

Gesundheits- politisches Programm der deutschen Ärzteschaft

Bundesärztekammer
(Arbeitsgemeinschaft
der deutschen
Ärztekammern)
Deutscher Ärztetag

Beschluß des 97.
Deutschen Ärztetages
vom 11. bis 14. Mai 1994
in Köln

Beschlossen vom
97. Deutschen Ärztetag 1994
in Köln

Grundlagen eines bürgernahen Gesundheitswesens

0. Präambel	11
1. Leitsätze	13
1.1 Gesundheitspolitik im Spannungsfeld zwischen Individuum und Gesellschaft	13
1.2 Eigenständigkeit der Gesundheitspolitik	13
1.3 Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität als Kernprinzipien wirkungsvoller Gesundheitspolitik	14
1.4 Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und der gesamten Bevölkerung	15
1.5 Selbstverwaltung stärken	15
1.6 Qualität der medizinischen Versorgung sichern	18
1.7 Gesundheits- und Sozialpolitik international orientieren	18
2. Grundsätze der Beziehung von Patient und Arzt	18
2.1 Der Patient und seine Erwartungen	18
2.2 Besonderes Vertrauensverhältnis	19
2.3 Ärztliche Fürsorgepflicht	19
2.4 Selbstbestimmungsrecht des Patienten	19
2.5 Patientengeheimnis und ärztliche Schweigepflicht	20
2.6 Informationsrecht des Patienten	20
2.7 Prädiktive Medizin	20
2.8 Arzt als freier Beruf	21
2.9 Freie Arztwahl	21
2.10 Wissenschaft und Forschung	21
2.11 Sterbebegleitung	21
3. Medizin und Ökonomie	23
3.1 Medizinische vor ökonomischer Orientierung	23
3.2 Gesundheit hat ihren Preis	23
3.3 Keine Steuerung durch Budgetierung	24
3.4 Rationalisierung im Gesundheitswesen — ja, Rationierung von Gesundheitsleistungen — nein	24
3.5 Anforderungen an eine patientengerechte Gesundheitsreform	24
3.6 Eigenverantwortung und Subsidiarität als Gestaltungsprinzipien	26

Schutz der Lebensgrundlagen

4. Umweltgestaltung und Umweltschutz	27
4.1 Umweltschutz ist Lebensschutz	27
4.2 Umweltschutz als ärztliche Aufgabe	27
4.3 Umweltmedizin an wissenschaftlichen Erkenntnissen orientieren	27
4.4 Unabhängigkeit und Objektivität der Umweltmedizin	29
4.5 Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Umweltmedizin	29
4.6 Neue Kommunikationsformen für die Umweltmedizin	29
5. Gesundheitsförderung und Prävention	29
5.1 Gesundheitsförderung dient der Lebensqualität	29
5.2 Gesundheitsförderung durch Gesundheitserziehung	31
5.3 Das ärztliche Gespräch im Mittelpunkt	31
5.4 Hilfe zur Selbsthilfe	32
5.5 Gesundheitsförderung in die ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung integrieren	32
5.6 Gesundheitsförderung: berufsübergreifend und flächendeckend	32
5.7 Qualität von Prävention und Gesundheitsberatung sichern	33
6. Medizinische Forschung	33
6.1 Grundlagenforschung und angewandte Forschung	33
6.2 Individualrecht und Forschungsfreiheit	34
6.3 Epidemiologie und Datenschutz	34
6.4 Forschung und Ethik	35
7. Anfang und Ende des Lebens	35
<i>Der Schutz des ungeborenen Lebens</i>	35
7.1 Ärztliche Aufgaben bei ungewollter Schwangerschaft	35
7.2 Schwangerschaftsabbruch ist kein Mittel der Familienplanung	36
<i>Beistand bis zum Tod</i>	37
7.3 Sterbebegleitung	37
7.4 Grenzen der Behandlung	37
7.5 Linderung des Leidens	38
7.6 Ärztlicher Beistand	38

Medizinische Versorgung

8. Ambulante und stationäre Versorgung	39
8.1 Grundsätze	39
8.2 Qualität, Struktur, Inhalt und Organisation	39
8.3 Bedarfsgerechte Versorgungsstruktur	42
8.4 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	45
8.5 Kooperationen	46
8.6 Keine Zulassungsbeschränkungen	46
8.7 Qualität der ambulanten Versorgung sichern	47
8.8 Leistungsgerechte Vergütung	48
8.9 Ärztliche Verantwortung für Behandlung und Verordnung	48
8.10 Patientennahe und effektive Versorgung durch ein gegliedertes System von Krankenhäusern	49
8.11 Krankenhausplanung mittels medizinischer Orientierungsdaten	49
8.12 Modernes Krankenhausmanagement	50
8.13 Zusammenarbeit statt Zersplitterung	54
8.14 Leistungsbezogene Krankenhausfinanzierung	54
8.15 Sonderentgelte und Fallpauschalen	55
9. Notfalldienst, Rettungsdienst und Katastrophenschutz	55
9.1 Daseinsfürsorge durch Notfallmedizin	55
9.2 Zentrale Verantwortung des Arztes	56
9.3 Strukturelemente der Notfallmedizin	56
9.4 Notfallmedizin und wirtschaftlicher Nutzen	57
9.5 Notfallmedizin und Qualitätssicherung	57
9.6 Erfolge der präklinischen Notfallmedizin sichern	58
9.7 Künftige Aufgaben der Notfallmedizin	58
9.8 Humanitäre medizinische Hilfe weltweit	59
10. Arzneimittelversorgung	59
10.1 Rationale Arzneimitteltherapie	59
10.2 Unmißverständliche Namensgebung für Fertigarzneimittel	59
10.3 Verständliche Packungsbeilagen	61
10.4 Vereinheitlichung der Fachinformationen	61
10.5 Verbot der Laienwerbung	61
10.6 Arzneimittelmißbrauch und Medikamentenabhängigkeit	64
10.7 Meldung unerwünschter Arzneimittelwirkungen verbessern	64
10.8 Qualitätssicherung der Arzneimitteltherapie	65

10.9	Unabhängige Arzneimittelinformation	65
11.	Öffentlicher Gesundheitsdienst	67
11.1	„Dritte Säule“ des Gesundheitswesens	67
11.2	Mehr als nur öffentliche Verwaltung	67
11.3	Beratung und Betreuung, Planung und Gestaltung	67
11.4	Moderne Gesundheitsfachverwaltung	69
11.5	Gesundheitsberichterstattung	69
11.6	Das Gesundheitsamt auch als Ausgangspunkt gesundheitsrelevanter Initiativen	70
11.7	Gesundheitsamt unter ärztlicher Leitung	70
11.8	Intensivierung der interdisziplinären Zusammenarbeit	70
12.	Betriebsärztliche Versorgung	71
12.1	Menschengerechte Arbeitswelt	71
12.2	Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz	71
12.3	Unabhängigkeit des Betriebsarztes	72
12.4	Betriebsärztliche Versorgung auch in Kleinbetrieben	72
12.5	Vielfalt der Betreuungsformen	72
12.6	Qualität betriebsärztlicher Versorgung sichern	73
13.	Rehabilitation	74
13.1	Rehabilitation als integraler Bestandteil der ärztlichen Berufsausübung	74
13.2	Schlüsselfunktion des behandelnden Arztes	74
13.3	Aktive Mitwirkung des Patienten	74
13.4	Ausbau und Neuentwicklung von Rehabilitationsmöglichkeiten	76
13.5	Änderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen	76
13.6	Förderung der Rehabilitationsforschung	77
13.7	Qualitätssicherung in der Rehabilitation	78
13.8	Qualifikation sichern	78
14.	Spezielle Versorgungsbereiche	78
14.1	Zusammenarbeit von Ärzten und Fachberufen des Gesundheitswesens	78
14.2	Komplexe Betreuungsangebote	80
14.3	Selbsthilfegruppen	80
	<i>Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik</i>	81
14.4	Seelische Dimension des Krankseins	81

14.5	Wohnortnahe Versorgung	81
14.6	Interdisziplinäre Zusammenarbeit	82
	<i>Psychiatrie</i>	82
14.7	Gleichstellung psychisch Kranker und Behinderter mit somatisch Kranken	82
14.8	Ambulante Versorgung und Wiedereingliederung	82
14.9	Integrierte Behandlungskonzepte	83
14.10	Jugendliche sozial und beruflich integrieren	83
14.11	Forschungsförderung	83
	<i>Onkologie</i>	84
14.12	Kampf gegen den Krebs	84
14.13	Nichtrauchen: gesellschaftliche Vorbildfunktion	84
14.14	Krebsnachsorge und Palliativpflege	84
	<i>HIV-Infektion</i>	85
14.15	Ausbreitung der AIDS-Infektion	85
14.16	Vorrang der ambulanten Versorgung	85
14.17	Schulung und Fortbildung	86
	<i>Sucht</i>	86
14.18	Sucht ist Krankheit	86
14.19	Suchtprävention	86
14.20	Ärztliche Verantwortung	87
	<i>Geriatric</i>	87
14.21	Gerontologie und Geriatrie im Studium	87
14.22	Qualifizierte Versorgung durch Kooperation	87
14.23	Medizinische und soziale Dienste	87
Soziale Sicherung		
15.	Krankenversicherung	89
15.1	Leistungsfähigkeit langfristig sichern	89
15.2	Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität neu gewichten	89
15.3	Grundprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung beibehalten	90
15.4	Grundzüge einer Reform	90
16.	Alterssicherung	91
16.1	Sichere Altersversorgung — sorgenfreies Alter	91

16.2	Stabile Rentenversicherung — sozialpolitische Aufgabe ersten Ranges	93
16.3	Versorgungswerke entlasten den Staat	94
17.	Absicherung bei Pflegebedürftigkeit	94
17.1	Demographische Entwicklung erfordert Neuregelung	94
17.2	Gezielte Versorgung	97
17.3	Häusliche Pflege fördern	97
17.4	Lasten gerecht verteilen	98
17.5	Rehabilitation vor Pflege	98
Ärztlicher Beruf		
18.	Ärztliche Berufsausübung und medizinischer Fortschritt	99
18.1	Spezialisierung und Differenzierung	99
18.2	Konzentration und Spezialisierung	99
18.3	Fortschritt erfordert Strukturveränderung	100
18.4	Berufsausübung und Berufsbild	100
18.5	Allgemeinarzt und Spezialist	101
18.6	Verbindung zwischen Krankenhaus und Praxis	101
18.7	Auswirkung auf die Arztzahlen	102
18.8	Arbeitslose Ärzte	102
18.9	Arztberuf und gesellschaftliches Umfeld	103
18.10	Anpassung an medizinisch-wissenschaftlichen Fortschritt und gesellschaftliche Veränderungen	104
19.	Grundsätze ärztlicher Berufsausübung	105
19.1	Arztberuf — ein freier Beruf	105
19.2	Arzt und Patient	107
19.3	Arztberuf — kein Gewerbe	107
20.	Ausbildung zum Arzt	108
20.1	Qualifizierte Ausbildung	108
20.2	Einheitlicher Arztberuf	109
21.	Weiterbildung des Arztes	109
21.1	Weiterbildung ist Berufsausübung	109
21.2	Weiterbildung in Selbstverwaltung	110
21.3	Freizügigkeit in Europa	110

22.	Fortbildung des Arztes	110
22.1	Fortbildung ist Berufspflicht	110
22.2	Fortbildung ist Qualitätssicherung — Qualitätssicherung der Fortbildung	111
22.3	Vielfalt der Methoden	111
22.4	Selbstkontrolle	112
22.5	Unabhängigkeit	112
23.	Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung	112
23.1	Aufgabe der Ärzteschaft	112
23.2	Im Dienste der Patientenversorgung	114
23.3	Fortdauernd und interdisziplinär	114
23.4	Selbstkontrolle und Erfahrungsaustausch	115
23.5	Qualitätssicherung für Arzt und Patient	115
23.6	Kooperation und Kommunikation	115
23.7	Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit	116
23.8	Qualität hat ihren Preis	117
24.	Kommunikation und Informationsverarbeitung in der Medizin	117
24.1	Neuorientierung	117
24.2	Technikfolgenabschätzung	117
24.3	Datenbasis	117
24.4	Kartensysteme	118
25.	Arztgeheimnis, Datenschutz und Datennutzung in der Medizin	118
25.1	Patientengeheimnis und ärztliche Schweigepflicht	118
25.2	Datenschutz trotz ökonomischen Drucks	119
25.3	Gefahren durch bürokratische Reglementierung	119
25.4	Informationsaustausch und Datenschutz	120
25.5	EDV und Patientengeheimnis	120
25.6	Datenschutz und Forschung	120
25.7	Epidemiologie und Qualitätssicherung	121
26.	Zusammenarbeit mit anderen Fachberufen im Gesundheitswesen	121
26.1	Patientenorientierte Versorgung	121
26.2	Gegenseitige Achtung	122
26.3	Klare Absprachen	122
26.4	Verantwortung und Koordination	122

Internationale Gesundheitspolitik

27. Gesundheitspolitik in der Europäischen Union	125
27.1 Einheit in Vielfalt — Forderungen an eine europäische Gesundheitspolitik	125
27.2 Bekämpfung der Zivilisationskrankheiten	128
27.3 Krankenversicherungssysteme koordinieren	128
27.4 Europäische Ärzteschaft weiterentwickeln — Selbstverwaltung realisieren	129
27.5 Ständigen Ausschuß der Ärzte der EG einbeziehen	129
27.6 Prinzip der Unabhängigkeit des Arztes rechtlich sichern	130
27.7 Wachsende Arztzahlen — Ausbildungskapazitäten anpassen	130
28. Gesundheitspolitik weltweit	131
28.1 Medizin international	131
28.2 Gesundheitliche und soziale Versorgungsstrukturen	131
28.3 Verbündete für ein freiheitliches Gesundheitswesen — Unterstützung der Reformstaaten	131
28.4 Kommunikation und Kooperation	132

Präambel

Gesundheit ist die aus der Einheit von subjektivem Wohlbefinden und individueller Belastbarkeit erwachsende körperliche, seelische und soziale Leistungsfähigkeit des Menschen.

