



## **Gemeinsame Stellungnahme der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung**

zum Entwurf der Deutschen Normungsstrategie 2020 - "Mit Normung Zukunft gestalten!" des DIN

Berlin, den 29.08.2016

Korrespondenzadressen:

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

Kassenärztliche Bundesvereinigung  
Herbert-Lewin-Platz 2  
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung bedanken sich für die Möglichkeit zur Kommentierung des Entwurfs der Deutschen Normungsstrategie 2020 - "Mit Normung Zukunft gestalten!" des DIN.

Wir begrüßen den Entwurf einer Normungsstrategie im Sinne einer vorausschauenden Analyse globaler Entwicklungen aus deutscher Perspektive unter der Berücksichtigung technischer Innovationen, welche fraglos großen Einfluss auf Wirtschaft und Gesellschaft nehmen werden.

Die Perspektive der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wird sich notwendigerweise auf berufsständische Aspekte konzentrieren. Dies schließt die Betrachtung der gesellschaftlichen Perspektive ausdrücklich mit ein, betrifft also auch die Perspektive von Patientinnen und Patienten bzw. der Versicherten.

Auf einzelne Passagen des vorgelegten Papiers möchten wir wie folgt näher eingehen (konkrete Ergänzungsvorschläge für den Text sind **fett und kursiv** hervorgehoben, Streichungen von Satzpassagen sind durch ~~Streichungen~~ markiert):

1)

#### Zum Ziel

**„Der internationale und europäische Handel ist durch Normung erleichtert.“**

#### Unterpunkt

- „Der Europäische Binnenmarkt ist durch die Normung gestärkt.
  - Der Neue Rechtsrahmen ist auf weitere Bereiche erweitert, wobei die Zuständigkeitsverteilung zwischen EU und Mitgliedstaaten beachtet wird.“  
***Dies gilt insbesondere für die Bereiche der Gesundheits- und sozialen Dienstleistungen, die nach dem Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union in die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten fallen.***

#### Begründung:

Wie ausdrücklich in der ersten deutschen Normungsroadmap Dienstleistungen des DIN ausgeführt wird, sind u. a. Dienstleistungen aus dem sensiblen Bereich der Gesundheit für Normungsvorhaben nicht geeignet, da diese Dienstleistungen durch ein dichtes Netz von Gesetzen, Verordnungen und untergesetzlichen Vorschriften geregelt sind. "Insbesondere sind Gesundheitsdienstleistungen nicht mit Leistungen gleichzusetzen, die in einem rein ökonomischen Kontext erbracht werden. Aus diesem Grund wurden Gesundheitsdienstleistungen aus dem Anwendungsbereich der Dienstleistungsrichtlinie 2006/123/EG ausgeschlossen."

2)

#### Zum Ziel

**„Der internationale und europäische Handel ist durch Normung erleichtert.“**

#### Unterpunkt

- „Der Europäische Binnenmarkt ist durch die Normung gestärkt.
  - Die Marktrelevanz von Normungsprojekten ist sichergestellt.
    - Eine qualifizierte Mehrheit der Stimmen liegt national, ~~oder~~ **und** europäisch ~~oder international~~ als Indikator für die Marktrelevanz eines **europäischen** Normungsprojektes vor.“

### **Begründung:**

Da das erklärte Ziel in der Stärkung des „Europäischen Binnenmarkts“ liegt, ist sicherzustellen, dass die qualifizierte Mehrheit der Stimmen vor allem auf europäischer Ebene vorliegt. Internationale Beurteilungen der Marktrelevanz von Normungsprojekten müssen nicht immer deckungsgleich mit den europäischen Interessen sein. Es wäre ferner anzuregen, ob sich das DIN nicht sogar auf die Bedeutung der nationalen, d. h. deutschen Interessen fokussieren sollte.

