

Leitsätze über die Kooperation von Krankenhaus und Praxis

Der Ausschuß „Krankenhaus und Praxis“ der Bundesärztekammer hatte bereits für den letzten Ärztetag im Oktober 1973 den Entwurf von „Leitsätzen über die Zusammenarbeit zwischen den Ärzten im Krankenhaus und in freier Praxis“ vorgelegt. Sie fassen die Vorstellungen über die Reform des Belegarztwesens und die persönliche Beteiligung von Krankenhausärzten an der ambulanten Betreuung der Versicherten in Thesenform zusammen. Sie enthalten außerdem eine Reihe von praktischen Vorschlägen, wie die alltägliche Zusammenarbeit zwischen den Ärzten im Krankenhaus und den niedergelassenen Ärzten besser als bisher ge-

staltet werden kann; im einzelnen werden dafür konkrete Hilfsmittel vorgeschlagen.

Nachdem der 76. Deutsche Ärztetag diese Kooperationsleitsätze „dem Grunde nach“ gebilligt hat, wurden sie vom Ausschuß im Berichtszeitraum noch einmal im Hinblick auf dazu vorgetragene Anregungen und Änderungsanträge der Delegierten und Präsidiumsmitglieder überprüft. Als Ergebnis dieser Beratungen wurden redaktionelle Änderungen und Ergänzungen vorgenommen. Die vom Vorstand endgültig gebilligte Fassung wird dem 77. Deutschen Ärztetag im Rahmen der gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft erneut vorgelegt.

Diese Auffassung der Bundesärztekammer wurde durch ein Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 25. November 1971 bestätigt. Das Bundesverwaltungsgericht hat in dieser Entscheidung ebenfalls zum Ausdruck gebracht, daß auch die Regelungen in den Beitragsordnungen der Landesärztekammern, welche die Beitragsstaffelung je nach Art der beruflichen Tätigkeit und Stellung sowie der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Arztes vorsehen, sachgerecht sind.

Jeder Sanitätsoffizier ist also Mitglied der örtlich zuständigen Landesärztekammer mit den sich daraus ergebenden Rechten und Pflichten.

Ein Urteil gleichen Inhalts, die Mitgliedschaft von Medizinalbeamten betreffend (für die hier erörterte Frage aber ebenfalls von großer Bedeutung), hatte einen Medizinalbeamten veranlaßt, Verfassungsbeschwerde beim Bundesverfassungsgericht einzulegen. Das Bundesverfassungsgericht hat durch Beschluß vom 16. Juli 1973 diese Verfassungsbeschwerde nicht zur Entscheidung angenommen, weil sie keine hinreichende Aussicht auf Erfolg hat.

VIII. Ärzte in der Bundeswehr und im Zivilschutz

Seit Gründung der Bundeswehr wendet die Bundesärztekammer dem Sanitätswesen und insbesondere der ärztlichen Versorgung der Soldaten besondere Aufmerksamkeit zu. Auch die Entwicklung des Zivilschutzes der Bevölkerung wird von der Standesorganisation ständig beobachtet. Zur Beratung der anfallenden Fragen des Sanitätswesens der Bundeswehr und der ärztlichen Versorgung der zivilen Bevölkerung berief der Vorstand der Bundesärztekammer einen Ausschuß und eine Ständige Konferenz „Sanitätswesen in der Bundeswehr und Zivilschutz“, die unter dem Vorsitz von Dr. Degenhard, dem Präsidenten der Landesärztekammer Baden-Württemberg, stehen.

ner mit den Inspektionen für Heer, Luftwaffe und Marine gleichberechtigten Sanitätsinspektion entspricht dem Wunsch und den seinerzeitigen intensiven politischen Bemühungen der ärztlichen Standesorganisation. Seit dem 1. Oktober 1972 leitet Admiraloberstabsarzt Dr. Stemann die Inspektion des Sanitäts- und Gesundheitswesens der Bundeswehr. Der Ausschuß und die Ständige Konferenz „Sanitätswesen in der Bundeswehr und Zivilschutz“ sind bemüht, alle die Standesorganisationen und die Bundeswehr gemeinsam betreffenden Fragen im Zusammenwirken mit der von ihm geleiteten Sanitätsinspektion zu lösen. Das gleiche gilt für die Bundesministerien, denen die Beratung der mit dem Zivilschutz zusammenhängenden Fragen übertragen ist.