Die in der Präambel zur Satzung der Weltgesundheitsorganisation gegebene Definition des Begriffs „Gesundheit“ als „der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ kann in dieser idealistischen und universalen Form nicht alleinige Grundlage einer Zielbestimmung der Gesundheitspolitik sein. Es gibt vielmehr ein weites Feld fließender Übergänge zwischen Gesundheit und Krankheit. Gesundsein wie Kranksein werden auch beeinflusst von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen einschließlich des sozialen und ökologischen Umfeldes. Entscheidend ist die Fähigkeit des einzelnen, auch mit Beeinträchtigungen seiner Gesundheit so lebensfroh, leistungs- und entwicklungsfähig wie möglich zu bleiben. Eingebettet in die übrigen Politikbereiche und die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen muß eine eigenständige Gesundheitspolitik dem gerecht werden. Ärztliche Tätigkeiten müssen frei von persönlichem Gewinnstreben nach dem Gebot der Menschlichkeit sowie nach bestem ärztlichen Wissen und Gewissen ausgeübt werden.

Grundlagen eines bürgernahen Gesundheitswesens

1. Leitsätze

1.1 Gesundheitspolitik im Spannungsfeld zwischen Individuum und Gesellschaft

Die Gesundheitspolitik muß optimale Voraussetzungen für Schutz, Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit des einzelnen Menschen schaffen. Diese Aufgabe liegt im Spannungsfeld zwischen Individuum und Gesellschaft. Aufgaben des Staates müssen mit der persönlichen Verantwortung des einzelnen abgestimmt werden. Eine sinnvolle Gesundheitspolitik darf die persönliche Verantwortlichkeit und die Bereitschaft zur Eigenverantwortung des einzelnen für die eigene Lebensführung nicht abbauen, sondern muß diese fordern und fördern.

1.2 Eigenständigkeit der Gesundheitspolitik

Wirtschaftliche und wirtschaftspolitische Rahmenbedingungen bestimmen immer noch maßgeblich die Gesundheitspolitik. Eine einseitige Unterordnung der Gesundheitspolitik unter primär finanzpolitischen Vorgaben aber kann ihrem Stellenwert nicht gerecht werden. Nur in Eigenständigkeit können von der Gesundheitspolitik Initiativen auf andere Politikbereiche ausgehen, wie beispielsweise auf die Arbeitsmarkt- und Bildungspolitik. Gesundheitspolitik muß daher Zusammenhänge zwischen Gesellschaftsstruktur, allgemeinen Arbeits- und Lebensbedingungen, Erkrankungen und Mortalitätsentwicklung beeinflussen. Nur so kann gesundheitspolitisches Handeln erfolgreich sein; eine einseitig fiskalisch ausgerichtete Betrachtungsweise wird dem nicht gerecht.

Bei allen weiteren Reformschritten müssen deshalb medizinische Prioritäten für die Gesundheitssicherung und die Krankenversorgung berücksichtigt werden.

Um den Interessen der Bürger gerecht werden zu können, müssen objektivierbare Daten — auch durch eine fundierte Gesundheitsberichterstattung — für eine Gesamtbedarfsanalyse ermittelt werden. Dies gilt auch für die Abgrenzung des Leistungsangebotes von ambulanter und stationärer Versorgung, die hausärztliche und spezialärztliche Versor-

gung sowie für die Bildung neuer Kooperationsformen, die beide Leistungsbereiche verbinden können.

1.3 Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität als Kernprinzipien wirkungsvoller Gesundheitspolitik

Die Grundsätze unseres sozialen Sicherungssystems — Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität — sind angesichts der zukünftigen Herausforderungen neu gegeneinander abzuwägen.

Durch eine Rückbesinnung auf die Prinzipien Eigenverantwortung und Subsidiarität kann die Solidargemeinschaft gestützt und insbesondere für die großen Risiken gestärkt werden. Statt immer mehr Reglementierung sind für die wirtschaftliche Erbringung von notwendigen Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung neue Anreize zu entwickeln. Weniger aus finanziellen Gründen, sondern vielmehr zur Stärkung der Eigenverantwortung des Versicherten für seine Gesundheit sind sozial gestaltete, wirksame Selbstbeteiligungsregelungen geeignet.

Eigenverantwortung bedeutet Stärkung der Entscheidungsfreiheit und Unabhängigkeit des Bürgers. Die mit der Gesundheitsgesetzgebung bisher ständig zunehmende Regelungsdichte geht dagegen vom Menschenbild eines unmündigen Versicherten aus, der eine allumfassende Fürsorge der staatlichen Verwaltung benötigt. Mehr Eigenverantwortung entspricht den freiheitlichen Strukturen unserer Gesellschaft und fördert das individuelle gesundheitsbewußte Verhalten.

Subsidiarität im Gesundheitswesen bedeutet eine abgestufte Verantwortung des einzelnen vor der Verantwortlichkeit des Staates. Nicht jede Aufgabe, die das Vermögen des einzelnen übersteigt, ist sogleich eine Aufgabe des Staates. Zahlreiche Gemeinschaften und gesellschaftliche Gruppen — von der Familie bis zu kirchlichen Organisationen und Versichertengemeinschaften — müssen hier je nach ihren verschiedenen Aufgaben und Möglichkeiten wesentliche gesundheitspolitische Verantwortungsbereiche übernehmen. Die Abstufung solcher Verantwortungsbereiche stellt sich dar in der

- persönlichen Verantwortung,
- sozialen, das heißt mitmenschlichen oder Gruppenverantwortung,
- staatlichen Verantwortung.

Ziel der Gesundheitspolitik und der auf die Entfaltung der menschlichen Persönlichkeit gerichteten Sozialpolitik muß es sein, den bestmöglichen Effekt durch rationellen Einsatz der Mittel zu erreichen.

Das Solidarprinzip muß das Fundament der sozialen Sicherung in Deutschland bleiben. In einem sozialen Rechtsstaat ist die Solidarität

aller für alle immer dort eine ethische Verpflichtung, wo in Eigenverantwortung organisierte subsidiäre Hilfen überfordert sind.

1.4 Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und der gesamten Bevölkerung

Der Arzt wird aus seiner beruflichen Kompetenz heraus präventiv, kurativ und rehabilitativ sowohl für den Patienten als auch für die gesamte Bevölkerung tätig. Ärzte sind und bleiben die Interessenwahrer der gesunden und kranken Menschen. Sie setzen sich ihrem beruflichen Selbstverständnis gemäß dafür ein, ihre Patienten bestmöglich zu versorgen. Im Konflikt zwischen Patienten- und Gemeinschaftsinteresse muß der Arzt die Interessen des Patienten wahren und die Regeln der ärztlichen Kunst einhalten. Für eine optimale Patientenversorgung muß er auf medizinisch-wissenschaftlicher Grundlage Entscheidungen über das medizinisch Notwendige treffen, auch — und gerade dann — wenn die Kluft zwischen medizinisch Sinnvollem, menschlich Vertretbarem und medizinisch-technisch Machbarem wächst.

Im Einzelfall hat der Arzt zwischen dem medizinisch Sinnvollen, menschlich Vertretbarem und medizinisch-technisch Machbarem zu entscheiden.

In die Freiheit dieser Entscheidung darf nicht durch politisch festgelegte Rationierung eingegriffen werden. Dies liefe sowohl dem Patienteninteresse wie dem der ganzen Bevölkerung zuwider und ist deshalb für die Ärzteschaft nicht akzeptabel.

1.5 Selbstverwaltung stärken

Eigenverantwortung und Subsidiarität sind Voraussetzung für funktionierende Selbstverwaltungen. Staatliche Verwaltungen sind nachweislich weniger flexibel und „kunden“-fern. Selbstverwaltung muß durch gesetzliche Rahmenbedingungen befähigt sein, ihre ordnungspolitische Aufgabe ebenso fachkompetent und verantwortlich zu erfüllen wie die Wahrung aller Angelegenheiten ihrer Mitglieder. Selbstverwaltung bedeutet deshalb die Wahrung von Rechten und Pflichten im Interesse der Bürger.

Eingriffe des Gesetzgebers in die Regelungskompetenz der Selbstverwaltungen, zum Beispiel im Rahmen von Kostendämpfungsmaßnahmen, führen zu Bürokratisierung und Reglementierung und stellen damit die Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltung in Frage.

Gelöbnis

DÄ

Für jeden Arzt gilt folgendes Gelöbnis:

„Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand gelobe ich feierlich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen.

Ich werde meinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben. Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit meiner Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein.

Ich werde alle mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod des Patienten hinaus wahren.

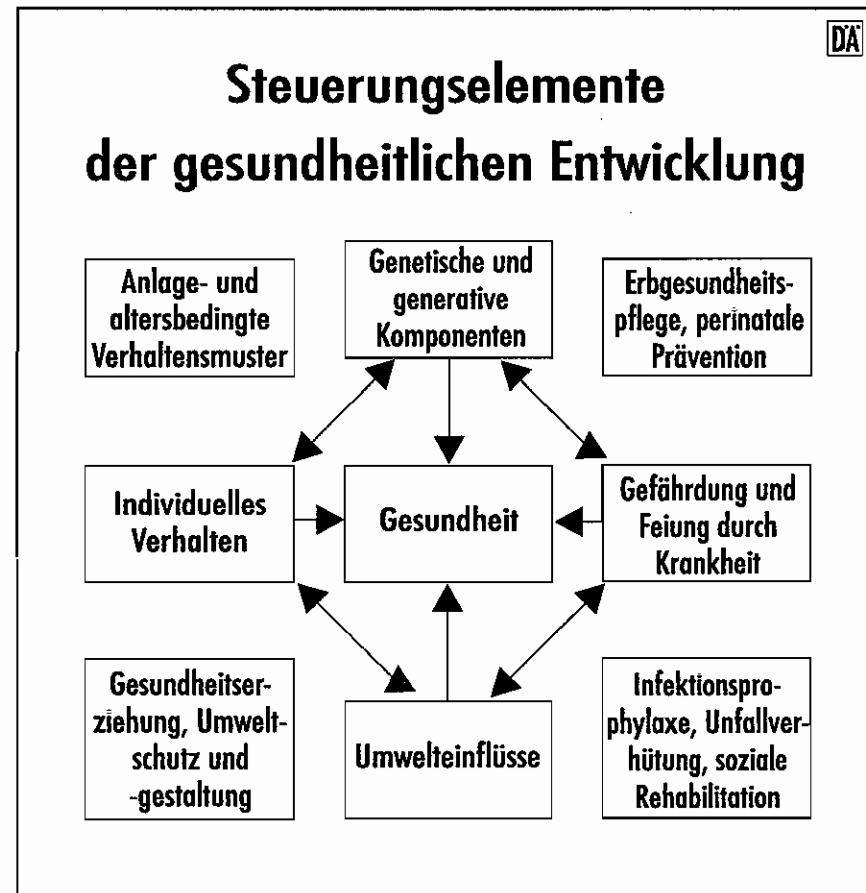
Ich werde mit allen meinen Kräften die Ehre und die edle Überlieferung des ärztlichen Berufes aufrechterhalten und bei der Ausübung meiner ärztlichen Pflichten keinen Unterschied machen weder nach Religion, Rasse noch nach Parteizugehörigkeit oder sozialer Stellung.

Ich werde jedem Menschenleben von der Empfängnis an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden.

Ich werde meinen Lehrern und Kollegen die schuldige Achtung erweisen. Dies alles verspreche ich feierlich auf meine Ehre.“

Abbildung 1: Das „Genfer Gelöbnis“ in der der Muster-Berufsordnung vorangestellten Fassung.

Abbildung 2:



1.6 Qualität der medizinischen Versorgung sichern

Die Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung ist ein herausragendes ärztliches Ziel zur bestmöglichen Versorgung der Patienten. Medizinische Standards, Richtlinien und Empfehlungen müssen weiterentwickelt werden. Dies wird dazu beitragen, im Patienteninteresse den hohen Stand der medizinischen Versorgung zu gewährleisten.

Alle an der gesundheitlichen Versorgung Beteiligten (Ärzteschaft, Krankenkassen, Krankenhausträger u. a.) müssen sich aktiv um Maßnahmen der Qualitätssicherung in der Medizin bemühen. Rationelle Untersuchungs- und Behandlungsabläufe können dabei auch die Wirtschaftlichkeit verbessern.

1.7 Gesundheits- und Sozialpolitik international orientieren

Eine Standortbestimmung der Gesundheits- und Sozialpolitik in Deutschland muß auf der Grundlage aussagekräftiger Daten auch im Hinblick auf die europäische Integration in der Europäischen Union erfolgen, um

- das Zusammenwirken der nationalen Sicherungssysteme für die Krankenversorgung unter Wahrung landesspezifischer Regelungen zu ermöglichen,
- den freien Dienstleistungsverkehr zu realisieren,
- Niederlassungsfreiheit zu gewährleisten und
- einen einheitlichen Markt für Arzneimittel zu sichern.

Die nach Öffnung der Grenzen im Osten einsetzende freiheitliche Gestaltung der dortigen Gesundheits- und Sozialsysteme ist nach Kräften zu fördern.