### **3)**

#### **Zum Ziel**

**„Der internationale und europäische Handel ist durch Normung erleichtert.“**

#### **Unterpunkt**

- „DIN und DKE sind von Politik und Wirtschaft autorisiert, durch Normung zur globalen Wettbewerbsfähigkeit der Wirtschaft und des Standortes Deutschland beizutragen.
  - Die Abgrenzung der Zuständigkeit der Normung ist klar beschrieben. (z. B. bezüglich Regelungen der Berufsqualifikation und Ausbildung, **der Berufsausübung**, Regelungen der Sozialpartner, Zertifizierung und Akkreditierung)“

### **Begründung:**

Die Grenzen der Normung sind nicht nur bezüglich „Berufsqualifikation und Ausbildung“ hervorzuheben, sondern es sind insbesondere bei den Heilberufen die dortigen berufsrechtlichen Regularien zur Ausübung des Berufs zu beachten. In der ersten deutschen Normungsroadmap Dienstleistungen des DIN wird hierzu ausgeführt: "Es ist im öffentlichen Interesse zu gewährleisten, dass die Qualität und die Ausübung der Heilberufe durch die betroffenen Berufsorganisationen selbst geregelt und gewährleistet werden. Diese stellen sicher, dass Qualifikationsanforderungen, ethische Anforderungen, Berufsregeln, Behandlungsverfahren und Qualitätssicherung mit dem notwendigen Sachverstand definiert und implementiert werden.

Die Normung ist dabei weder ein erforderliches noch ein geeignetes Instrument, die Qualität der Leistungserbringung zu sichern oder zu verbessern. Vielmehr schafft sie Rechtsunsicherheit und erhebliche Friktionen mit nationalem Berufs- und Haftungsrecht und nicht zuletzt mit dem gesundheitspolitischen Mandat der Europäischen Union."

Vor diesem Hintergrund forderte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit Schreiben vom 26. März 2015 (vgl. Anlage 1) das Deutsche Institut für Normung dazu auf, von der nationalen Implementierung der EN Norm 16372 "Dienstleistungen in der Ästhetischen Chirurgie" abzusehen, da diese Europäische Norm umfassend gegen deutsches Recht verstößt. Das Deutsche Institut für Normung entsprach dieser Aufforderung des BMG und verzichtete auf die nach den CEN-Regularien eigentlich obligat vorgeschriebene Aufnahme dieser EN-Norm ins Deutsche Normenwerk.

4)

**Zum Ziel**

**„Unternehmen nutzen Normung als attraktives und strategisches Instrument.“**

**Unterpunkt**

- „Normen sind eine ~~komfortable~~ und zentrale Informationsquelle.“

**Begründung:**

Der Begriff des Komforts erschließt sich als Eigenschaft einer Informationsquelle nicht unmittelbar und sollte daher gestrichen werden. Stattdessen wäre anzuregen, die Nutzung von Normen als zentrale Informationsquelle dadurch zu steigern bzw. zu vereinfachen, dass auf Normen im Sinne von *open access* - mithin also kostenfrei -zugegriffen werden kann.

5)

**Zum Ziel**

**„In der öffentlichen Wahrnehmung ist Normung attraktiv.“**

**Unterpunkte**

- „Normung ist in der Lehre **und Ausbildung** verstärkt verankert.“
- Die Prozesse der Normung sind **transparent**, schlank und effizient.

**Begründung:**

Die Verankerung der Normung in der Lehre allein greift zu kurz und sollte auch auf Ausbildung erweitert werden.

Die Öffentlichkeit dürfte Normungsprozesse weniger unter den Gesichtspunkten von Effizienz beurteilen als vielmehr ihrer Nachvollziehbarkeit für die Bedeutung im Alltagsleben. Hierzu müssen Ziele und Methoden der Normung unbedingt transparent dargestellt werden. Ansonsten droht eine wachsende Skepsis der Bevölkerung, vergleichbar gegenüber den Steuerungsprozessen der Europäischen Union. Insbesondere der letzte Unterpunkt „Der gesellschaftliche und wirtschaftliche Nutzen der Normung ist vermittelt“ dürfte ansonsten nicht erreichbar sein.