3. Ärztliche Versorgung der Bundeswehr

Seit Aufstellung der Bundeswehr gibt es nicht unerhebliche Schwierigkeiten, den Bedarf an aktiven Sanitätsoffizieren zu decken. Sie sind auch heute noch nicht behoben. Die Ursachen hierfür liegen nicht in einem allgemeinen Mangel an Ärzten, sondern sind strukturell bedingt. Die Bundesärztekammer hat daher in der Vergangenheit stets empfohlen, zur Beseitigung der Schwierigkeiten die Bedingungen für die Tätigkeit der Sanitätsoffiziere den allgemeinen Gegebenheiten des ärztlichen Arbeitsmarktes entsprechend zu gestalten. Es besteht Grund zu der Annahme, daß auch die Bundeswehr ihren Bedarf an Sanitätsoffizieren decken könnte, wenn sie diesen Grundsatz berücksichtigen würde.

Das Verteidigungsministerium hat in der Vergangenheit einige Versu-

1. Zusammenarbeit mit der Sanitätsinspektion und dem Zivilschutz

Die derzeitige besondere Stellung des Sanitätswesens und der ärztlichen Versorgung der Soldaten der Bundeswehr durch Errichtung ei-

2. Kammermitgliedschaft von Sanitätsoffizieren

Da der Sanitätsoffizier bei seiner Berufsausübung Arzt bleibt, ist er auch Mitglied der für ihn jeweils zuständigen Landesärztekammer.

che in dieser Richtung unternommen; die getroffenen Maßnahmen waren offensichtlich jedoch noch nicht ausreichend. Durch die Einführung einer widerruflichen nicht ruhegehaltsfähigen Zulage in Höhe von 350 DM verbesserte sich die finanzielle Situation der Sanitätsoffiziere. Diese Verbesserung ist wahrscheinlich auch als Grund dafür anzusehen, daß mehr junge Ärzte sich entschlossen, Berufs-Sanitätsoffiziere zu werden. Die Gesamtzahl dieser Offiziere erhöhte sich jedoch nur wenig, da viele aktive Sanitätsoffiziere in der Zwischenzeit die Altersgrenze erreichten. Die ärztliche Versorgung der Soldaten kann nur dadurch sichergestellt werden, daß seit mehreren Jahren im Grundwehrdienst stehende Kollegen truppenärztlichen Dienst versehen. Anfang April 1974 standen 1011 länger dienenden Sanitätsoffizieren (Berufs- oder Zeitoffizieren) 1296 Sanitätsoffiziere im Grundwehrdienst gegenüber. Damit ist mehr als die Hälfte aller Sanitätsoffiziere der Bundeswehr nur kurzfristig im Rahmen der Streitkräfte tätig.

Bemühungen zur Behebung des Personalmangels

Seit Jahren vergibt die Bundeswehr Stipendien zur Förderung ihres Sanitätsoffiziersnachwuchses. Allerdings wird diese Maßnahme erst in einigen Jahren eine merkliche Entlastung der angespannten Personalsituation bringen. Zur Zeit werden 284 Stipendiaten gefördert.

Am 1. Oktober 1969 wurde die neue Laufbahn des aktiven Sanitätsoffiziers geschaffen. Während bisher nur approbierte Ärzte in den Dienst als Sanitätsoffiziere eingestellt wurden, kann sich jetzt schon ein Abiturient verpflichten, diese Laufbahn einzuschlagen. Voraussetzung für die Einstellung ist unter anderem ein Reifezeugnis, das eine Zulassung zum Medizinstudium auch unter den erswerenden Bedingungen des derzeitigen Numerus clausus mit Sicherheit erwarten läßt. Gegenwärtig studieren 317 Mediziner im Bundeswehrdienst, weitere 16 absolvieren als Sanitätsoffizieranwärter ihre Medizinalassistentenzeit.

Nach dem Staatsvertrag zwischen den Bundesländern über die Vergabe von Studienplätzen, über den an anderer Stelle näher berichtet wird, haben die Länder vorgesehen, jährlich zwei Prozent der Studienplätze für Medizin den Studienbewerbern vorzubehalten, die sich verpflichten, nach der Approbation als Berufssanitätsoffiziere tätig zu werden.