2. Grundsätze der Beziehung von Patient und Arzt

2.1 Der Patient und seine Erwartungen

Gesund zu sein und gesund zu bleiben ist seit Urzeiten der wichtigste Wunsch jedes Menschen. Aufgabe des Gesundheitswesens jeder Gesellschaft ist es, diesen Wunsch nach Möglichkeit zu erfüllen.

Der Patient erwartet, daß sein Arzt Zeit für ihn hat. Seine Individualität und Sensibilität erfordern Takt und Diskretion auf Seiten des Arztes und der mit ihm zusammenarbeitenden Fachberufe. Der Patient legt größten Wert darauf, daß alle Ärzte, die ihn ambulant oder stationär behandeln, ihre Tätigkeit optimal organisieren. Ihm ist es überaus wichtig, daß er die für ihn notwendigen medizinischen Leistungen auch bei schwerster und sehr lang dauernder Krankheit erhält.

2.2 Besonderes Vertrauensverhältnis

Die Beziehungen von Patient und Arzt setzen ein Vertrauensverhältnis besonderer Art voraus. Sie sind geprägt durch

- das Selbstbestimmungsrecht des Patienten und
- die berufliche Fürsorgepflicht des Arztes.

Voraussetzung für das Selbstbestimmungsrecht vor einem rechtmäßigen Heileingriff ist

- die angemessene ärztliche Aufklärung des Patienten über Möglichkeiten, Gründe, Folgen und mögliche Risiken sowie
- die Einwilligung des Patienten in die vom Arzt vorgesehenen Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen.

2.3 Ärztliche Fürsorgepflicht

Die berufliche Fürsorgepflicht des Arztes im Sinne der Hilfs- und Behandlungsbereitschaft verlangt vom Arzt ein Handeln, das am Wohle des Patienten, der Erhaltung und Wiederherstellung seiner Gesundheit und der Linderung von Schmerzen und Leiden ausgerichtet ist. Voraussetzung ist die Unabhängigkeit in der beruflichen Entscheidung. Das gilt gleichermaßen für niedergelassene, angestellte und beamtete Ärzte. Dies ist auch künftig gesetzlich zu garantieren.

Ärztliche Entscheidungen müssen frei von persönlichem Gewinnstreben nach dem Gebot der Menschlichkeit sowie nach bestem ärztlichen Wissen und Gewissen getroffen werden.

2.4 Selbstbestimmungsrecht des Patienten

Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten ergibt sich aus dem Persönlichkeitsrecht. Es begründet die selbstverantwortliche Mitwirkung des Patienten an der Wiederherstellung seiner Gesundheit.

Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten und ärztlich gebundener Behandlungsauftrag können in Widerspruch zueinander treten, wenn der Patient vom Arzt für erforderlich gehaltene Maßnahmen ablehnt oder wenn der Patient den Wunsch zu medizinischen Maßnahmen äußert, welche der Arzt nicht verantworten kann. Wenn es um die Entscheidung über die Vornahme eines vom Arzt für erforderlich gehaltenen Eingriffs geht, hat das Selbstbestimmungsrecht des Patienten Vorrang. Der Arzt ist gehalten, den Patienten über die Folge der Ablehnung eines ärztlich gebotenen Eingriffs aufzuklären, hat jedoch die Maßnahme zu unterlassen, wenn der Patient darauf besteht. Der Wunsch des Patienten zur Vornahme einer bestimmten Maßnahme ist für den Arzt

nicht verbindlich, wenn der Arzt diese Maßnahme medizinisch nicht vertreten kann. Denn der Arzt ist nicht bloßer „Auftragnehmer“ des Patienten. Der Arzt folgt vielmehr seinem durch das ärztliche Berufsverständnis und das Berufsrecht geprägten Behandlungsauftrag.

Das Gebot der Menschlichkeit begründet auch das Recht des Arztes, bei aller gebotenen Aufklärung dort eine Grenze zu ziehen, wo eine „schonungslose Offenbarung“ ärztlich nicht zu vertreten wäre.

2.5 Patientengeheimnis und ärztliche Schweigepflicht

Grundlage einer freien und vertrauensvollen Beziehung zwischen Patient und Arzt ist das Patientengeheimnis. Das Gebot der ärztlichen Schweigepflicht darf nur in Ausnahmefällen, beispielsweise bei überragendem Gemeinschaftsinteresse, durch eng umschriebene gesetzliche Regelungen durchbrochen werden. Gesetzliche Mitteilungspflichten müssen auf das medizinisch unerlässlich Notwendige beschränkt sein. Abgelehnt werden alle Versuche, das Patientengeheimnis im System der gesetzlichen Krankenversicherung zu durchbrechen, insbesondere die Absicht, „Transparenz“ über medizinische Behandlungsverläufe bei Patienten zu schaffen. Die privaten Versicherungen dürfen vom Kunden keine generellen Freistellungsklauseln von der ärztlichen Schweigepflicht verlangen, der Arzt darf sie nicht anerkennen. Bei der Nutzung der EDV zur Erfassung, Speicherung und Weitergabe von Patientendaten muß grundsätzlich die Einwilligung des Patienten eingeholt werden. Dabei sind besondere Vorkehrungen zu treffen, um einen mißbräuchlichen Zugriff auf gespeicherte Daten zu verhüten.

2.6 Informationsrecht des Patienten

Der Patient hat ein Recht auf Einblick in seine Krankenunterlagen. Das Einsichtsrecht ist auf objektive physische Befunde und Berichte über Behandlungsmaßnahmen beschränkt.

2.7 Prädiktive Medizin

Die prädiktive Medizin, insbesondere die Genomanalyse kann das Persönlichkeitsrecht des Menschen besonders beeinträchtigen. Die Genomanalyse ist deshalb an die ausdrückliche Zustimmung des Patienten gebunden. Bei der Speicherung genetischer Daten sind besondere Vorkehrungen zur Sicherung der Vertraulichkeit zu schaffen. Dem Patienten

steht ein Anspruch auf Löschung der gespeicherten Daten zu, auch wenn er zuvor die Einwilligung zur Speicherung gegeben hat.

2.8 Arzt als freier Beruf

Die durch § 1, Abs. 2 der Bundesärzteordnung bestimmte rechtliche Charakterisierung des Arztberufs als freier Beruf begründet das Recht und die Pflicht zur Unabhängigkeit in medizinischen Entscheidungen. Diese müssen den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst und dem anerkannten Stand der Wissenschaft entsprechen. Der Arzt muß daher in seiner Berufsausbildung die hierfür erforderlichen Kenntnisse und Erfahrungen erwerben und durch regelmäßige Fortbildung erhalten und ergänzen, die Grenzen seines eigenen ärztlichen Könnens erkennen und nötigenfalls rechtzeitig einen anderen Arzt einschalten. Er darf auch keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Weisungen beachten, die mit seiner ärztlichen Aufgabe und seinem Behandlungsauftrag gegenüber dem Patienten unvereinbar sind und deren Befolgung er nicht verantworten kann.

2.9 Freie Arztwahl

Die freie Arztwahl ist unverzichtbare Voraussetzung für das Entstehen der individuellen, auf gegenseitigem Vertrauen aufbauenden Patienten/Arzt-Beziehung. Das Recht des Patienten auf freie Arztwahl muß im System der gesetzlichen Krankenversicherung garantiert bleiben.

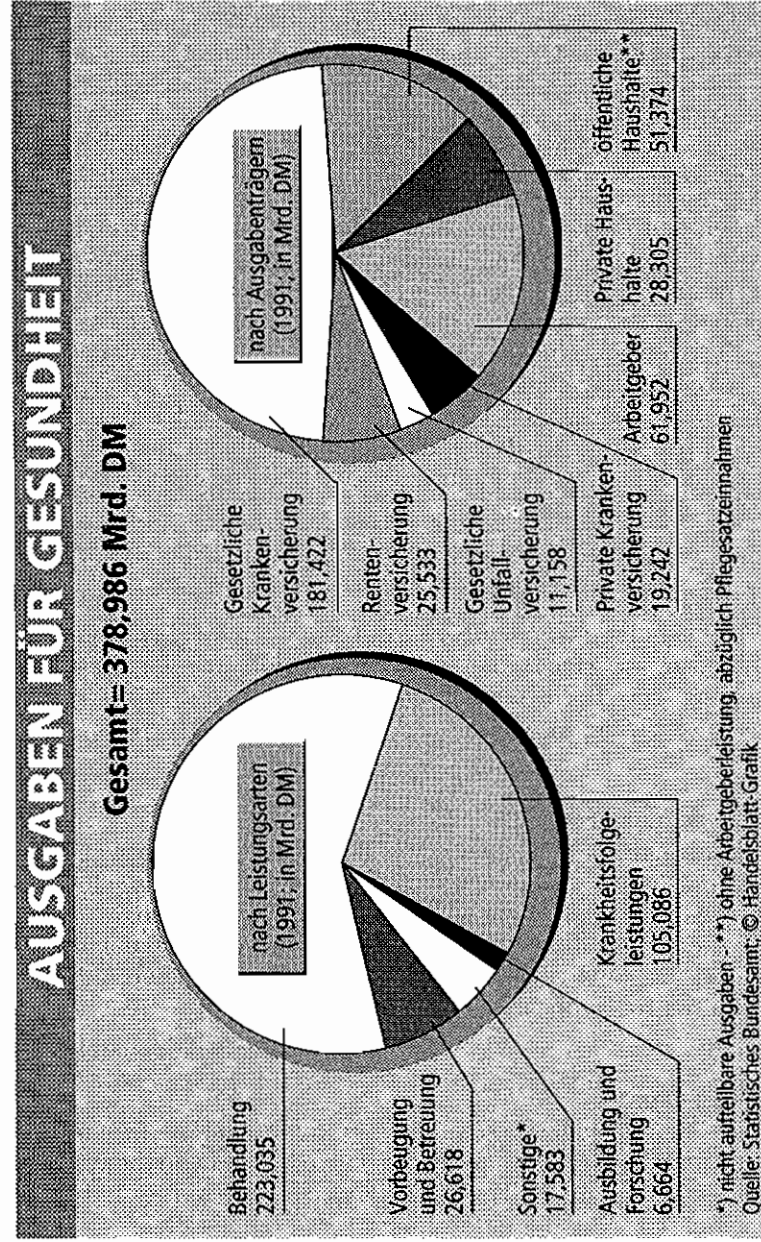
2.10 Wissenschaft und Forschung

Die Erprobung neuer, wissenschaftlich noch nicht hinreichend gesicherter Untersuchungs- und Behandlungsmethoden darf nur nach angemessener Aufklärung des Patienten über Risiken und Alternativen erfolgen. Durch die Einschaltung von Ausschüssen entsprechend der Deklaration von Helsinki muß gewährleistet sein, daß die ethischen Anforderungen an solche Heilversuche gewahrt werden.

2.11 Sterbebegleitung

Der sterbende Mensch bedarf besonderer Betreuung und Hinwendung. Bei der Entscheidung über die Fortführung von Behandlungsmaßnahmen sollte unter Berücksichtigung des Willens des Patienten nach den „Richtlinien zur Sterbebegleitung“ der Bundesärztekammer verfahren werden.

Abbildung 3:



3. Medizin und Ökonomie

3.1 Medizinische vor ökonomischer Orientierung

Grundprinzip ärztlichen Handelns ist es, den Patienten mit allen im Einzelfall notwendigen Leistungen auf der Grundlage des jeweiligen Standes von medizinischer Wissenschaft und Technik zu versorgen. Das Gebot der Wirtschaftlichkeit ist dabei zu beachten.

Die Ärzteschaft muß die zur Verfügung stehenden Ressourcen unter Beachtung möglichst großer Effizienz nutzen. Infolge der Ressourcenknappheit diskutiert sie verstärkt Fragen der Gesundheitsökonomie und Optimierungsstrategien. Im einzelnen Versorgungsfall können ethische Entscheidungskonflikte auftreten. Diese erfordern Lösungen, ohne die notwendige Versorgung des Patienten in Frage zu stellen.

3.2 Gesundheit hat ihren Preis

Der Grundsatz der Beitragsatzstabilität ist ein politisches Ziel, aber kein den Versorgungsnotwendigkeiten angemessenes Kriterium zur Steuerung der Finanzmittel für das Gesundheitswesen.

Medizinischer Fortschritt und demographische Entwicklung führen zu einer Leistungs- und Ausgabendynamik im Gesundheitswesen, die mit einer Mobilisierung möglicherweise verborgener „Wirtschaftlichkeitsreserven“ allein nicht mehr aufgefangen werden kann. Immer mehr Menschen, die früher ohne die Möglichkeit wirksamer Hilfe gestorben wären, erreichen durch den medizinischen Fortschritt ein höheres Lebensalter. Häufig ist allerdings Dauerbehandlungsbedürftigkeit der Preis. So nimmt die Lebenserwartung ständig zu. Nach wie vor sind hohes Alter bei hoher Lebensqualität Wunsch des Bürgers und Ziel ärztlichen Handelns und einer humanen Gesundheitspolitik.

Zwangsläufige Folge dieser Entwicklung ist es, daß die Krankheitshäufigkeit in der Gesamtbevölkerung statistisch ansteigt. Es gibt also um so mehr Behandlungsbedürftige, je besser die Medizin mit wirksamen Verfahren vorzeitigen Tod verhindern kann. Dies stellt insbesondere an die Krankenversorgung und die Rehabilitation höhere Ansprüche, die ihrerseits Leistungssteigerungen notwendig machen. Diese medizinische Dynamik entwickelt sich unabhängig vom Wirtschaftsgeschehen. Mit dem Grundsatz der Beitragsatzstabilität kann sie nicht gesteuert werden und ist mit den Erwartungen der Patienten und ihrer Angehörigen nicht in Einklang zu bringen.