Insgesamt sei in diesem Zusammenhang angemerkt, dass die geschilderten Ziele die Perspektive des Nutzens für die Gesellschaft noch vermissen lassen. Damit wird das Papier auch der erklärten Mission „Normung und Standardisierung in Deutschland dienen Wirtschaft und Gesellschaft zur Stärkung, Gestaltung und Erschließung regionaler und globaler Märkte“ schwerlich gerecht. Die einseitige Fixierung auf den Nutzen für die Wirtschaft dürfte von weiten Teilen der Bevölkerung zumindest hinterfragt werden.

Gänzlich zu vermissen in der Vision des DIN sind Themen wie Verbraucherschutz und Lebensqualität. Normen sollten auch hierzu einen Beitrag leisten können. Die Subsumierung dieser Aspekte unter dem Ziel der Wirtschaftsförderung allein wird nicht ausreichen für eine breite gesellschaftliche Akzeptanz.

Die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung regen an, bei der Abfassung der Deutschen Normungsstrategie die Darlegungen der ersten deutschen

Normungsroadmap Dienstleistungen, auf die wir mit unseren Ausführungen bereits auszugsweise Bezug genommen haben, zu berücksichtigen (Die für den ärztlichen Bereich besonders relevanten Textpassagen der ersten deutschen Normungsroadmap Dienstleistungen fügen wir dieser Stellungnahme mit Anlage 2 bei). Wir dürfen in diesem Kontext insbesondere darauf hinweisen, dass das DIN die deutsche Normungsroadmap Dienstleistungen gegenüber der europäischen Normungsorganisation CEN und ggf. gegenüber der Europäischen Kommission, als Grundlage für eine Europäische Normungsroadmap Dienstleistungen empfehlen will (vgl. S. 67 der ersten Deutschen Normungsroadmap unter "Weiterführung und Umsetzung der Normungsroadmap").

**Anlage 1**



Bundesministerium für Gesundheit · 11055 Berlin

Fr. Dr. Bohnsack

DIN

nur per email

**Birgit Naase**

Ministerialdirigentin

Ständige Vertreterin der Abteilung 1  
Arzneimittel, Medizinprodukte,  
Biotechnologie

HAUSANSCHRIFT Friedrichstraße 108, 10117 Berlin

POSTANSCHRIFT 11055 Berlin

TEL +49 (0)30 18441-4401/ 1105

FAX +49 (0)30 18441-4408

E-MAIL birgit.naase@bmg.bund.de

118-43004/002

Berlin, 26. März 2015

**Betreff: Dienstleistungen in der Ästhetischen Chirurgie Norm EN 16372, hier : Absehen von der nationalen Implementierung**

Bezug: E-Mail vom DIN an BMG vom 25.02.2015

Sehr geehrte Frau Dr. Bohnsack,

vielen Dank für Ihre email vom 25.02.2015. Nachfolgend übermittle ich, wie von Ihnen erbeten, eine gemeinsame Bewertung von BMG und Bundesärztekammer (BÄK).

Vorbemerkung:

In der Begründung für den Normantrag des österreichischen Normungsinstituts heißt es, dass es in Deutschland keine rechtliche Sicherheit oder keinen rechtlichen Schutz gibt für Patienten, die sich einem Eingriff der plastischen Chirurgie unterziehen.