In dem Weißbuch der Bundesregierung zur Sicherheit der Bundesrepublik Deutschland und zur Entwicklung der Bundeswehr, das Anfang 1974 herausgegeben wurde, ist vermerkt, daß Abhilfe für den Personalmangel nur dann möglich erscheint, wenn die Laufbahn der Sanitätsoffiziere attraktiver wird. Hierzu sind unter anderem Fragen einer neuen Struktur des Sanitätsdienstes sowie bessere Besoldung und Beförderungschancen zu prüfen. Zur Untersuchung dieser Probleme beruft der Bundesminister der Verteidigung derzeit aus zivilen und militärischen Fachleuten eine unabhängige Kommission, die vor allen Dingen eine neue Konzeption für die Personalerfüllung beim Sanitäts- und Gesundheitswesen erarbeiten soll.

Wegen des Mangels an Sanitätsoffizieren befaßte sich auch der Deutsche Bundestag in einer Fragestunde mit der Einstellung von Ärztinnen in die Streitkräfte. In diesem Zusammenhang wurde bekannt, daß vier Ärztinnen im Beamtenverhältnis und zehn Ärztinnen im Angestelltenverhältnis bei zentralen Sanitätsdienststellen wie Bundeswehrkrankenhäusern und anderen Instituten sowie im Wehersatzdienstwesen tätig sind. Nach Auskunft des zuständigen Staatssekretärs ist nicht geplant, Ärztinnen eine truppenärztliche Tätigkeit zu übertragen.

Unterhaltssicherungsgesetz

Bis Ende Mai 1973 hatten Wehrpflichtige, die nach Vollendung des 25. Lebensjahres Grundwehrdienst leisteten, wie Wehrübende, Anspruch auf Verdienstausfallentschädigung. Sie erhielten als Verheiratete 90 Prozent und als Ledige 70 Prozent ihres Einkommens vor der Einberu-

fung. Demgegenüber konnten jüngere Wehrpflichtige Leistungen nach dem Unterhaltssicherungsgesetz nur dann beanspruchen, wenn unterhaltsberechtigte Familienangehörige vorhanden waren. Diese Besserstellung erschien dem Gesetzgeber unter dem Gesichtspunkt der Wehrgerechtigkeit nicht gerechtfertigt, da beide Personengruppen gleichen Dienst leisten und gleichen Belastungen ausgesetzt sind. Er sah daher einem bereits 1972 in der 6. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages eingebrachten Gesetzentwurf zur Novellierung dieses Gesetzes vor, für Sanitätsoffiziere, die Grundwehrdienst leisten, eine neue Leistungsart einzuführen.

In der Begründung zu diesem Entwurf war ausgeführt, daß diese Wehrpflichtigen auf Grund ihrer besonderen beruflichen Ausbildung wichtige Funktionen im Interesse der Bundeswehr wahrnehmen und hierbei an die Stelle von Sanitätsoffizieren auf Zeit und Berufssanitätsoffizieren treten. Es war geplant, diesem Personenkreis eine Unterhaltssicherung von monatlich 1050 DM für Ledige und 1300 DM für Verheiratete zuzugestehen. Durch die vorzeitige Beendigung der 6. Legislaturperiode wurde dieser Entwurf 1972 nicht mehr im Bundestag behandelt, dann jedoch Anfang 1973 dem Parlament erneut vorgelegt.

Bemühungen der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer wandte sich an die Mitglieder des Verteidigungsausschusses des Deutschen Bundestages und legte dar, daß die vorgesehenen Bestimmungen erhebliche Auswirkungen auf den wirtschaftlichen Status von Sanitätsoffizieren im Grundwehrdienst haben werden. Die an Stelle der bisherigen Verdienstausfallentschädigung vorgesehenen einheitlichen Leistungen mit einem fixierten Betrag führen nämlich bei Ärzten, welche nicht unmittelbar nach ihrer Approbation, sondern erst nach einigen Jahren Berufstätigkeit zum Grundwehrdienst einberufen werden, zu einer deutlichen Schlechterstellung. Diese Ärzte ha-

ben nämlich in aller Regel, insbesondere wenn sie im dritten oder vierten Jahr ihrer Berufstätigkeit als Assistenzärzte stehen, einschließlich aller Zulagen für Bereitschaftsdienst und Nebeneinnahmen ein Einkommen, das erheblich höher ist als der vorgesehene Entschädigungssatz. Entsprechend einer Änderung des Wehrpflichtgesetzes können Ärzte bekanntlich nunmehr bis zur Vollendung des 32. Lebensjahres zum Grundwehrdienst einberufen werden.