3.3 Keine Steuerung durch Budgetierung

Weder eine Budgetierung der Gesamtausgaben für einen so umfassenden Versicherungsschutz, wie ihn die gesetzliche Krankenversicherung zur Zeit bietet, noch eine Budgetierung für einzelne Leistungsbereiche ist mit den Ansprüchen der in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten in Einklang zu bringen. Die Finanzierung der Gesundheitsleistungen muß sich nach dem Leistungsbedarf richten, nicht umgekehrt.

Wenn die Solidarität der in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten mit den bisherigen umfassenden Leistungsansprüchen überfordert ist, wird eine Neubestimmung des Versicherungsumfanges erforderlich.

3.4 Rationalisierung im Gesundheitswesen — ja; Rationierung von Gesundheitsleistungen — nein

Das Gebot der Wirtschaftlichkeit muß auch im Gesundheitswesen gelten. In der gesetzlichen Krankenversicherung sind nur notwendige, zweckmäßige und ausreichende Leistungen versichert. Es ist Aufgabe des Arztes, das im Einzelfall Erforderliche zu tun und zu verordnen. Dabei ist für eine Rationierung im Einzelfall so lange kein Raum, so lange keine Begrenzung der Behandlungsmöglichkeiten dies erzwingt. Aber auch eine Einschränkung der Finanzierung gesundheitlicher Leistungen über einen staatlich gesteuerten Preisverfall oder bürokratisch gesteuerte Leistungsbarrieren kann sich durch Abnahme der Leistungsbereitschaft und Minderung der Leistungsqualität negativ auswirken. Das muß die Politik bedenken, wenn aus medizinfremden Gesichtspunkten der Leistungsumfang begrenzt werden soll. Dafür muß die Politik uneingeschränkt die Verantwortung übernehmen. Der Arzt dagegen muß im Einzelfall entscheiden, wie mit den ihm zur Verfügung stehenden Mitteln eine bestmögliche Versorgung des Patienten zu sichern ist. Werden ihm dabei sachfremde Grenzen gesetzt, wird er nach anderen Wegen suchen, um seinem beruflichen Auftrag gerecht zu werden. Es darf ihm nicht vorgeschrieben werden, ob er bei bestimmten Patienten bestimmte Leistungen nicht erbringen darf; seine ärztliche Entscheidung darf sich nicht an der finanziellen Situation der Krankenversicherung ausrichten.

3.5 Anforderungen an eine patientengerechte Gesundheitsreform

Die Erhaltung der solidarisch und sozial finanzierten gesetzlichen Krankenversicherung erfordert eine Neuorientierung der Gesundheits- und Sozialpolitik. Das gewachsene, beitragsfinanzierte und selbstverwaltete

System der Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland hat — nicht zuletzt im Vereinigungsprozeß der beiden deutschen Staaten — insgesamt seine hohe Leistungsfähigkeit und Flexibilität bewiesen. Nationale, steuerfinanzierte und staatlich bestimmte oder aber alternative Systeme mit streng marktwirtschaftlicher Ausrichtung konnten eine vergleichbare Leistungsfähigkeit nicht nachweisen. Leistungsumfang und Struktur der gesetzlichen Krankenversicherung müssen den sich ändernden Rahmenbedingungen, nicht zuletzt der Leistungsfähigkeit der Volkswirtschaft, angepaßt werden. Dieser Prozeß erfordert eine Neubestimmung auf die bewährten Grundsätze der gesetzlichen Krankenversicherung — Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität. Die deutsche Ärzteschaft wird Reformen unterstützen, die den für eine humane und am wissenschaftlichen Fortschritt orientierte gesundheitliche Versorgung erforderlichen Handlungsspielraum wiederherstellen. Dabei sind folgende Grundsätze zu beachten:

- Ausrichtung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung auf das medizinisch Notwendige, Zweckmäßige und Ausreichende;
- Nutzung der ab 1996 garantierten Wahlfreiheit der Versicherten unter allen Krankenkassen;
- Schaffung von Wahlmöglichkeiten im Leistungsangebot der Krankenkassen entsprechend den individuellen Versorgungsnotwendigkeiten;
- Beachtung der bewährten Grundsätze „Eigenverantwortung“, „Subsidiarität“ und „Solidarität“ in dieser Reihenfolge unter Berücksichtigung gewandelter Lebensbedingungen und gesellschaftlicher Veränderungen;
- Stärkung der Eigenverantwortung des Versicherten im Sinne der Selbstbestimmung eines mündigen Bürgers;
- Schaffung von Anreizen für alle Beteiligten im System der Krankenversicherung zu wirtschaftlicher Verhaltensweise;
- Entscheidungen des Gesetzgebers auf der Grundlage sachgerechter Orientierungsdaten;
- Anpassung der Leistungsfähigkeit des Systems an den medizinisch-wissenschaftlichen und technischen Fortschritt;
- Flexibilisierung des Versicherungsumfanges durch Stärkung der Rechte der Selbstverwaltung;
- Vermeidung bewußt herbeigeführter individueller Risiken im Interesse der Solidarität der Risikogemeinschaft;
- Beschränkung des Staates als Versorgungsträger auf die Verantwortung beim Schließen verbliebener Versorgungslücken.

3.6 Selbstverwaltung und Subsidiarität als Gestaltungsprinzipien

Selbstverwaltungen sind ein Beispiel für subsidiäre Entscheidungsebenen.

Die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland hat ihre Leistungsfähigkeit trotz wechselnder politischer Systeme unter Beweis gestellt.

Die Selbstverwaltung ist auch heute das geeignete Instrument zur Gestaltung der notwendigen Reformen. Worauf sich die unmittelbar Beteiligten, die Versicherten und diejenigen, die für sie tätig werden sollen, in Verträgen einigen, wird auf Selbstverwaltungsebene entschieden.

Die Ärzteschaft spricht sich nachdrücklich dafür aus, daß sich der Staat in Zukunft auf die Erhaltung des rechtlichen Rahmens dafür beschränkt.

Schutz der Lebensgrundlagen

4. Umweltgestaltung und Umweltschutz

4.1 Umweltschutz ist Lebensschutz

Die Zivilisationsgesellschaft hat die natürlichen Ressourcen auf der Erde in den letzten 100 Jahren extrem beansprucht. Umweltschutz ist die zwingende Voraussetzung für menschliches Leben in der Zukunft. Die Gefährdung unserer Umwelt erfordert ärztliches Handeln für die jetzige und alle nachfolgenden Generationen.

4.2 Umweltschutz als ärztliche Aufgabe

Ärzte haben sich für den Schutz des Lebens vor gesundheitsbeeinträchtigenden Veränderungen der natürlichen und der von Menschen gestalteten Umwelt einzusetzen. Sie sind verpflichtet, die Belange des Umweltschutzes auch im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit zu beachten und zu wahren.

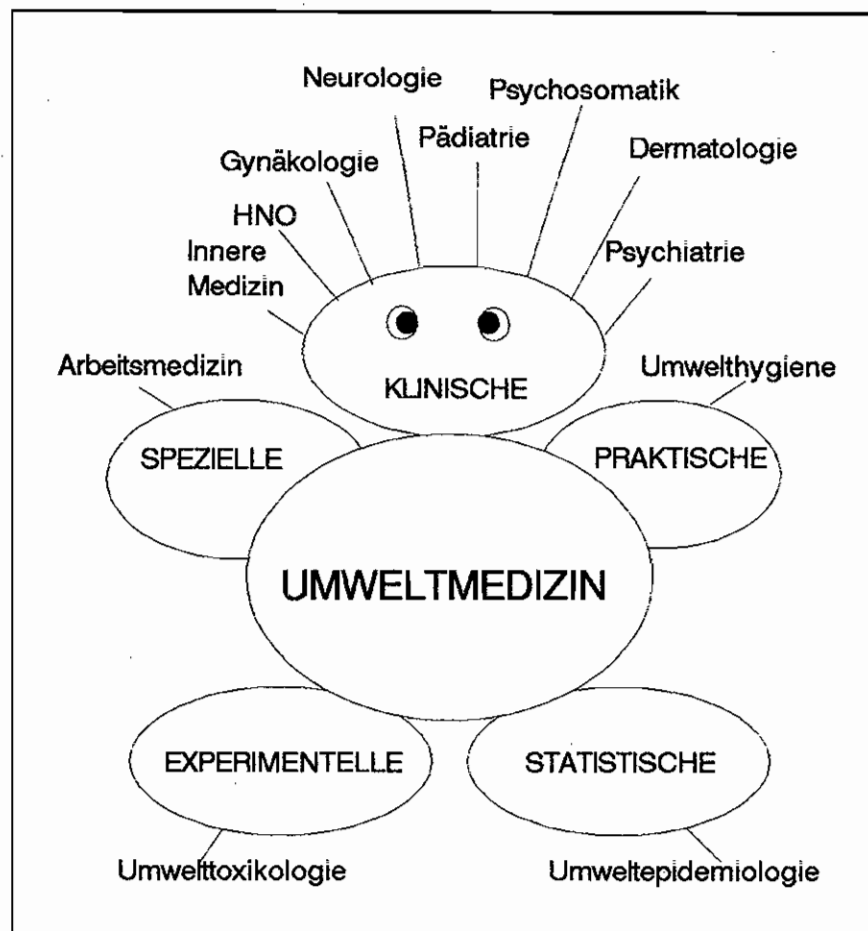
Planung, Erstellung und Betrieb des ärztlichen Arbeitsplatzes müssen die Erkenntnisse über Umweltschutz und Vermeidung von Umwelttoxinen berücksichtigen. Die zur Ausübung des ärztlichen Berufes benötigten Produkte dürfen in Herstellung, Beschaffung, Gebrauch und Entsorgung die Umwelt nicht stärker belasten, als es nach dem jeweiligen Stand der Technik unvermeidlich ist.

4.3 Umweltmedizin an wissenschaftlichen Erkenntnissen orientieren

Die umweltmedizinische Tätigkeit des Arztes muß die anerkannten, wissenschaftlich abgesicherten Erkenntnisse über die Beziehung zwischen den Umwelteinflüssen und dem Auftreten gesundheitlicher Beschwerden oder dem Entstehen von Krankheiten beachten.

Dieser Grundsatz ärztlichen Handelns ist gerade in der Umweltmedizin wegen des derzeit nur unvollständigen Wissens über Gesundheitsrisiken von Umwelteinflüssen hervorzuheben.

Abbildung 4:



4.4 Unabhängigkeit und Objektivität der Umweltmedizin

Wesentliche ärztliche Aufgaben in der Umweltmedizin sind Wahrnehmung und Beurteilung möglicher Umwelteinflüsse hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Bedeutung und ökologischen Gesamtauswirkung. Die Beurteilung wird dadurch erschwert, daß für das Auftreten gesundheitlicher Beschwerden und das Entstehen von Krankheiten eine Vielzahl unterschiedlicher und sich möglicherweise gegenseitig verändernder Einflüsse in Betracht gezogen werden muß. Die bisher bekannten Umweltrisiken sind im Vergleich zu individuellen Verhaltensrisiken relativ gering. Die Risikoordnung erfordert eine unvoreingenommene Position des Arztes. Dem öffentlichen Gesundheitsdienst kommt dabei eine Schlüsselfunktion für den gesundheitsbezogenen Umweltschutz zu.

4.5 Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Umweltmedizin

Die ärztliche Versorgung der Bevölkerung bei umweltmedizinischen Problemen ist nur möglich durch interdisziplinäre Zusammenarbeit von Ärzten für Hygiene und Umweltmedizin, für Arbeits- und Betriebsmedizin und von umweltmedizinisch weitergebildeten Ärzten in Wissenschaft, Klinik, Praxis und öffentlichem Gesundheitsdienst.

Voraussetzung für fachlich qualifizierte umweltmedizinische Patientenversorgung ist bei der Komplexität der Materie auch die enge Kooperation mit anderen Fachberufen im Gesundheitswesen und mit nicht-ärztlichen Spezialisten aus Naturwissenschaft, Technik, Verwaltung.

4.6 Neue Kommunikationsformen für die Umweltmedizin

Fachlich kompetente umweltmedizinische Betreuung erfordert die Einrichtung elektronischer Kommunikationssysteme zum Abfragen von Expertenwissen (zum Beispiel aus Giftzentralen) sowie zur umweltmedizinischen Gesundheitsberichterstattung durch Beobachtungseinrichtungen (zum Beispiel Beobachtungspraxen).

5. Gesundheitsförderung und Prävention

5.1 Gesundheitsförderung dient der Lebensqualität

Die Altersstruktur der Bevölkerung, die Zunahme chronischer Erkrankungen und die hohen Folgekosten von Verletzungen erfordern mehr denn je eine wirksame Gesundheitsförderung. Diese soll dem Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung und Eigenverantwortung für

DÄ

Grundlagen und Methoden der Gesundheitsförderung

Strategien der Gesundheitsförderung

Kommunikation und Motivation

Verhalten und Gesundheit

Methoden der Gesundheitsförderung:

- Individuelle Gesundheitsberatung
- Gruppenarbeit mit Risikopersonen oder Kranken
- Mitwirkung an öffentlichen Gesundheitsprogrammen

Die häufigsten Beratungsprobleme in Praxis und Klinik

Spezielle Beratungsmethoden und Beratungsziele in der ärztlichen Gesundheitsförderung

Beratungsmethoden

Ernährungsberatung

Bewegungstraining

Stressberatung und Entspannungsmethoden

Grundlagen der ambulanten Rehabilitation

Kooperation und Öffentlichkeitsarbeit

Beratungsziele

Gesundheitsförderung in allen Lebensabschnitten

Gesundheitsförderung bei chronischen Erkrankungen

Gesundheitsförderung bei Suchtproblemen

Gesundheitsförderung im Arbeitsleben

Sexualmedizinische Prävention

Lebenskrisen und Suizidprävention

Abbildung 5: Gesundheitsförderung als ärztliche Aufgabe: Themen eines Lehrgangs „Ärztliche Gesundheitsförderung“ der Bundesärztekammer.

seine Gesundheit vermitteln. Nur dadurch kann gewährleistet werden, daß der einzelne bis ins hohe Alter das Mögliche zur Erhaltung seiner Lebensqualität beitragen kann. Dazu notwendige gesundheitspolitische Voraussetzungen sind:

- die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik,
- die Gestaltung gesundheitsfördernder Lebensbedingungen,
- die Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen,
- die Neuorientierung der Gesundheitsdienste.

