Rahmen geschaffen, bei dessen Ausfüllung es aber ein Vollzugsdefizit gibt.

Erfahrungsgemäß ist es ein mühsames Geschäft, Effizienzsteigerungen mit Hilfe politisch-bürokratischer Steuerung durchzusetzen. Das liegt daran, dass jeder politische Eingriff den Widerstand nachteilig betroffener und meist kleiner Gruppen hervorruft, während sich die Vorteile auf breite Bevölkerungskreise verteilen. Diese Asymmetrie spricht dafür, wettbewerbliche Prozesse zu nutzen, um Effizienzsteigerungen im Allgemeinen und im Gesundheitswesen im Besonderen durchzusetzen. Der Wettbewerb fördert Innovationstätigkeit, indem er diejenigen belohnt, die es schaffen, Leistungsangebo-

3 <https://www.vdek.com/politik/gesetze/beitragssatz.html>

4 http://www.spdfraktion.de/sites/default/files/beschluss_gesundheit.pdf

5 Süddeutsche Zeitung, 19./20. März, S. 7.

6 OECD, 2015, Health Statistics – Frequently Requested Data. Die genannten Zahlen beziehen sich auf das Jahr 2013 bzw. im Fall der USA auf das Jahr 2012.

7 In einem Interview mit der Neuen Osnabrücker Zeitung vom 11. März 2016 streicht die Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbands, Doris Pfeiffer, heraus, dass es „gerade in den Ballungsregionen zu viele Kliniken“ gebe.

8 OECD, 2013, Managing hospital volumes – Germany and experiences from OECD countries.

9 Ebenda, Executive Summary.

10 Leu, R. E., F. Rutten, W. Brouwer, C. Rütschi und P. Matter, 2008, The Swiss and the Dutch Health Care Systems Compared: A Tale of Two Systems, Nomos Verlag, Baden-Baden, S. 114.

11 Ein Beispiel ist der Select-Tarif der HUK-Coburg.

te kostengünstiger und nachfragegerechter zu erbringen. Aufgabe der Politik wäre es, die notwendigen Voraussetzungen zu schaffen.

Eine dieser notwendigen Voraussetzungen besteht darin, den Krankenversicherungen das Recht zu gewähren, mit medizinischen Leistungserbringern Preise und Mengen selektiv zu vereinbaren. Das Recht zu einer derartigen selektiven Kontrahierung ist die Voraussetzung für eine Tarifpolitik, die es den Versicherungsgebern erlaubt, den Versicherungsnehmern differenzierte Leistungsangebote zu machen. Gegenstand der Differenzierung könnten Einschränkungen im Bereich freiwilliger Leistungen sein, vor allem aber bei der freien Arztwahl und beim Management der Leistungsprozesse. Entsprechende „Select-Tarife“ haben sich im Ausland bewährt, und es ist nicht nachvollziehbar, warum es sie in der GKV nicht geben soll. Auch einer deutschen Krankenversicherung sollte es gestattet sein, ihren Versicherten Tarife anzubieten, in denen akzeptierte Einschränkungen im Leistungsangebot durch Beitragsnachlässe kompensiert werden.

Allerdings müsste man für die Ermöglichung von Select-Tarifen zuvor den gesundheitlichen Sicherstellungsauftrag neu regeln. Die Sicherstellung hätte nicht länger bei den Kassenärztlichen Vereinigungen zu liegen, sondern bei den Versicherungen. Ein Versicherungstarif wäre nur dann genehmigungsfähig, wenn der Versicherungsanbieter den Versicherungsnehmern garantieren kann, dass sie stets innerhalb vorgegebener Erreichbarkeitsfristen Zugang zu der medizinisch notwendigen Behandlung erhalten. Diese Vorgabe würde die Versicherungen zwingen, ein flächendeckendes Netzwerk von Behandlungsverträgen zu knüpfen und den gesundheitlichen Sicherstellungsauftrag auf vertraglicher Basis zu erfüllen.