Zur Vermeidung dieser Nachteile regte die Bundesärztekammer daher an, den Fixbetrag nur bei solchen Wehrpflichtigen anzuwenden, die innerhalb von sechs Monaten nach ihrer Approbation zum Wehrdienst einberufen werden. Durch eine derartige Regelung wäre sichergestellt worden, daß Ärzte, die zu einem späteren Zeitpunkt aus ihrer Berufstätigkeit heraus zum Grundwehrdienst einberufen werden, wie bisher nach dem Prinzip der einkommenbezogenen Verdienstausfallentschädigung behandelt worden wären. Andererseits erhob die Bundesärztekammer jedoch Bedenken dagegen, die Höhe der Unterhaltssicherung durch einen konkret genannten Betrag zu fixieren. Insbesondere hielt sie den vorgesehenen Betrag angesichts der an junge Assistenzärzte in Krankenhäusern gezahlten Vergütungen nicht für ausreichend. Sie wies schon in diesem Zusammenhang darauf hin, daß bei Fortentwicklung der Tarifgehälter der fixierte Betrag der Unterhaltssicherung entweder hinter der Entwicklung zurückbleiben oder aber in bestimmten Abständen jeweils durch Änderung des Gesetzes angepaßt werden müßte. Aus diesem Grunde empfahl die Bundesärztekammer an Stelle eines konkreten DM-Betrages die Eingangsstufe des Grundgehaltes der Besoldungsgruppe A 13 zu setzen, die Stufe, nach der auch sämtliche Soldaten auf Zeit und Berufssoldaten eingestuft sind, so lange sie den Dienstgrad eines Stabsarztes bekleiden.

Unter Außerachtlassung der Vorschläge der Landesorganisation passierte das Gesetz die zuständigen parlamentarischen Gremien

und trat am 1. Juni 1973 in Kraft. Die Bundesärztekammer wandte sich daraufhin in einem Fernschreiben an den Bundesminister der Verteidigung, wies auf die unzumutbaren Verschlechterungen der wirtschaftlichen Situation für zahlreiche zum Grundwehrdienst einberufenen Ärzte hin und empfahl dringend, die vom Gesetzgeber eingeführten Veränderungen zu überprüfen. Gerade im Hinblick darauf, daß die ärztliche Versorgung der Bundeswehr im wesentlichen Umfang von Ärzten mitgetragen wird, die ihren Grundwehrdienst leisten, muß die eingetretene Verschlechterung zur erheblichen Beunruhigung unter den Betroffenen führen, was nicht der Sicherung eines qualifizierten Dienstes in der Bundeswehr dienlich sein kann. Die Bundesärztekammer forderte daher erneut, den von ihr im Zuge des Gesetzgebungsverfahrens vorgetragenen Anregungen zu entsprechen. Zahlreiche Ärzte haben sich in Schreiben an die Bundesärztekammer gewandt und auf die bei ihnen eingetretene Gefährdung der Sicherung des bisherigen Lebensstandards hingewiesen, da die Differenzbeträge zwischen 400 und 1100 DM liegen.

Der 76. Deutsche Ärztetag befaßte sich, nachdem kurze Zeit vorher der Bundesminister der Verteidigung die Gewährung von Härteausgleichen an verheiratete Grundwehrdienst leistende Sanitätsoffiziere geregelt hatte, mit der durch die Novellierung dieses Gesetzes entstandenen unerträglichen Situation. Er forderte den Bundestag und die Bundesregierung auf, das Unterhaltssicherungsgesetz unter dem Gesichtspunkt der Wehrgerechtigkeit auch für Grundwehrdienst leistende und wehrübende Ärzte zu novellieren, daß der Unterhalt der Familie des einberufenen Arztes gesichert ist. Das allgemeine staatsbürgerliche Opfer der Wehrpflicht wurde für Ärzte in vollem Umfang anerkannt und bejaht. Dabei wurde angeregt, der Tatsache Rechnung zu tragen, daß im Gegensatz zu anderen Wehrpflichtigen Ärzte nicht nur bis zum 28. sondern bis zum 32. Lebensjahr Grundwehrdienst leisten müssen. Insbesondere sollte Berücksichtigung finden, daß gerade für den

Personenkreis, der eine Hochschulausbildung absolviert hat, zwischen dem 28. und 32. Lebensjahr eine deutliche Einkommensverbesserung mit entsprechenden laufenden finanziellen Verpflichtungen festzustellen ist.