Die Tätigkeit des einzelnen Arztes konzentriert sich dabei auf

- individuelle Gesundheitsberatung in der Sprechstunde,
- Entwicklung persönlicher Kompetenzen,
- Gruppenarbeit mit Risikopersonen, Behinderten oder Kranken,
- Mitwirkung an öffentlichen Gesundheitsprogrammen.

5.2 Gesundheitsförderung durch Gesundheitserziehung

Verhaltensweisen bilden sich in der Kindheit und gerade in der Schulzeit heraus. Frühzeitige Gesundheitserziehung kann daher lebenslang wirken und sollte deshalb Grundlage aller gesundheitsfördernden Strategien werden. Dennoch ist die Gesundheitserziehung in Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder und besonders in der Schule immer noch unzureichend.

Die Ärzteschaft fordert, Gesundheitserziehung in Kooperation mit Ärzten als Pflichtfach in die Lehrer- und Erzieherausbildung und als Unterrichtsstoff lehrfachübergreifend in den schulischen Alltag aufzunehmen. Im Hinblick auf praktische Präventionsbemühungen ist es eine besondere Aufgabe der Ärzteschaft, sich aktiv an Gesundheitserziehungsmaßnahmen in Kindergarten, Schule, Ausbildungsstätten und Sportvereinen zu beteiligen.

5.3 Das ärztliche Gespräch im Mittelpunkt

Die Stärkung der individuellen Fähigkeiten, mit der Gesundheit und den Problemen von Krankheit selbstverantwortlich umzugehen, gehört zu den wichtigsten Zielen der Gesundheitsförderung. Deshalb steht die ärztliche Gesundheitsberatung im Mittelpunkt der Gesundheitsförderung, da sie insbesondere darauf abzielt, dem Patienten Kompetenzen für einen gesunden Lebensstil zu vermitteln, wie zum Beispiel die

- Kenntnis gesunder Lebensweise und krankmachender Faktoren,
- persönliche Einstellung zu gesundheitsförderndem Lebensstil,
- Veränderung des Verhaltens.

5.4 Hilfe zur Selbsthilfe

Für immer mehr chronisch Kranke sind Selbsthilfegruppen ein Weg, um das Leben mit der Krankheit so gut wie möglich zu bewältigen. Für den Arzt, von dem Selbsthilfegruppen ein partnerschaftliches Miteinander erwarten, ergeben sich vielfältige Kooperationsformen:

- Information und Beratung der eigenen Patienten über Selbsthilfegruppen,
- Beratung der Selbsthilfegruppen in medizinischen Fragen,
- organisatorische Hilfen,
- Unterstützung bei Öffentlichkeitsarbeit.

5.5 Gesundheitsförderung in die ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung integrieren

Gesundheitsberatung und gesundheitsfördernde Gruppenarbeit werden stärker als bisher Bestandteil des ärztlichen Handelns sein. Theorie und Praxis von Prävention und Gesundheitsförderung müssen in den ärztlichen Aus- und Weiterbildungsgängen und Prüfungen stärkere Bedeutung erhalten.

In dem darauf ausgerichteten Fortbildungsprogramm sollten problemorientierte, didaktische Fähigkeiten vermittelt werden.

Das kurativ ausgerichtete Handlungsprofil des Arztes ist durch Beratungs- und Betreuungsaufgaben zu ergänzen. Dadurch erlangt der Arzt die Kompetenz zur notwendigen Koordination und Teamarbeit mit den anderen Fachberufen im Gesundheitswesen. Ohne kompetente ärztliche Koordination ist von einer Teamarbeit mit anderen Gesundheitsberufen kein befriedigendes Ergebnis zu erwarten.

Die Ärzteschaft muß die Aufgaben der Gesundheitsförderung als soziale Verpflichtung zusätzlich zu ihren individual-medizinischen Pflichten auffassen.

5.6 Gesundheitsförderung: berufsübergreifend und flächendeckend

Eine wirksame Gesundheitsförderung macht die Entwicklung neuer kooperativer Strukturen mit den Angehörigen der Fachberufe aus dem Gesundheitswesen notwendig. Ärztlich geleitete Gesundheitseinrichtungen können die Bevölkerung mit Hilfe qualitätsgesicherter Präventionskonzepte versorgen. Auch individuelle Trainingspläne auf der Grundlage der dem Arzt bekannten Gesundheitsrisiken bewirken mehr als Screening-Untersuchungen ohne Konsequenzen.

Die Vielzahl von gesundheitsfördernden Angeboten, insbesondere auf

kommunaler Ebene, erfordert eine Koordination zum Informationsaustausch, zur Bestandsaufnahme von Aktivitäten, zur Anregung neuer Maßnahmen und zur Öffentlichkeitsarbeit.

Träger solcher Koordinationsaufgaben können lokale Arbeitsgemeinschaften für Gesundheitsförderung sein, in denen die ärztlichen Organisationen, Krankenkassen und der öffentliche Gesundheitsdienst mitwirken und mit überregionalen Gremien zusammenarbeiten.

Gesundheitsfördernde Maßnahmen erweitern den Rahmen der klassischen Krankenversicherung, sind sehr zeitaufwendig und erfordern entsprechende finanzpolitische Entscheidungen.

5.7 Qualität von Prävention und Gesundheitsberatung sichern

Für die Qualität der eigenen, insbesondere aber auch der verordneten, präventiven Maßnahmen ist der Arzt verantwortlich. Bei vielen Angeboten zur Prävention und Gesundheitsberatung fehlen noch wissenschaftliche Grundlagen. Daher sind Begleitforschung und qualitätssichernde Maßnahmen im Bereich der Prävention und Gesundheitsberatung notwendig.

6. Medizinische Forschung

6.1 Grundlagenforschung und angewandte Forschung

Die Gewichte zwischen Grundlagen- und angewandter Forschung haben sich im Laufe der letzten Jahrzehnte für die Biologie und Medizin grundlegend verschoben. Aus dem Bereich der angewandten Wissenschaft erhält die Grundlagenforschung wichtige Impulse. Diese Kooperation zwischen Grundlagenforschung und angewandter (zum Beispiel klinischer) Forschung hat, wie die Beispiele der Gentechnologie (Prädiktive Medizin, Arzneimittel-„Gewinnung“), Mikroelektronik (etwa bildgebende Verfahren) sowie Chemie (biochemische Diagnostik) zeigen, zu bedeutsamen Ergebnissen geführt.

Diese Ansätze interdisziplinärer Zusammenarbeit (auch zwischen Universität und Industrie) gilt es, unter strengen ethischen und juristischen Prämissen und unter Berücksichtigung der Stellungnahme der Ethik-Kommissionen gezielt zu fördern.

Die Bildung von Förderschwerpunkten ist angesichts knapper finanzieller Mittel unverzichtbar. Dies könnte zum Beispiel durch Konsensus-Konferenzen und unter Beteiligung von Organisationen der Forschung erfolgen.

Derartige Forschungs-Schwerpunkte sollten grundsätzlich auch auf patientenbezogene und anwendungsorientierte Erkenntnisgewinne abzielen (zum Beispiel Krebserkrankung, Herz-Kreislauf-, Infektions- und Sucht-Krankheiten).

6.2 Individualrecht und Forschungsfreiheit

Forschungsfreiheit und Patientenrechte können in einem Spannungsverhältnis stehen.

Die in den Artikeln 1 und 2 des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland (GG) garantierten Grundrechte des Einzelnen sind in den Entscheidungsprozeß einzubeziehen, ebenso wie die Freiheit der Forschung und Lehre in Artikel 5 GG. Die Einschränkung individueller Ansprüche bedarf besonderer gesetzlicher Grundlagen. Dies ist mit dem Volkszählungsurteil des Bundesverfassungsgerichts von 1983 mit der Verankerung des informationellen Selbstbestimmungsrechts konkretisiert worden. Auf dieser Grundlage müssen unter Wahrung ethischer Gesichtspunkte die Rahmenbedingungen für eine qualitativ hochentwickelte ärztliche Versorgung der Bevölkerung gewährleistet werden.

6.3 Epidemiologie und Datenschutz

Epidemiologische Studien tragen dazu bei, Krankheits-Ursachen sowie Zusammenhänge mit weiteren Krankheiten zu klären. Das gilt insbesondere für

- Infektionskrankheiten,
- umweltbedingte Störungen,
- Krebserkrankungen und
- Herz-/Kreislaufkrankungen.

Epidemiologische Daten sind auch Grundlage für gezielte Prävention am Arbeitsplatz.

Solche Forschungsvorhaben müssen unter Berücksichtigung der Rechte und Pflichten des Patienten und des Arztes ermöglicht werden.

Auch hier bedarf es der Abwägung zwischen ärztlicher Schweigepflicht und den legitimen Interessen der Forschung. Bestimmte wissenschaftliche Fragestellungen und Forschungsziele können nur erfolgreich unter Nutzung personenbezogener Patientendaten bearbeitet werden.

Das Interesse am Geheimnisschutz wird nicht verletzt durch Verwendung personenbezogener Daten zur Forschung,

- wenn diese von schweigepflichtigen Ärzten durchgeführt werden,

- wenn Mißbrauch der Daten zu Lasten des Patienten praktisch ausgeschlossen ist,
- wenn die Veröffentlichung der Forschungsergebnisse nur anonymisiert erfolgt.

Die Zustimmung des Patienten zur Nutzung seiner Daten zur Forschung braucht nicht eingeholt zu werden, wenn die oben genannten Voraussetzungen erfüllt sind und

- wenn die Aufklärung darüber dem Patienten schaden kann, oder
- wenn der Patient mit zumutbarem Aufwand nicht erreichbar ist
- und eine dezentrale Anonymisierung beim behandelnden Arzt vorgenommen wurde.

Das Recht des Patienten, der Verwendung seiner Daten zu Forschungszwecken zu widersprechen, bleibt unberührt.

Rückfragen von Forschern an Patienten dürfen nur über den behandelnden Arzt gehen.

6.4 Forschung und Ethik

Auch die Gesundheitsforschung unterliegt ethischen Maßstäben, wie sie in der Deklaration des Weltärztebundes von Helsinki niedergelegt und Bestandteil der Berufsordnung der deutschen Ärzte sind.

Sie umfassen die Ziele eines wissenschaftlichen Projektes, die Qualitätssicherung und die Risikokontrolle. Grundlagenforschung und anwendungsorientierte klinische Forschung müssen in jeder Phase diesen ethischen Maßstäben gerecht werden.

7. Anfang und Ende des Lebens

Der Schutz des ungeborenen Lebens

7.1 Ärztliche Aufgaben bei ungewollter Schwangerschaft

Der Schutz des Lebens ist oberstes Gebot ärztlichen Handelns. Dies gilt auch für das ungeborene menschliche Leben. Daraus folgt:

- Das Bewußtsein muß gefestigt werden, daß ein Schwangerschaftsabbruch Tötung menschlichen Lebens bedeutet.
- Aus der ethischen, in der Deklaration des Weltärztebundes von Oslo bekräftigten Verpflichtung, auch das ungeborene Leben im Mutterleib zu schützen, folgt, daß der Arzt eine Schwangerschaft dann abbrechen und damit ungeborenes Leben töten darf, wenn dies indiziert und, gegebenenfalls nach Beratung der Schwangeren, als therapeutische

Maßnahme erforderlich ist, um deren Leben zu erhalten oder schweren Gesundheitsschaden von ihr abzuwenden.

- Die Aufklärung und Beratung haben den Besonderheiten des Schwangerschaftsabbruches Rechnung zu tragen.
- Die ethische Verantwortung des Arztes gilt unvermindert auch in solchen Fällen, in denen ein Schwangerschaftsabbruch — obzwar grundsätzlich rechtswidrig — straffrei bleibt. Auch der Entschluß der Schwangeren zum Abbruch im Rahmen der gesetzlichen Beratung ändert nichts an der ärztlichen Verantwortung.
- Der Arzt ist berechtigt, die Durchführung oder die Mitwirkung bei der Durchführung eines Schwangerschaftsabbruches zu verweigern, außer in akuten Fällen von ernster Gefahr für das Leben oder schwerwiegender Beeinträchtigung der Gesundheit der Schwangeren. Auch für angestellte Ärzte gilt dieses Recht uneingeschränkt.
- Der den Schwangerschaftsabbruch durchführende Arzt ist zur lückenlosen und genauen Dokumentation, besonders über Aufklärung und Beratung der Schwangeren verpflichtet. Dabei müssen die Gründe für die Überzeugung des Arztes festgelegt werden, daß der Schwangerschaftsabbruch der Frau in ihrem sozialen Konflikt hilfreich sein kann.
- Auch für den Schwangerschaftsabbruch müssen die Maßgaben der Qualität ärztlichen Handelns gelten. Es ist unabdingbar, daß der Abbruch von einem/einer Facharzt/-ärztin für Gynäkologie ausgeführt wird. Notwendige Narkosen dürfen nur von Fachärzten/-ärztinnen für Anästhesie durchgeführt werden.