Damit wurden bereits zu Beginn der Arbeiten an dieser Norm sämtliche einschlägigen gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen ignoriert. Die Norm beruht damit insgesamt auf fehlerhaften Prämissen, was ihrer Implementierung in Deutschland die Grundlage entzieht und die Erreichung des Normierungszwecks von vornherein vereitelt

Im Einzelnen:

- Es werden Standards im Bereich der Berufsausübung für Ärzte in der ästhetischen Chirurgie gesetzt, die in Deutschland landesrechtlich zu wesentlichen Teilen den Ärztekammern zugewiesen sind (Bsp. Berufsordnung und Weiterbildungsordnung). Sie regelt also Inhalte, die in unserem Land wegen der erforderlichen **standesrechtlichen** und **fachlichen** Kompetenzen gezielt den Landesärztekammern überlassen wurden.
- **Widersprüche** der Norm zur nationalen Gesetzgebung entstehen im Bereich der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung vor allem dadurch, dass auf UEMS-Lehrpläne als Qualifikationsmerkmal abgestellt wird. Nach dem deutschen System wird die Approbation als Arzt auf der Grundlage einer nach den Vorgaben der bundesweit

geltenden Approbationsordnung für Ärzte mit der staatlichen Ärztlichen Prüfung abgeschlossenen ärztlichen Ausbildung von den zuständigen Behörden der Länder erteilt. Die Approbation ist zeitlich unbeschränkt gültig, sofern sie nicht aufgehoben wird. Grundsätzlich berechtigt die Approbation zur Ausübung jeglicher ärztlichen Tätigkeit, also auch zur Vornahme von ästhetisch chirurgischen und ästhetisch nicht-chirurgischen Behandlungen. Beschränkungen ergeben sich daraus, dass die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung an den Facharztstandard geknüpft ist, § 95a Absatz 1 SGB V. Leistungen der ästhetischen Chirurgie sind in Deutschland hochqualifizierten **Fachärzten** vorbehalten. Damit werden in der Norm in Bezug auf die fachliche Qualifizierung der Ärzte für Leistungen der ästhetischen Chirurgie **geringere Anforderungen** gestellt als in Deutschland.

- Nach § 4 der Muster-Berufsordnung unterliegen alle Ärztinnen und Ärzte (mit und ohne Facharztbezeichnung und unabhängig von dem Gebiet einer fachärztlichen Weiterbildung) der **Fortbildungspflicht**. Die Voraussetzungen zum Erwerb des Fortbildungszertifikates richten sich nach den **Fortbildungsordnungen** der Ärztekammern. Für die vertragsärztliche Versorgung ergibt sich die Fortbildungspflicht zusätzlich aus § 95d SGB V. Die Anforderungen des deutschen ärztlichen Berufsrechts **dürfen keinesfalls unterschritten** werden.
- Die Regelungen zur Qualitätssicherung und Verbesserungen sind gegenüber der Vorfassung aus dem Jahre 2012 (ehemals Punkt 7) gestrichen worden. Wesentliche Elemente eines sachgerechten Qualitätsmanagements wie z.B. die Ausrichtung der Versorgung an fachlichen Standards und Leitlinien, die Strukturierung von Behandlungsabläufen, die Gestaltung von Kommunikationsprozessen innerhalb der Behandlungsteams oder das systematische Risiko- und Fehlermanagement werden in der Norm nicht erwähnt. Die Norm bleibt damit deutlich hinter den Anforderungen z.B. der **Qualitätsmanagement-Richtlinie** (gemäß § 135a Abs. 2 Nr. 2 SGB V) für die vertragsärztliche Versorgung des **Gemeinsamen Bundesausschusses** zurück. Damit werden wichtige Aspekte der Qualitätssicherung, die wesentlich für eine sachgerechte Durchführung der in der Regel elektiven ästhetischen chirurgischen Eingriffe sind, nicht berücksichtigt und bleiben weit hinter nationalen Regelungen zurück. Mit deutschem Recht sind diese Anforderungen an entsprechende Qualitätssicherungsmaßnahmen verankert (insbesondere §§ 92 und 135a ff. SGB V), die durch die gemeinsame Selbstverwaltung - in Form von verbindlichen Richtlinien - umgesetzt werden.
- Die Information, Beratung, Aufklärung und Einwilligung des Patienten ist in §§ 630c, 630d und 630e des **Bürgerlichen Gesetzbuches** geregelt sowie durch die damit zusammenhängende Rechtsprechung ausgestaltet.
- Zur Dokumentation sind die gesetzlichen Regelungen des Bundes und der Länder zum Datenschutz und der Berücksichtigung der Privatsphäre zu beachten, so finden in der