Der Bundesminister der Verteidigung teilte daraufhin im Dezember 1973 mit, daß in Zusammenarbeit mit den durchführenden Ländern geprüft werde, in welcher Form das Unterhaltssicherungsgesetz eine Verbesserung erfahren könne. Um dem Ministerium Anregungen für die in Aussicht genommene Überarbeitung des Gesetzes zu geben, wandte sich die Bundesärztekammer Anfang Januar 1974 mit einer eingehenden Stellungnahme an den Minister und unterbreitete in diesem Zusammenhang Vorschläge, wie Härtefälle vermieden werden können.

Insbesondere wurde auf die erforderliche frühzeitige Einberufung, eine einheitliche Besoldung, die Höhe der Besoldung und die Gewährung einer Zulage auch für Grundwehrdienst leistende Ärzte hingewiesen und weiter darauf aufmerksam gemacht, daß nur durch angemessene Aufwendungen für Vertreter sichergestellt werden kann, daß sich eine ausreichende Zahl von niedergelassenen Ärzten zu Wehrübungen bereit erklärt und damit dazu beiträgt, den sofortigen Aufbau der erforderlichen Reserve-lazarettorganisation im Verteidigungsfall zu gewährleisten. In seiner Antwort führte der Minister aus, daß es Sinn und Zweck des Unterhaltssicherungsgesetzes sei, den Aufenthalt des Wehrpflichtigen und seiner Angehörigen für die Dauer des Wehrdienstes in angemessener Weise zu sichern. Da der Wehrdienst keine Fortsetzung des Erwerbslebens sei, habe der Gesetzgeber bewußt dem Unterhaltsgesichtspunkt den Vorrang vor dem Entschädigungsgedanken gegeben. Die Wehrpflichtigen hätten daher zumutbare wirtschaftliche Opfer hinzunehmen. Er sehe sich nicht in der Lage, Grundwehrdienst leistenden Ärzten eine Abfindung nach der Besoldungsgruppe A 13 des Bundesbesoldungsgesetzes zuzusprechen. Zum Härteausgleich wies der Minister auf die

bereits im September 1973 erlassene Verordnung hin und führte aus, daß geprüft werde, in welchem Umfang insbesondere im Hinblick auf die allgemeine Einkommensentwicklung eine Anhebung der Unterhaltssicherungsleistungen erforderlich ist. Die Frage der Anhebung der Höchstsätze für Vertreterkosten wird nach seinen Ausführungen derzeit geprüft. Wegen der Gleichbehandlung aller Wehrübenden sei mit einer Sonderbehandlung der Sanitätsoffiziere nicht zu rechnen.

Diesen Ankündigungen sind bisher, soweit es sich bei Abschluß dieses Berichts übersehen ließ, noch keine konkreten Ausführungsbestimmungen gefolgt.

Neue Tauglichkeitsbestimmungen

Ärzte, die auf Grund der bisherigen Tauglichkeitsbestimmungen den Tauglichkeitsgrad „eingeschränkt tauglich“ erhalten und noch keinen Wehrdienst geleistet haben, müssen damit rechnen, daß sie aufgefordert werden, sich einer Prüfungsuntersuchung zu unterziehen. Bei dieser Untersuchung wird festgestellt, ob sie nach den seit Anfang 1973 geltenden Tauglichkeitsbestimmungen als „wehrdienstfähig“ oder „nicht wehrdienstfähig“ zu beurteilen sind.

Sollte die Wehrdienstfähigkeit gegeben sein, so müssen diese Ärzte Grundwehrdienst leisten. Letzteres gilt auch für den Personenkreis, der wegen „Unabkömmlichkeit“ bisher zurückgestellt und der noch nicht in irgendeiner Form zum Grundwehrdienst herangezogen wurde.