7.2 Schwangerschaftsabbruch ist kein Mittel der Familienplanung

Die Verhütung ungewollter Schwangerschaften ist ein hochrangiges gesundheitspolitisches Ziel zur Vermeidung von Schwangerschaftsabbrüchen. Das bedeutet:

- Hinwirkung auf eine möglichst breite Akzeptanz aller Bevölkerungsschichten für Schwangerschaftsprävention.
- Frühe Erziehung von Kindern und Jugendlichen zum verantwortlichen Umgang mit ihrem Körper und der Sexualität.
- Umfassende Information der Heranwachsenden über den Verlauf des vorgeburtlichen Lebens.
- Vollständige Unterrichtung der Jugendlichen und Heranwachsenden über Fragen und Methoden der Empfängnisverhütung.
- Bereitschaft der Ärzteschaft, in der Schule und bei der Erwachsenenbildung an allen Maßnahmen der Erziehung und Information der Bevölkerung über partnerschaftliche Verantwortung für Familien- und

Geburtenplanung, Schwangerschaft und Kinderbetreuung in geeigneter Weise mitzuwirken.

- Erleichterung des Zugangs der Bevölkerung zu mechanischen Schwangerschaftsverhütungsmitteln und zu ärztlich verordneten hormonellen Kontrazeptiva, bei bestimmten Bevölkerungsgruppen auch mit Hilfe einer kostenfreien Abgabe.
- Verbesserung der sozialen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, um Elternschaft und Berufstätigkeit gleichzeitig zu ermöglichen.

Beistand bis zum Tod

7.3 Sterbebegleitung

Ein Sterbender ist ein Kranker oder Verletzter mit irreversiblen Versagen einer oder mehrerer vitaler Funktionen, bei dem der Eintitt des Todes in kurzer Zeit zu erwarten ist.

Zu den Pflichten des Arztes, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern, gehört auch, dem Sterbenden bis zu seinem Tode zu helfen. Die Hilfe besteht in Behandlung, Beistand und Pflege. Ihr Ziel ist es, dem Sterbenden so beizustehen, daß er in Würde zu sterben vermag. Viele Sterbende, insbesondere solche mit bösartigen Erkrankungen, leiden unter Schmerzen. Die adäquate Therapie der Schmerzen stellt eine ethische Pflicht des Arztes dar. Die hier bestehenden, vielfach dokumentierten Mängel, insbesondere in der Indikationsstellung zur Opiatherapie, sind dringend zu überwinden.

7.4 Grenzen der Behandlung

Grundsätzlich setzt der Arzt bei der Behandlung von Kranken und Verletzten die Maßnahmen ein, die der Lebenserhaltung und/oder Leidensminderung dienen. Bei urteilsfähigen Patienten hat er dabei den Willen des angemessen aufgeklärten Patienten zu respektieren, auch wenn dieser Wille sich nicht mit den vom Arzt für geboten angesehenen Diagnose- und Therapiemaßnahmen deckt. Das gilt auch für die Beendigung schon eingeleiteter lebenserhaltender technischer Maßnahmen. Der Arzt soll Kranken, die eine notwendige Behandlung ablehnen, helfen, ihre Einstellung zu überwinden.

Bei bewußtlosen oder sonst entscheidungsunfähigen Patienten sind die dem in der konkreten Situation ermittelten mußmaßlichen Willen des Kranken entsprechenden erforderlichen Behandlungsmaßnahmen durchzuführen. Bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens sind frühere

schriftliche Äußerungen oder Erklärungen gegenüber nahestehenden Personen lediglich ebenso Anhaltspunkte wie religiöse Einstellung, Schmerzen und Lebenserwartung. Hat der Patient zu einem früheren Zeitpunkt einen Dritten legitimiert, für ihn zu entscheiden, so muß der Arzt bei der Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens den Dritten mit einbeziehen.

Ist der Patient minderjährig und noch nicht entscheidungsfähig, so ist die Entscheidung der gesetzlichen Vertreter einzuholen und zu beachten, sofern die Entscheidung nicht gegen das Interesse des Patienten oder trotz der Einschränkung der Einsicht zur Willensfähigkeit gegen dessen erkennbaren Lebenswillen verstößt. Ist für einen nicht entscheidungsfähigen Patienten ein Betreuer bestellt, so gilt das gleiche.

7.5 Linderung des Leidens

Bei Patienten mit irreversibel verlaufenden Erkrankungen oder Verletzungen mit infauster Prognose kann, insbesondere im terminalen Stadium, die Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen, daß eine darauf möglicherweise folgende Lebensverkürzung hingenommen werden darf. Dasselbe gilt für Neugeborene mit schweren, mit dem Leben nicht zu vereinbarenden Mißbildungen.

Maßnahmen zur Verlängerung des Lebens dürfen abgebrochen werden, wenn eine Verzögerung des Todes eintritt, die für den Sterbenden eine nicht zumutbare Verlängerung des Leidens bedeutet, und das Grundleiden mit seinem irreversiblen Verlauf nicht mehr beeinflußt werden kann.

Eine gezielte Lebensverkürzung durch Eingriffe, die den Tod herbeiführen oder beschleunigen sollen, ist unzulässig und mit Strafe bedroht, auch wenn sie auf Verlangen des Patienten geschieht. Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht der ärztlichen Ethik.

7.6 Ärztlicher Beistand

Der Arzt steht einem dem Tode nahen Kranken, Verletzten oder sterbenden Patienten auch menschlich bei. Dieser Patient hat Anspruch auf menschenwürdige Unterbringung, bestmögliche Pflege und intensive menschliche Zuwendung. Gegenüber einem Patienten im terminalen Stadium ist der Arzt berechtigt, die Aufklärung über seinen Zustand auf das notwendige Maß zu beschränken, um ihm Angst zu ersparen. Der Arzt kann dem Patienten nahestehende Personen unterrichten, wenn der mutmaßliche Wille des Patienten dem nicht entgegensteht und wenn es geboten ist.

Medizinische Versorgung

8. Ambulante und stationäre Versorgung

8.1 Grundsätze

Für eine gute und bedarfsgerechte — auf den Patienten ausgerichtete — ambulante Versorgung sind folgende Grundsätze unverzichtbar:

- freie Arztwahl des Patienten,
- die Freiberuflichkeit des Arztes,
- die Unabhängigkeit des Arztes in seiner Diagnose- und Therapieentscheidung,
- die Vertragsfreiheit im Rahmen des Sicherstellungsauftrages der ärztlichen Selbstverwaltung,
- der Erhalt des gegliederten Systems der gesetzlichen Krankenversicherung.

Staatliche Einschränkungen der Vertragsfreiheit und Aufhebung der Zulassungsfreiheit, verbunden mit der Einführung von Altersgrenzen, stehen dazu im Widerspruch.

Die Ärzteschaft fordert daher die Wiederherstellung der Vertragsfreiheit und der Zulassungsfreiheit im Interesse der Versicherten, der Qualität der Versorgung und der Erhaltung des Systems.

Veränderungen in Zusammensetzung und Alter der Bevölkerung, in den wirtschaftlichen Bedingungen und finanziellen Ressourcen, der gesetzlichen Vorgaben einschließlich der Anforderungen der Europäischen Union sowie in der Zahl und Aufgliederung der Angehörigen des ärztlichen Berufes zwingen zu einer Veränderung des Systems der ambulanten und stationären Patientenversorgung.

8.2 Qualität, Struktur, Inhalt und Organisation

Die medizinische Versorgung hat sich an den Problemen und Bedürfnissen der Patienten zu orientieren.

- Ihre Qualität muß den jeweiligen neuesten medizinischen und technischen Erkenntnissen entsprechen.
- Ihre Struktur muß eine flächendeckende ambulante, stationäre und pflegerische Betreuung nach Maßgabe der regionalen Verhältnisse

Abbildung 6:

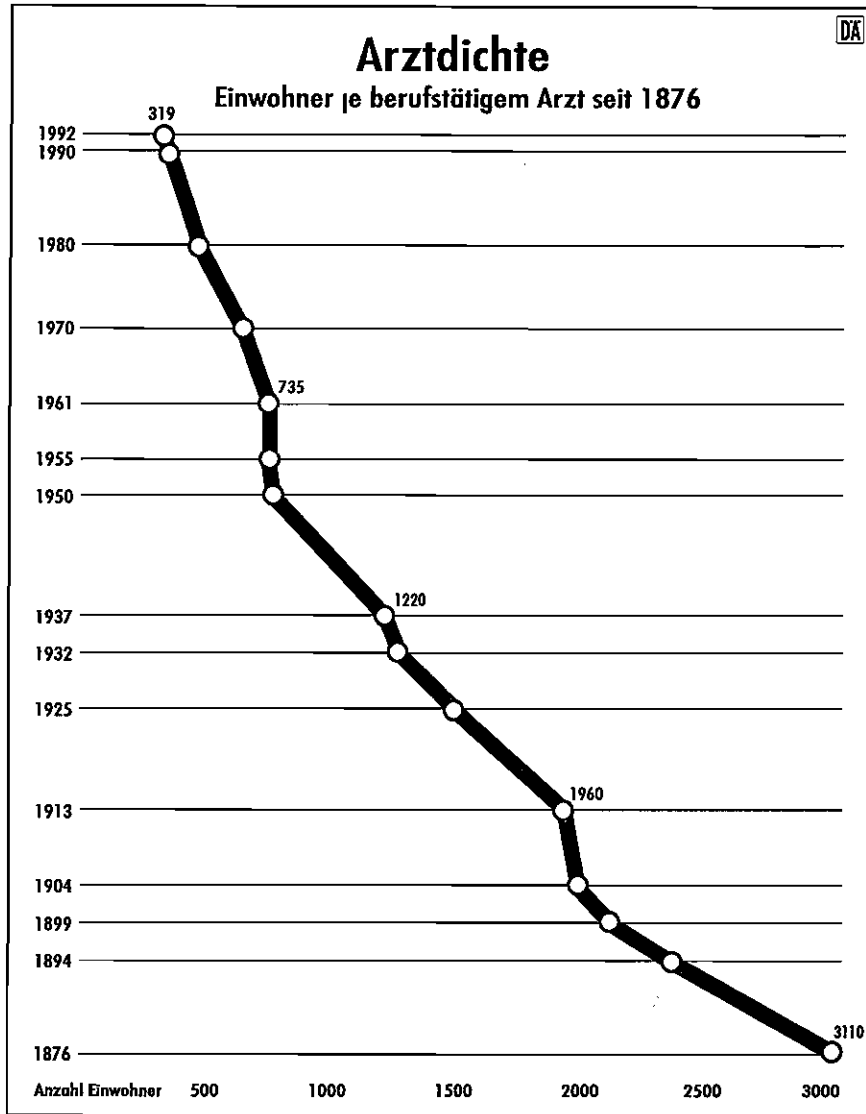
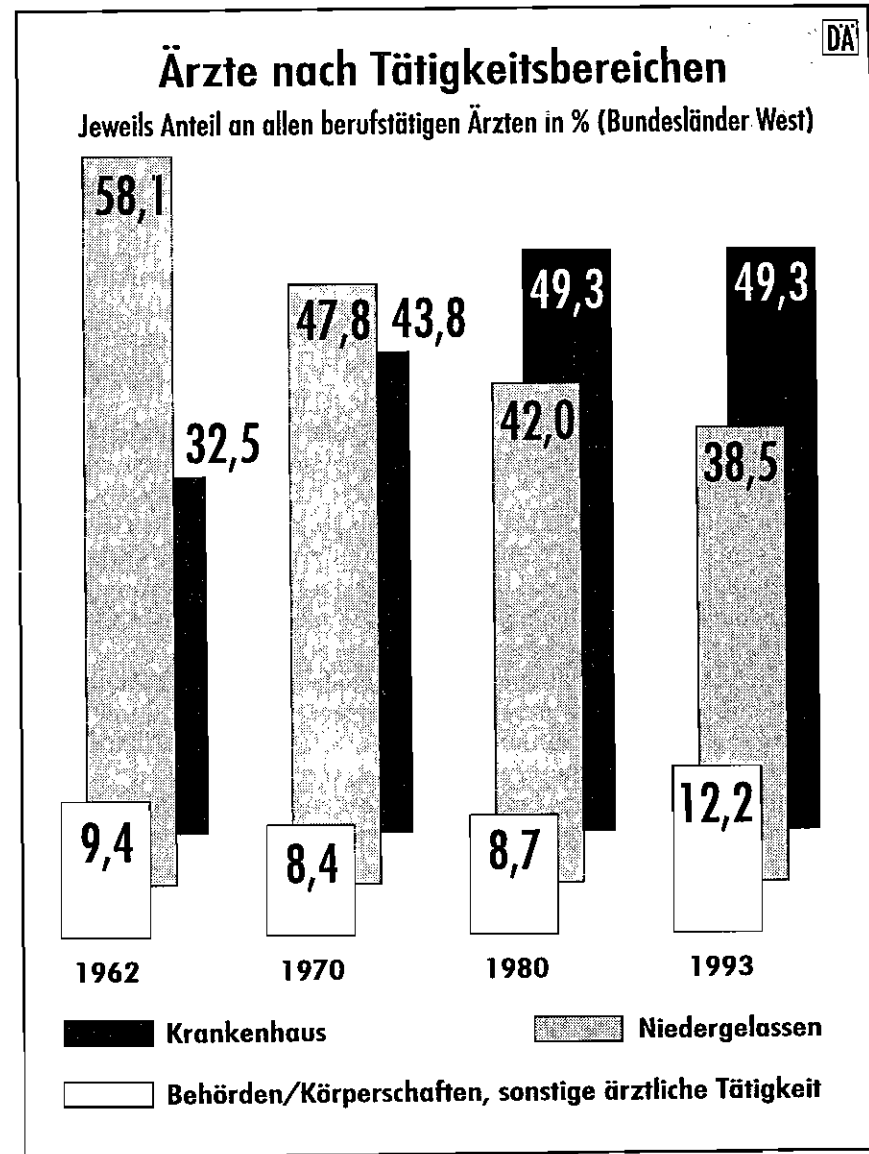


Abbildung 7:



garantieren.