Die zweite Voraussetzung für ein wettbewerblich organisiertes Versorgungsmanagements betrifft die Bemessung der Zusatzbeiträge bzw. Boni, mit denen die Tarifwahl durch die Versicherten gesteuert wird. Den Krankenversicherungen müsste es gestattet sein, den Versicherungsnehmern als Ausgleich für eine kostengünstige Tarifwahl Boni in festen Eurobeträgen zu erstatten, und zwar pauschal und unabhängig von den Beiträgen, die individuell und lohnbezogen an die GKV entrichtet

wurden. Diese Möglichkeit war zentraler Bestandteil des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes, das 2007 von der ersten Großen Koalition in Kraft gesetzt wurde und das 2009 zur Einrichtung des Gesundheitsfonds führte. Allerdings wurde

Die Rückkehr zur paritätischen Finanzierung würde die beitragsstechnische Ungleichbehandlung von privat und gesetzlich Versicherten verschärfen.

die Möglichkeit nie mit der gebotenen Konsequenz umgesetzt und mit Beginn des Jahres 2015 von der derzeit regierenden Großen Koalition aus ökonomisch wenig überzeugenden Gründen auch gleich wieder abgeschafft. Die Bedeutung der Forderung lässt sich am besten an Hand von Zahlen erhellen. Deren Auswahl soll sich an solchen orientieren, die für die GKV derzeit gültig sind. Der besseren Verständlichkeit wegen wird allerdings mit gerundeten Zahlen argumentiert.

Entsprechend sei angenommen, dass der beitragspflichtige Monatslohn eines durchschnittlich verdienenden GKV-Mitglieds 2.000 Euro beträgt und dass der Arbeitnehmer zusammen mit dem Arbeitgeber 16 Prozent von dieser Summe bzw. 320 Euro als Beitrag entrichtet. (Effektiv beträgt der durchschnittliche Beitragssatz derzeit 15,7 Prozent, und die monatlichen Beitragseinnahmen je Mitglied betrugen 319 Euro in 2014.) Unterstellt sei ferner, dass sich mit geeignetem Gesundheitsmanagement 25 Prozent der GKV-Ausgaben einsparen lassen. Ein entsprechend ausgestalteter Select-Tarif müsste folglich mit einem Beitrag von 240 Euro bzw. 75 Prozent von 320 Euro auskommen, wenn dennoch alle medizinisch notwendigen Ausgaben gedeckt werden sollen. Dafür würde ein Beitragssatz von 12 Prozent reichen. Der Wettbewerbsdruck würde die durchschnittliche Versicherung dazu zwingen, ihren Mitgliedern das Angebot zu machen, sich dem Gesundheitsmanagement zu unterwerfen und die damit zusammenhängenden Einschränkungen auf das medizinisch Notwendige zu akzeptieren und im Gegenzug einen Bonus von 80 Euro zu kassieren.

Diesen Bonus von 80 Euro würde ein Versicherungsnehmer bei Wahl des Se-

lect-Tarifs selbst dann erhalten, wenn er lediglich 1.000 Euro monatlich verdiente. Er würde im Umfang von 80 Euro auf Leistungen im Krankheitsfall verzichten, die medizinisch gesehen Verschwendung oder Komfort darstellen, und er würde im Gegenzug über 80 Euro zusätzliches Einkommen verfügen.

Die Tatsache, dass entsprechende Select-Tarife in der GKV nicht angeboten werden, ist nicht nur dem Umstand geschuldet, dass die gesetzlichen Krankenversicherungen mit den medizinischen Leistungserbringern nicht selektiv kontrahieren dürfen. Es ist auch dem Umstand geschuldet, dass es den Versicherungen nicht gestattet ist, Boni in festen Eurobeträgen auszuloben. Nach derzeitigem Recht können die Versicherungen lediglich den lohnbezogenen Zusatzbeitrag reduzieren. Das macht es aber für die Versicherungen unattraktiv, Select-Tarife anzubieten. Sie antizipieren, dass gerade die Bezieher kleiner Einkommen, die in anderen Lebensbereichen für Sonderangebote besonders empfänglich sind, bei lohnbezogener Verbeitragung wenig Interesse für Select-Tarife entwickeln.¹²