4. Ärztliche Versorgung im Zivilschutz

Die gleiche Beachtung wie die ärztliche Versorgung der Bundeswehr verdient die ärztliche Betreuung der Bevölkerung im Rahmen des Zivilschutzes. Hierfür gibt es Planungen, die für die ärztliche Versorgung der Zivilbevölkerung als auch der Bundeswehr von nicht unerheblicher Bedeutung sind.

Seit mehreren Jahren führt die Akademie für zivile Verteidigung in Bad Godesberg Lehrgänge durch, die einen Eindruck von den vielfältigen Aufgaben vermitteln, die vom Zivilschutz im Verteidigungs- oder Katastrophenfall zu bewältigen sind. Vertreter der ärztlichen Standesorganisation nahmen an seminarartigen Veranstaltungen teil, in denen sie über das Gesundheits- und Sanitätswesen im Rahmen der Gesamtverteidigung unterrichtet wurden. Für einen im März 1974 stattfindenden Lehrgang hat die Bundesärztekammer wiederum einige interessierte Kollegen benannt.

Entwicklungsdienst an Stelle von Wehrdienst

Bis vor zwei Jahren war es nicht möglich, Ärzten eine Tätigkeit im Entwicklungsdienst auf den Wehrdienst anzurechnen. Erst im August 1971 schlossen die Ministerien für Verteidigung, Arbeit und Sozialordnung sowie für wirtschaftliche Zusammenarbeit eine Verwaltungsvereinbarung ab, nach welcher nunmehr auch Ärzte an Stelle von Wehrdienst Entwicklungsdienst leisten können.

Voraussetzung hierfür ist, daß der Wehrpflichtige sich bereits während seiner Ausbildung zum Arzt auf die Tätigkeit als Entwicklungshelfer vorbereitet und verpflichtet, unmittelbar nach der Approbation mindestens zwei Jahre im Entwicklungsdienst tätig zu sein. Nach der interministeriellen Vereinbarung sind die nachgenannten Institutionen für den Ab-

schluß von Verträgen mit Ärzten zugelassen:

- ▷ Arbeitsgemeinschaft für Entwicklungshilfe
- ▷ Deutscher Entwicklungsdienst
- ▷ Dienste in Übersee
- ▷ Internationaler christlicher Friedensdienst und Weltfriedensdienst

Diese ursprünglich nur für das Jahr 1971 geschlossene Verwaltungsvereinbarung ist in der Zwischenzeit immer wieder verlängert worden und gilt auch für 1974.

Die Träger der vorgenannten Organisationen haben bei verschiedenen Beratungen in den vergangenen Jahren stets darauf hingewiesen, daß es wünschenswert wäre, den Ärzten, die im Entwicklungsdienst eingesetzt werden, nach der Approbation noch eine gewisse Vorbereitungszeit zuzubilligen. Es bleibt abzuwarten, ob diesen sicher berechtigten Vorstellungen in der nächsten Zeit entsprochen werden kann. Der „Arbeitskreis für medizinische Entwicklungshilfe“, in welchen alle Organisationen, die in irgendeiner Form mit Entwicklungshilfe zu tun haben, Vertreter entsenden, hat in den vergangenen Monaten Vorstellungen für ein Kursprogramm erarbeitet. Diese Vorschläge sehen vor, daß alle in Entwicklungsländer entsandte Ärzte zuvor an den Tropeninstituten Tübingen und Heidelberg einen Vorbereitungskurs absolvieren, der ihnen die Tätigkeit in Entwicklungsländern erheblich erleichtern soll.

IX. Ausübung der Heilkunde durch Nichtärzte

Zur Behandlung aller Fragen, die sich mit der Ausübung der Heilkunde durch Nichtärzte befassen, bildete der Vorstand der Bundesärztekammer 1967 einen Ausschuß „Randgebiete der Medizin“, der nach dem Ärztetag 1971 in ein Vorstandsreferat unter Leitung von Dr. Odenbach umgewandelt wurde.

1. Rechtslage

Der Begriff Ausübung der Heilkunde befindet sich seit einiger Zeit in der Diskussion. Die einzige Legaldefinition findet sich im Heilpraktikergesetz. In Auslegung dieser Vorschrift hat das Bundesverwaltungsgericht (Urteil vom 25. Juni