- Ihr Inhalt muß bedarfsgerechte hausärztliche und fachärztliche Behandlung entsprechend Art und Schwere der Erkrankung gewährleisten.
- Ihre Organisation muß die richtige Orientierung und Koordination zur Erkennung und Lösung der persönlichen gesundheitlichen Probleme jedes Patienten sicherstellen.

8.3 Bedarfsgerechte Versorgungsstruktur

1. Zur Verwirklichung einer bedarfsgerechten Versorgungsstruktur ist es erforderlich,

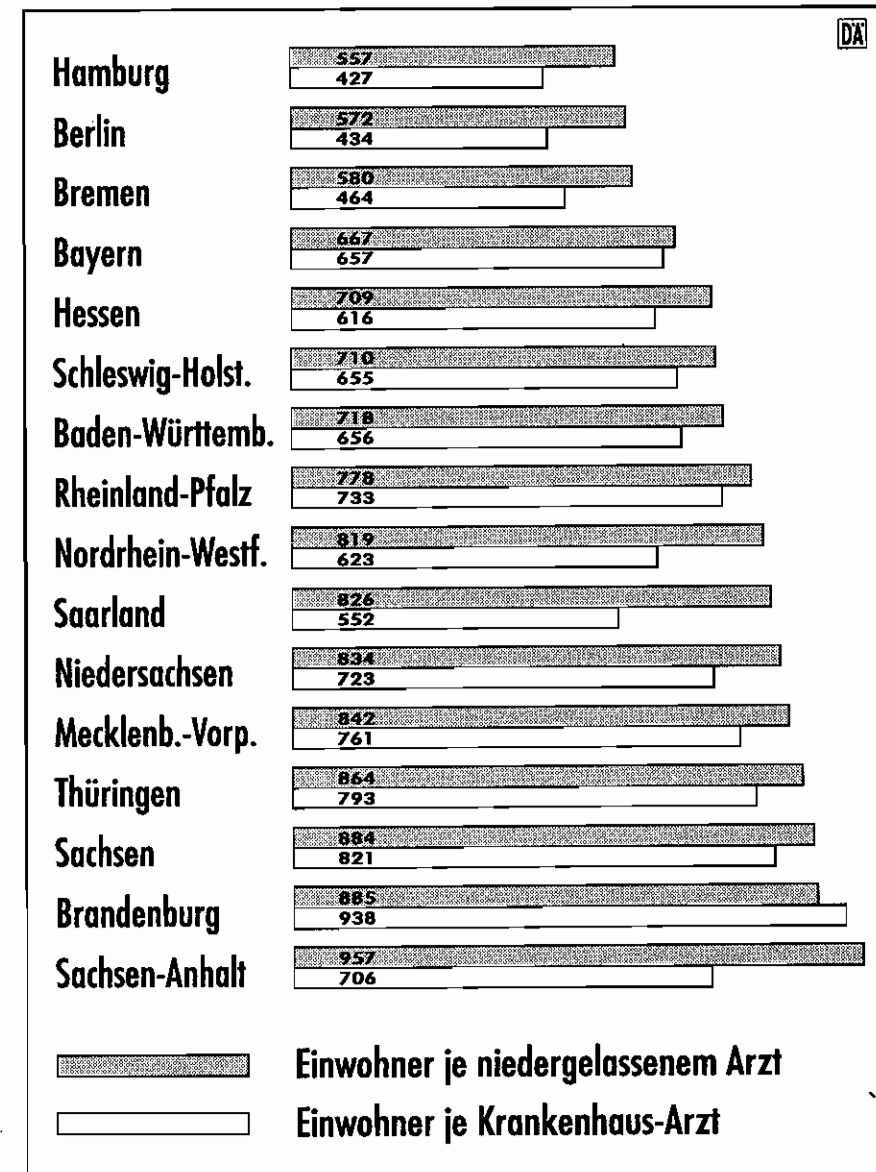
- die Qualität unabhängiger freiberuflicher ärztlicher Berufsausübung zu sichern und zu stärken,
- die freie Arztwahl des Patienten aufrechtzuerhalten,
- die haus- und fachärztliche Betreuung besser zu koordinieren und
- die ambulante und stationäre Patientenversorgung stärker zu verzahnen.

2. Größtmögliche Flexibilität bei der Nutzung der knappen wirtschaftlichen Ressourcen fördert die unabhängige freiberufliche ärztliche Berufsausübung. Bürokratische und organisatorische Reglementierung ist auf das zur bedarfs- und problemgerechten Patientenversorgung unumgängliche Mindestmaß zu reduzieren.

3. Freie Arztwahl der Patienten ist wegen des hohen Stellenwertes der Arzt-Patienten-Vertrauensbeziehung unverzichtbar. Sie ist durch flexible Übergänge zwischen ambulanter und stationärer sowie haus- und spezialärztlicher Versorgung zu optimieren.

4. Eine bedarfsgerechte ärztliche Versorgung erfordert die Zusammenarbeit der Ärzte untereinander. Sie sollte ebenso wie die Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Heilberufe unter Koordination eines Hausarztes nach den sachbezogenen Erfordernissen gestaltet werden. Voraussetzung hierfür ist ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den in freier Praxis niedergelassenen Allgemeinärzten einerseits und spezialisierten Ärzten andererseits. In erster Linie ist der Allgemeinarzt auf die Funktion des Hausarztes vorbereitet, weil er in umfassender Weise die gesundheitliche Betreuung des einzelnen und der Familie übernehmen kann. Hausärztliche Funktionen können aber auch von Internisten und Kinderärzten übernommen werden. Sie können jedoch den Allgemeinarzt in seiner Funktion als Hausarzt nicht voll ersetzen. Ziel muß eine gleichmäßige, auf Stadt-, Stadtrand- und Landgebiete erstreckte, wohnortnahe hausärztliche Versorgung der Bevölkerung sein. Die spezial-

Abbildung 8:



ärztliche Versorgung muß in einem ausgewogenen Verhältnis zur hausärztlichen Betreuung stehen.

5. Die hausärztliche Versorgung hat insbesondere folgende Leistungen sicherzustellen:

- die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes einschließlich der dazu erforderlichen Präsenz;
- die Hausbesuchstätigkeit;
- die Notfallversorgung;
- die Veranlassung diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen sowie ihre Koordination;
- die Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung;
- präventive und rehabilitative Maßnahmen;
- die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen.

Hierauf hat sich die hausärztliche Versorgung zu konzentrieren.

6. Durch die Weiterbildungsordnung muß ein den Versorgungsbelangen entsprechendes, nach Fachgebieten etc. gegliedertes hausärztliches und spezialärztliches Leistungsspektrum definiert und gegenüber der Bevölkerung transparent gestaltet werden. Ein derart strukturiertes Versorgungsangebot entspricht den Bedürfnissen der Patienten und sichert die wirtschaftliche Verwendung der Mittel.

7. Eine bessere Aufgabenteilung zwischen Hausärzten und Spezialärzten in der ambulanten ärztlichen Versorgung ist schrittweise zu realisieren. Die freie Arztwahl ist dabei aufrechtzuerhalten. Der unmittelbare Zugang des Patienten zu den in freier Praxis niedergelassenen Spezialisten muß auch in Zukunft erhalten bleiben. Bei Wahl eines Hausarztes durch den Patienten sollte die Inanspruchnahme von Spezialisten und Angehöriger anderer Heilberufe durch den Hausarzt koordiniert werden. Dies erfordert eine umfassende Dokumentation aller für die medizinische Betreuung eines Patienten notwendigen Befunde beim Hausarzt.

8. Einrichtungen niedergelassener Ärzte wie Notfallpraxen, Operationszentren oder Schwerpunktpraxen für die Betreuung Schwerkranker verbessern die wohnortnahe Versorgung.

9. Zur Orientierung und Koordinierung der frei zugänglichen haus- und fachärztlichen Versorgung sind Kooperationsformen innerhalb der niedergelassenen Ärzte und im Verhältnis zu stationären Behandlungseinrichtungen zu entwickeln und auszuschöpfen. Damit können Mehr-

fachleistungen im Kosteninteresse vermieden, Nutzungsmöglichkeiten gemeinsamer personeller, apparativer und baulicher Mittel vermehrt und Investitions- und Aufwandswettbewerb vermindert werden.

8.4 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

1. Den gleichen und weiteren Zwecken dient eine engere Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung. Die Qualität ambulanter spezialärztlicher Tätigkeit wird durch die Mitwirkung in stationär arbeitenden Teams gefördert. Aus ambulanter Behandlung bekannte Patientenprobleme können eingebracht und gegenseitig befruchtende Erfahrungen genutzt sowie Qualifikationen und Kapazitäten durch Austausch zwischen ambulanter und stationärer Berufsausübung ausgeschöpft werden. Investiver Aufwand wird ambulant und stationär gemeinsam und austauschbar kostengünstig genutzt.

Der Standard spezialärztlicher Versorgung an den Kliniken der Grund- und Regelversorgung kann durch angestellte Ärzte oder freiberuflich tätige Spezialärzte (Kooperatives Belegarztsystem, Praxiskliniken) gewährleistet bleiben. Können die heute als Angestellte in Krankenhäusern arbeitenden Ärzte künftig auch als Selbstständige arbeiten und dann sowohl stationär wie ambulant tätig sein — so können die heute niedergelassenen Ärzte die Möglichkeit erhalten, stationär zu arbeiten.

2. Die spezialärztliche Versorgung im Krankenhaus ist in Teamarbeit zu organisieren. Teamärzte sind freiberuflich tätige Ärzte im Sinne der Bundesärzteordnung mit Gebietsbezeichnungen und Ärzte mit besonderen Kenntnissen und Erfahrungen. An die Stelle hierarchischer Gliederung tritt die arbeitsteilige Tätigkeit im Team. Ambulant tätige Spezialärzte, die an der stationären Versorgung teilnehmen, gehören zur Gruppe der Teamärzte. Das Team organisiert aus sich heraus in kollegialer Weise die patientenbedarfsgerechte Arbeitseinteilung. Den Teamärzten obliegt neben der Krankenversorgung auch die Weiter- und Fortbildung der übrigen in der Klinik tätigen Ärzte.

3. In Belegkrankenhäusern gilt es, klar abgegrenzte Verantwortungsbereiche zuschaffen. Die Belegärzte der Abteilung bilden ein Kollegium,

Fußnote zu 8.4:

Vgl. auch die vom 75. Deutschen Ärztetag 1972 verabschiedeten „Leitsätze zur Struktur der Krankenhäuser und ihres ärztlichen Dienstes (Westerländer Leitsätze)“ sowie die vom 80. Deutschen Ärztetag 1977 erweiterten „Thesen zur Reform der Struktur der Krankenhäuser und ihres ärztlichen Dienstes sowie über die Zusammenarbeit zwischen Ärzten in freier Praxis und im Krankenhaus“

das zu regelmäßigen Arbeitsbesprechungen zusammentrifft. Es koordiniert die kollegiale Zusammenarbeit der Ärzte in der Abteilung und regelt die Diensterteilung der Ärzte und der übrigen Mitarbeiter.

4. Die klinische Versorgung mit Hochleistungsmedizin bleibt den stationär im Kollegialsystem tätigen Spezialisten in Schwerpunktkrankenhäusern vorbehalten.

8.5 Kooperationen

Das Sozialversicherungsrecht und weitere Rahmenbedingungen sind der nach System und Struktur zu verändernden und miteinander zu verzahnenden haus- und spezialärztlichen sowie ambulanten und stationären Patientenversorgung anzupassen.

Umstellungsschwierigkeiten sind unverkennbar, dürfen aber notwendige Veränderungen nicht verhindern. Zwar erschweren die gegenwärtige sozialrechtliche Budgetierungssystematik sowie die derzeitigen hohen Arzt- und zu erwartenden hohen Arztzugangszahlen eine zügige Realisierung der notwendigen Veränderungen, aber sie lassen dennoch eine Anpassung in kleinen Schritten zu. Radikale Systemveränderungen verbieten sich, aber schrittweise Reformen sind möglich. Dazu ist die Entwicklung von Vertragsformen zur gegenseitigen Einbindung von Ärzten und ärztlich versorgter Einrichtungen untereinander und mit Investitionsträgern sowie Kostenträgern erforderlich. Mit Mut zur Umorientierung und Bereitschaft zur flexiblen Nutzung vielseitig verwendbarer Kooperationsformen ist ein integrationskräftiges System problemorientierter, teamärztlich ausgerichteter ambulante/stationäre und haus- spezialärztlich verzahnte Patientenversorgung zu schaffen.