Norm an den entsprechenden Stellen folgende Bundes- und Ländergesetze keine Beachtung:

- Bundesdatenschutzgesetz
- Telekommunikationsgesetz
- Telemediengesetz
- Signaturgesetz sowie die Verordnung zur elektronischen Signatur
- Archivgesetz
- Gesetz über die Ausführung des Gesetzes zu Art. 10 Grundgesetz (NRW)
- Datenschutzgesetze / Gesundheitsdatenschutzgesetze der Länder
- Gesetze der Länder über den öffentlichen Gesundheitsdienst
- Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Erkrankungen
- § 630f BGB
- § 203 Strafgesetzbuch
- § 3 Berufsordnung Heilberufs- und Kammergesetze der Länder sowie Berufsordnungen der Ärztekammern (insbesondere die § 3 der Musterberufsordnung für Ärztinnen und Ärzte entsprechenden Vorschriften)
- Krankenhausgesetz
- Medizinproduktegesetz
- Medizinprodukte-Betreiber-Verordnung
- Medizinprodukte-Sicherheitsplan-Verordnung
- Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung
- Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen – Rili-BÄK
- Empfehlungen der BÄK zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis

Da die Norm EN 16372 derart umfassend gegen nationales Recht verstößt, fordert das Bundesgesundheitsministerium das DIN auf, von der nationalen Implementierung der Europäischen Norm abzusehen.

Im Auftrag

*B. Neuge*

## Anlage 2

## Für den ärztlichen Bereich besonders relevante Textpassagen der ersten deutschen Normungsroadmap Dienstleistungen

Aus Sicht der Bundesärztekammer werden hierdurch die Argumente der Ärzteschaft gegen die Normung von Gesundheitsdienstleistungen/ärztlichen Leistungen bestätigt.

*Bitte beachten: Die gemachten Seitenangaben beziehen sich jeweils auf die Normungsroadmap Dienstleistungen. Die Hervorhebungen in den nachfolgenden Texten wurden von der Bundesärztekammer nachträglich vorgenommen und sind insofern in der Originalversion der Normungsroadmap Dienstleistungen nicht enthalten.*

### S. 54-55 (unter "Gesundheitsdienstleistungen")

#### **Bereich: Ärztliche Dienstleistungen**

##### **Situation:**

Im Gesundheitswesen gibt es eine Vielzahl von Einrichtungen der Patientenversorgung mit ganz unterschiedlichen Strukturen. Das Spektrum reicht von großen Universitätskliniken mit über tausend Mitarbeitern bis hin zur Einzelpraxis von Ärzten oder anderen selbständig tätigen Berufsgruppen. Die Versorgung der Patienten erfolgt überwiegend regional. Es besteht ferner eine ausgeprägte Sektorisierung der Versorgung in einen stationären und einen ambulanten Bereich. Im Gesundheitswesen werden Leistungen überwiegend freiberuflich erbracht und sind gekennzeichnet durch Individualität, Einfühlungsvermögen und Therapiefreiheit. Gesundheitsversorgung ist durch den unmittelbaren Kontakt mit dem Patienten und durch ein hohes Maß an Individualität geprägt. Das Gesundheitswesen wird zum System der sozialen Sicherung gezählt und zeichnet sich deshalb durch ein dichtes Netz von Gesetzen, Verordnungen und untergesetzlichen Regelungen aus. Das Gesundheitswesen ist nicht dem klassischen Marktgefüge unterzuordnen. **Inbesondere lassen sich Gesundheitsdienstleistungen nicht mit Leistungen gleichsetzen, die in einem rein ökonomischen Kontext erbracht werden. Aus diesem Grund wurden Gesundheitsdienstleistungen aus dem Anwendungsbereich der Dienstleistungsrichtlinie 2006/123/EG ausgeschlossen.**