Das soll am Beispiel eines Versicherten verdeutlicht werden, der die Hälfte des Durchschnittsverdieners verdient und also lediglich 1.000 Euro pro Monat. Dieser Versicherte müsste nach Abzug des Arbeitgeberbeitragsatzes $16 - 7,3 = 8,7$ Prozent bzw. 87 Euro für den Normaltarif und $12 - 7,3 = 4,7$ Prozent bzw. 47 Euro für den Select-Tarif zahlen. Dem Beitragsnachlass von 40 Euro stünde ein Verzicht auf medizinisch nicht notwendige Leistungen von 80 Euro gegenüber. Das ist ein klares Missverhältnis. Es macht verständlich, warum Versicherte mit kleinem Einkommen unter den herrschenden Bedingungen kein großes Interesse an Select-Tarifen zeigen. Im Gegenteil, es kommt ihnen entgegen, wenn der Katalog der Leistungen, der über den Normaltarif abgedeckt wird,

¹² Die verzerrende Wirkung, die eine lohnbezogene Verbeitragung auf die Nachfrage nach Versicherung hat, ist in der Literatur verschiedentlich problematisiert worden. Stellvertretend seien genannt: Wiss. Beirat beim BMF, 2004, Nachhaltige Finanzierung der Renten- und Krankenversicherung, Gutachten; Wolfram F. Richter, 2005, Gesundheitsprämie oder Bürgerversicherung? Ein Kompromissvorschlag, Wirtschaftsdienst, S. 693-697; Wiss. Beirat beim BMWi, 2006, Mehr Wettbewerb im System der Gesetzlichen Krankenversicherung, Gutachten; Wolfram F. Richter, 2013, Pyrrhussieg bei der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung, Gesundheits- und Sozialpolitik, S. 15 – 19.

ausgeweitet wird. Als Versicherte, die die Hälfte des Durchschnittsverdieners verdienen, zahlen sie bei einem lohnbezogenen Beitrag lediglich die Hälfte der Kosten, die zusätzliche Leistungen verursachen.

Die Entscheidung zwischen Normal- und Select-Tarif würde bei Rückkehr zur paritätischen Finanzierung noch stärker verzerrt. Bei paritätischer Finanzierung würde der Arbeitgeber beim Normaltarif 8 Prozent beisteuern und beim Select-Tarif 6 Prozent. Der Versicherungsnehmer mit 1.000 Euro Monatseinkommen hätte 80 Euro für den Normaltarif und 60 Euro für den Select-Tarif zu zahlen. Dem Verzicht auf medizinisch nicht notwendige Leistungen im Umfang von 80 Euro stünde lediglich ein Beitragsnachlass von 20 Euro gegenüber. Das Missverhältnis im Preis-Leistungsverhältnis wäre noch krasser als bei eingefrorenem Arbeitgeberbeitragsatz von 7,3 Prozent. Versicherte, die die Hälfte des Durchschnittsverdieners verdienen, würden bei paritätischer Finanzierung lediglich ein Viertel jener Kosten zu tragen haben, die zusätzliche Leistungen verursachen.

Die Rückkehr zur paritätischen Finanzierung der GKV hätte also die fatale Wirkung, den Zug in Richtung gesetzlich finanzierter Komfortmedizin zu beschleunigen. Es ist ja davon auszugehen, dass der medizinisch-technische Fortschritt das Angebot an medizinisch nicht notwendigen Gesundheitsleistungen stetig wachsen lässt. Die Fantasie der Leistungserbringer wird diese Entwicklung sogar befördern, und die Alterung der Bevölkerung wird die Nachfrage auf natürliche Weise steigen lassen. Eine solche Entwicklung sollte man nicht durch falsche Beitragspolitik künstlich anheizen. Der Komplex der medizinisch nicht notwendigen Leistungen wird nur dann nicht zu einer Wohlbürde, wenn es gelingt, die verursachten Kosten den Nutznießern anzulasten. Die ethischen Argumente, die bei dem medizinisch Notwendigen für eine solidarische und lohnbezogene Kostentragung sprechen, sind jedenfalls auf medizinisch nicht notwendige Leistungen nicht anwendbar. Ausgaben, die medizinisch nicht geboten sind, müssen als freiwillig begriffen werden, und für freiwillige Ausgaben sollte stets der Nutznießer selbst aufkommen müssen. Das bedeutet für die Krankenversicherung, dass es rechtlich möglich sein muss, dass ein Versicherungsnehmer einen Zusatzbeitrag von 80 Euro zu zahlen hat, wenn er sich für einen Tarif entscheidet, der medizinisch nicht notwendige Zusatzleistungen im Wert

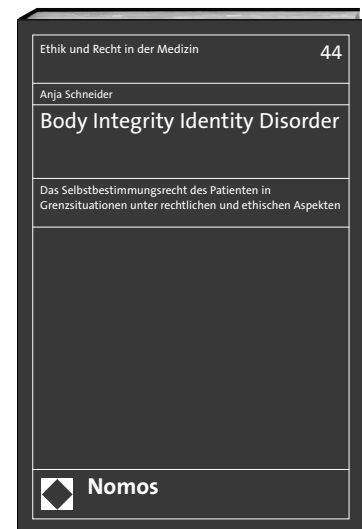
von 80 Euro verspricht. Vor diesem Hintergrund würde die Rückkehr zur paritätischen Finanzierung der GKV die Weichen im Gesundheitswesen falsch stellen.

Die Rückkehr zur paritätischen Finanzierung wäre nicht nur aus ökonomischen, sondern auch aus gesellschaftspolitischen Gründen ein Fehler. Und zwar würde die Rückkehr die beitragsstechnische Ungleichbehandlung von privat und gesetzlich Versicherten verschärfen und die Einführung einer echten Bürgerversicherung im Sinne bürgerlicher Gleichbehandlung schwieriger machen als sie so schon ist.¹³ Das kann gesellschaftspolitisch nicht gewollt sein. Diese verhängnisvolle Wirkung sei durch die Gegenüberstellung eines gesetzlich versicherten Arbeitnehmers mit einem privat versicherten Selbständigen verdeutlicht.

Der gesetzlich versicherte Arbeitnehmer würde bei Rückkehr zur paritätischen Finanzierung seinen Beitrag an die GKV nicht nur lohnbezogen entrichten, der Arbeitgeber würde auch noch die Hälfte des vollen Beitrags übernehmen. Der privat versicherte Selbständige würde demgegenüber seinen Beitrag an die PKV einkommensunabhängig entrichten und ohne jede Bezuschussung durch Dritte. In einer Bürgerversicherung, die sowohl den Arbeitnehmer als auch den Arbeitgeber diskriminierungsfrei versichert, müsste ein Kompromiss zwischen den beiden Verbeitragsformen gefunden werden. Das hieße, dass entweder die Versicherung des Selbständigen bezuschusst oder aber die Bezuschussung der Arbeitnehmerversicherung aufgegeben werden müsste. Beides hätte für die Betroffenen so gravierende Einkommenswirkungen, dass die Einführung der Bürgerversicherung politisch kaum mehr durchsetzbar erscheint. Die Einführung wäre leichter zu bewerkstelligen, wenn die gesetzlich Versicherten Zusatzbeiträge allein und lohnunabhängig zahlten, so wie es der Idee des Gesundheitsfonds entsprach. Dann müsste bei der Einführung der Bürgerversicherung nur noch ein Kompromiss zwischen einkommensunabhängigen Beiträgen der Selbständigen und lohnunabhängigen Zusatzbeiträgen der gesetzlich Versicherten gefunden werden. Eine entsprechende Kompromissfindung wäre politisch noch immer nicht einfach. Sie wäre aber in jedem Fall leichter als bei Rückkehr zur paritätischen Finanzierung der GKV. ■

¹³ Vgl. hierzu Wolfram F. Richter, 2013, Pyrrhussieg, a.a.O.

Der Wille des Patienten Hinreichende Legitimation für den Arzt?



Body Integrity Identity Disorder

Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten in Grenzsituationen unter rechtlichen und ethischen Aspekten

Von Dr. Anja Schneider

2016, 309 S., brosch., 79,- €

ISBN 978-3-8487-2949-4

eISBN 978-3-8452-7341-9

(Ethik und Recht in der Medizin, Bd. 44)

nomos-shop.de/26951

Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten ist eine notwendige, aber nicht unbedingt hinreichende Bedingung für die Legitimität ärztlichen Handelns. Am Beispiel Body Integrity Identity Disorder wird der Frage nachgegangen, unter welchen Prämissen Ärzte straflos ein gesundes Körperteil amputieren dürfen.

 Nomos
eLibrary

 **Nomos**