##### **Ansatz:**

**Normung von Gesundheitsdienstleistungen wird abgelehnt.** Davon unberührt bleibt die bewährte Normung im Bereich von Medizinprodukten oder bei der Etablierung von Qualitätsmanagementsystemen. Bei der Normung von Gesundheitsdienstleistungen fehlt es bereits an einer Marktrelevanz und einem Mehrwert. Es ist im öffentlichen Interesse zu gewährleisten, dass die Qualität und die Ausübung der Heilberufe durch die betroffenen Berufsorganisationen selbst geregelt und gewährleistet werden. Diese stellen sicher, dass Qualifikationsanforderungen, ethische Anforderungen, Berufsregeln, Behandlungsverfahren und Qualitätssicherung mit dem notwendigen Sachverstand definiert und implementiert werden. **Die Normung ist dabei weder ein erforderliches noch ein geeignetes Instrument, die Qualität der Leistungserbringung zu sichern oder zu verbessern. Vielmehr schafft sie Rechtsunsicherheit und erhebliche Friktionen mit nationalem Berufs- und Haftungsrecht und nicht zuletzt mit dem gesundheitspolitischen Mandat der Europäischen Union.** Im Übrigen lassen sich **Dienstleistungen in der individuellen Beziehung zum Patienten nicht standardisieren**, weil der Patient kein standardisierbares Handlungsobjekt ist, sondern in der Regel zum Mitakteur der Gesundheitsdienstleistung wird. **Durch Normung von Gesundheitsdienstleistungen kann diesen Besonderheiten der Gesundheitsversorgung, speziell ihrer fachlichen und sozialen Komplexität sowie ihrer Bedeutung für das Individuum nicht hinreichend Rechnung getragen werden.**

[Autor: Bundesärztekammer BÄK]

### S. 8 (unter "Kurzfassung")

An Grenzen stößt Dienstleistungsnormung und -standardisierung häufig dann, wenn es um die Definition von Qualifikation, Kompetenz und Ausbildung geht, denn gerade in Deutschland gibt es neben den Grundsätzen des Berufsbildungsgesetzes eine Vielzahl von Regelungen und gesetzlichen Rahmenbedingungen vor allem in den Bereichen Gesundheit, Soziales und der Bildung.

### S. 44 (unter "Terminologie definieren")

Die Beschreibung von Qualifikation, Kompetenz und Ausbildung wird hingegen nur für Bereiche empfohlen, die keiner gesetzlichen Regelung unterworfen sind.

### S. 46-47 (unter "Rechtliche Rahmenbedingungen prüfen")

**"Ein Grundsatz der Normung besteht darin, dass Normen und Standards nicht geltendem Recht widersprechen dürfen** (→ siehe auch Kapitel 5, Ziel 4 oder Anhang „Grundsätze der Normung“). Eine Norm oder einen Standard zu erarbeiten, die/der alle Vorschriften berücksichtigt, ist gerade bei der Entwicklung von gemeinsamen Europäischen Normen und Standards nicht immer einfach, denn die gesetzlichen Vorgaben in den europäischen Mitgliedsstaaten variieren stark in Breite und Tiefe. Dies führt in einigen Ländern zu mehr Potential für Normen und Standards als in anderen.

Vor allem in den **sensiblen** Bereichen der **Gesundheitswirtschaft**, des Sozialwesens und der Bildung **sehen sich deutsche interessierte Kreise betroffen**. Diese Bereiche sind durch ein **dichtes Netz** von **Gesetzen, Verordnungen** und **untergesetzlichen Vorschriften** und durch **staatliche sozialpartnerschaftliche Systeme geregelt**, was den Mehrwert von Normen und Standards in diesen Bereichen zwar nicht aufhebt, **jedoch stark einschränkt**.

Das im Allgemeinen praktikable **Instrument der A-Abweichung**, siehe auch Abschnitt 8.1, in Normen und Standards, also die Formulierung von Ausnahmen aufgrund gesetzlicher Vorschriften, **ist in stark reglementierten Bereichen häufig nicht mehr die Ausnahme von der Regel**.

Die interessierten Kreise sehen sich hier einer Fülle von Abweichungen von den national geltenden gesetzlichen Vorschriften gegenüber, die sie möglichst vollständig und detailliert zusammentragen müssen. **Es stellt sich die Frage, wie praktikabel und anwendbar eine Norm ist, wenn die im jeweiligen Mitgliedsstaat gültigen Abweichungen den Umfang der eigentlichen Norm übersteigen.**

**Dies kann im Hinblick auf den Mehrwert und die Marktrelevanz von Normen und Standards kein Ziel einer erfolgreichen Normungs- und Standardisierungsarbeit sein.** Es ist deshalb sehr wichtig, schon bei der Prüfung eines Normungsantrags, aber auch in der Normungsarbeit selbst, die **geltenden Gesetze, Verordnungen und untergesetzlichen Vorschriften einzubeziehen und Normungsanträge gründlich danach zu beurteilen, ob das Potential für eine Norm oder einen Standard ausreichend und das Instrument der Normung hierfür ein geeignetes Mittel ist."**

[S. 57 \(unter "Handwerksdienstleistungen" - die gemachten Aussagen zur Absenkung des Qualifikationsniveaus treffen aber auch durchaus auf den Bereich von \*\*Gesundheitsdienstleistungen\*\* zu\)](#)

**Normen** können in **keiner Weise Gesetze** und sozialpartnerschaftlich getragene Systeme wie etwa das der **Dualen Berufsausbildung mit seiner Berufsordnung und festgelegten, ganzheitlichen und handlungsorientierten Berufsbildern** ersetzen. **Im Gegenteil, Europäische Normen würden zu einer Fragmentierung** der Berufsabschlüsse, zu einer **Absenkung des Qualifikationsniveaus** in der Wirtschaft, zu einer Abspaltung einfacher Tätigkeiten und zu weniger Transparenz über Qualifikationen und Qualität der Arbeit führen.

[S. 67 \(unter "Weiterführung und Umsetzung der Normungsroadmap"\)](#)

Die Roadmap gibt einen umfassenden Überblick über die verschiedenen Interessenlagen des deutschen Dienstleistungssektors in der Normung und Standardisierung. Verschiedene Branchen wie z. B. **heilkundliche Dienstleistungen sehen aufgrund vorhandener gesetzlicher Regelungen keinen Mehrwert in der Dienstleistungsnormung.**

Um die **deutschen Stakeholderinteressen** insbesondere **auch auf europäischer Ebene zu vertreten**, wird DIN das Konzept der Roadmap, also die Unterteilung in Dienstleistungsfelder, **allgemeine Handlungsempfehlungen sowie einzelne Brancheneinschätzungen an die europäische Normungsorganisation CEN, ggf. auch die Europäische Kommission, als Grundlage für eine Europäische Normungsroadmap Dienstleistungen empfehlen.**

[Ergänzende Hinweise zur Normungsroadmap Dienstleistungen](#)

- Auf den **Seiten 121 bis 128** findet sich eine **Auflistung von Verbänden und Organisationen** im Dienstleistungsfeld "**Gesundheitsdienstleistungen**". Diese Auflistung ist nicht vollständig und Gegenstand einer kontinuierlichen Überarbeitung.
- Auf den **Seiten 128 bis 129** sind **rechtliche Rahmenbedingungen** für das Dienstleistungsfeld "**Gesundheitsdienstleistungen**" aufgeführt (ohne Anspruch auf Vollständigkeit).