8.6 Keine Zulassungsbeschränkungen

Reglementierungen durch Zulassungsbeschränkungen, Zulassungssperren, Altersgrenzen und Einschränkungen der Verfügungsberechtigung über die eigene Praxis stellen die Freiberuflichkeit des Vertragsarztes in Frage, gefährden die Qualität der ärztlichen Versorgung und benachteiligen den ärztlichen Nachwuchs. Der freie Zugang zum und der Verbleib des Arztes im System der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung müssen wieder hergestellt werden. Dazu ist es erforderlich:

- Zulassungssperren und Altersgrenzen durch Zugangsregelungen zum Medizinstudium zu ersetzen, die sich an den Kapazitäten für eine praxisnahe, qualitativ hochstehende Ausbildung orientieren. Durch eine Ausbildungsreform muß der Staat sein in der Approbationsord-

nung vorgesehene Versprechen einlösen, Unterricht in kleinen Gruppen einzuführen, um das Mißverhältnis zwischen der Zahl der qualifizierten Lehrkräfte, der Studenten sowie der zur Ausbildung geeigneten und dazu bereiten Patienten zu beseitigen. Eine qualitativ hochstehende ärztliche Ausbildung ist auch ein wichtiger Beitrag zur Qualitätssicherung und zur Ökonomie im Gesundheitswesen;

- die Ausbildung stärker auf die Belange der ambulanten Versorgung auszurichten;
- mehr qualifizierte Lebensstellungen für Fachärzte am Krankenhaus unter Nutzung bestehender Stellen zu schaffen;
- die Weiterbildung in Allgemeinmedizin durch die Schaffung von zusätzlichen Weiterbildungsstellen (Rotationsstellen) für die Allgemeinmedizin am Krankenhaus sowie von Assistenzarztstellen zur Ableistung einer Weiterbildung beim Allgemeinarzt beziehungsweise anderen niedergelassenen Fachärzten zu fördern;
- Zusammenschlüsse von Ärzten in Gemeinschaften sind für Neuzulassungen offen zu halten, solange Zulassungsbeschränkungen wegen des strikten Ausgabenbudgets als unvermeidbar angesehen werden. Dem ärztlichen Nachwuchs muß es ermöglicht werden, Zugang zur ambulanten Versorgung zu finden.

8.7 Qualität der ambulanten Versorgung sichern

Wissenschaftlich begründete und praktisch anwendbare Qualitätssicherungsmaßnahmen sind durch die ärztliche Selbstverwaltung auch für die ambulante Versorgung weiter auszubauen. Dies setzt eine Regelung ihrer Finanzierung voraus. Dabei geht es um die Entwicklung von Maßnahmen zur Sicherung der Prozeß- und Ergebnisqualität, zum Beispiel durch: Empfehlungen zur Absicherung von Arbeitsdiagnosen; Therapieempfehlungen; Fachkundanforderungen für bestimmte diagnostische und therapeutische Methoden; Einrichtung von Qualitätszirkeln.

Zur Verbesserung der Strukturqualität ist die ärztliche Fortbildung stärker auf die Praxiserfordernisse auszurichten und die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Ärzten der verschiedenen Fachgebiete zu fördern.

Ärztzekammern und Kassenärztliche Vereinigungen wirken bei der Gestaltung der Qualitätssicherung eng zusammen.

8.8 Leistungsgerechte Vergütung

Am Grundsatz einer an der Leistung des Arztes ausgerichteten Vergütung auf der Basis einer Gebührenordnung wird festgehalten. Eine wesentliche Vereinfachung der Gebührenordnung ist mit diesem Grundsatz vereinbar und zur Befreiung des Arztes von überbordender Bürokratie und Prüfung notwendig. Dies kann erreicht werden durch die

- Neustrukturierung der Gebührenordnung mit
- Bildung von arztbezogenen Leistungskomplexen für bestimmte Erkrankungen oder für medizinische Untersuchungs-/Behandlungsmethoden,
- frequenzabhängige Honorierung zum Beispiel auf Geräteleistungen bezogene Höchstwerte,
- neue leistungsgerechte Vergütungsformen.

Diese Vergütungsformen sollen erprobt werden. Dies kann die Vereinbarung umfassender Versorgungsangebote beinhalten, welche die ambulante Versorgung bis hin zur Verantwortung für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel umfassen und auch stationäre Leistungen einschließen können. Die Honorierung würde als „Individualbudget“ gezahlt, das heißt als Zahlung eines festen Honorars pro Versicherten, dem für eine bestimmte Zeit ein bestimmtes, möglichst umfassendes Leistungspaket mit garantierter Qualität angeboten wird. Diese Betreuung aus einer Hand bietet die Chance, viele der heutigen Reibungsverluste im Gesundheitswesen zu vermeiden oder zu mildern.

8.9 Ärztliche Verantwortung für Behandlung und Verordnung

Die Verordnung von Arznei-/Verband- und Heilmitteln, Krankenhauspflege, Arbeitsunfähigkeit und anderen Leistungen der Krankenkassen sind notwendiger Bestandteil einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung durch Ärzte. Dem Arzt muß im Rahmen seiner Therapieentscheidung die Auswahl unter den in ihrem therapeutischen Nutzen gesicherten und wirtschaftlichen verordnungsfähigen Leistungen offenstehen. Dies erfordert:

- die Gewährleistung einer ausreichenden Transparenz über verordnungsfähige Leistungen;
- die eindeutige Abgrenzung zwischen zu Lasten der Krankenkassen und nur privat verordnungsfähiger Leistungen in Form von Negativ- oder Positivlisten;
- die Einführung eines qualifizierten Beratungssystems mit Therapieempfehlungen für den Arzt zur Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots bei der Verordnung von Drittleistungen;

- die Einführung eines EDV-gestützten Informationssystems zur Erleichterung dieser Beratung für denjenigen Arzt, der über EDV-gestützte Praxiscomputersysteme verfügt.

8.10 Patientennahe und effektive Versorgung durch ein gegliedertes System von Krankenhäusern

Nur ein nach Leistungsfähigkeit gestuftes und flächendeckend gegliedertes System von Krankenhäusern mit differenzierter medizinischer Aufgabenstellung garantiert ein modernes medizinisches Leistungsspektrum, mit dem alle Patienten entsprechend der Art und Schwere ihrer Krankheiten differenziert behandelt werden können.

Diese gesetzlich garantierte Vielfalt der Trägerschaft der Krankenhäuser durch öffentlich-rechtliche, kirchliche, freigemeinnützige und private Träger ist mit dem Ziel eines der Entwicklung der Medizin angemessenen vielschichtigen Angebotes zu erhalten und zu fördern. Gleichzeitig ist die Zusammenarbeit von Krankenhäusern durch Schwerpunktbildungen im ärztlichen Bereich und durch gemeinsame Nutzung von medizinischen und wirtschaftlichen Einrichtungen zu verbessern.

Das gegliederte System der stationären Versorgung muß ergänzt werden durch Nachsorgeeinrichtungen, Altenpflegeheime und Pflegestationen, Praxiskliniken sowie Sozial- und Gemeindegemeinschaften. Solche peripheren Einrichtungen entlasten den vollstationären Versorgungsbereich und leisten damit einen wichtigen Beitrag zur Erhöhung der Effizienz der gesamten Gesundheitsversorgung.

An allen größeren Allgemeinkrankenhäusern müssen zudem psychiatrische Abteilungen für akut psychisch Kranke eingerichtet werden. Diese ortsnahe psychiatrische Versorgung erleichtert die Wiedereingliederung psychisch Kranker in die Gesellschaft.

8.11 Krankenhausplanung mittels medizinischer Orientierungsdaten

Das Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 hat die Rahmenbedingungen für die Erbringung und Finanzierung von Krankenhausleistungen grundlegend geändert. Die bisherige Krankenhausplanung der Länder mit ihren wirklichkeitsfremden und uneinheitlichen Bedarfsdeterminanten muß verbessert werden.

Für zukünftige Krankenhausplanungen müssen Kriterien erarbeitet werden, die eine den jeweils aktuellen qualitativen und fachlichen Gegebenheiten sowie der regionalen und lokalen Situation entsprechende

Beurteilung ermöglichen. Verantwortungsbewußte Krankenhausplanung erfordert eine stärkere Berücksichtigung von ärztlich-medizinischen Gesichtspunkten und damit von Patientenbelangen; eine nach rein schematischen — angeblich „analytischen“ — Bedarfsformeln ermittelte Bettenzahl könnte zu einem die Versorgung gefährdenden pauschalen Bettenabbau führen. Statt dessen sollte eine fachübergreifende Bettennutzung oder bei einem Bettenüberhang eine Umwidmung in Pflegebetten und Betten zur Nachsorge und Behandlung chronisch Kranker ermöglicht werden.

Durch den ausdrücklichen und verbindlichen Einbezug der ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften in die bislang vorwiegend staatlich verantwortete Krankenhausplanung der Länder kann und muß sichergestellt werden, daß medizinische Aspekte für die Krankenversorgung in erforderlichem Maße berücksichtigt werden.

8.12 Modernes Krankenhausmanagement

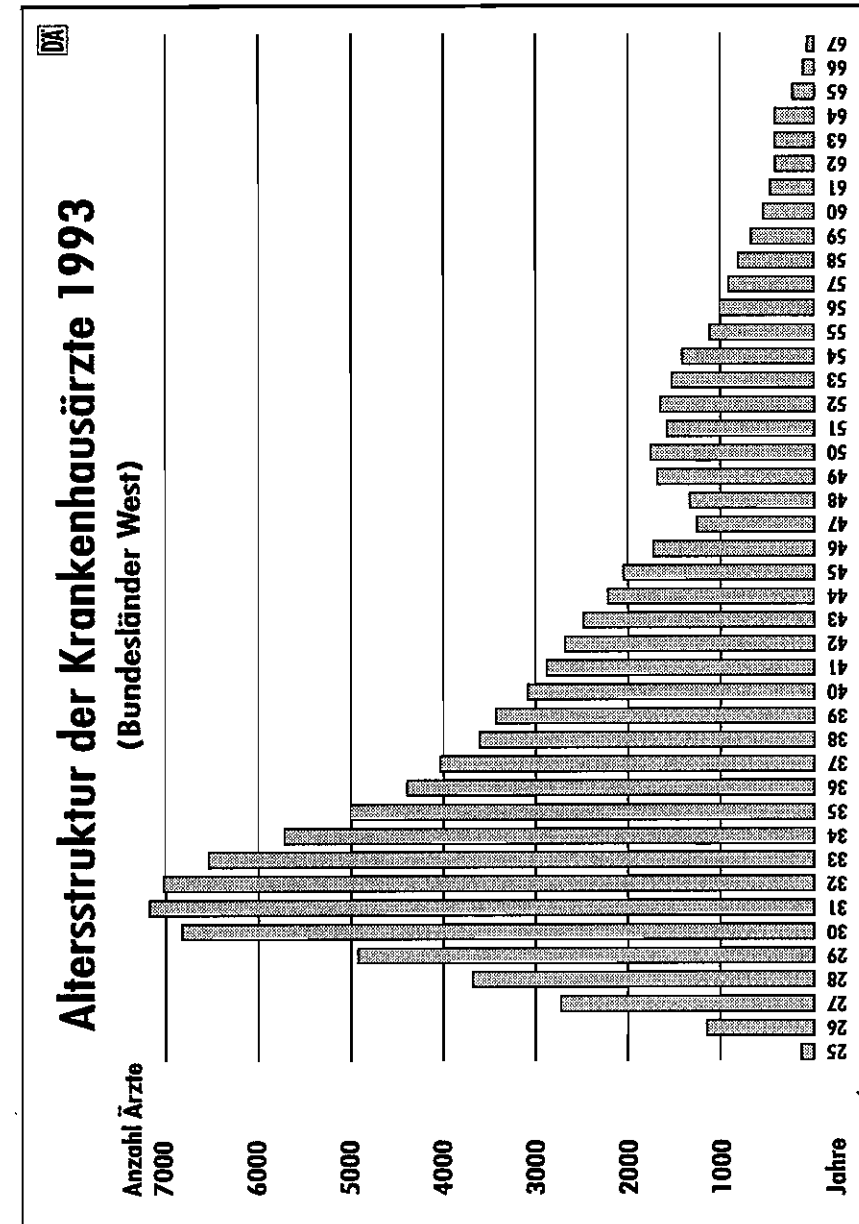
Die Komplexität der ärztlichen, medizinisch-technischen, pflegerischen, wirtschaftlichen und verwaltungsmäßigen Aufgaben erfordert organisatorisch und wirtschaftlich eigenständige Krankenhäuser.

Die derzeitige Struktur der Krankenhäuser und insbesondere ihrer ärztlichen Dienste wird dem heutigen Stand der Medizin, der damit verbundenen Differenzierung und Spezialisierung sowie dem damit einhergehenden Erfordernis einer stärkeren Arbeitsteilung vielfach nicht mehr gerecht. Thesen und Leitsätze zur Reform der Struktur der Krankenhäuser, insbesondere Vorschläge zur Kollegial-Struktur der hauptamtlich geleiteten Krankenhausabteilungen sowie zum kooperativen Belegarztwesen haben Deutsche Ärztetage schon zu Beginn der siebziger Jahre vorgelegt und seither fortlaufend aktualisiert. Die ärztliche Versorgung der Patienten im Krankenhaus erfordert eine größere Zahl qualifizierter und langfristig tätiger Krankenhausärzte, die in dieser Arbeit eine Lebensaufgabe finden können.

Die vom Krankenhaussträger mit der Geschäftsführung des Krankenhausbetriebes beauftragte Krankenhausleitung besteht in der Regel aus dem Ärztlichen Direktor, der Leitenden Pflegekraft und dem Leiter des Wirtschafts- und Verwaltungsdienstes. Die medizinischen Entscheidungen liegen in ärztlicher Verantwortung. Ärzte mit Leitungsaufgaben müssen zusätzlich zu ihrer fachlichen Qualifikation wirtschaftliche, verwaltungsmäßige und Personalführungskompetenz besitzen.

Die Größe der fachlich gegliederten Abteilungen (Kliniken) und Institute muß der Aufgabenstellung für das jeweilige medizinische Gebiet und

Abbildung 9:



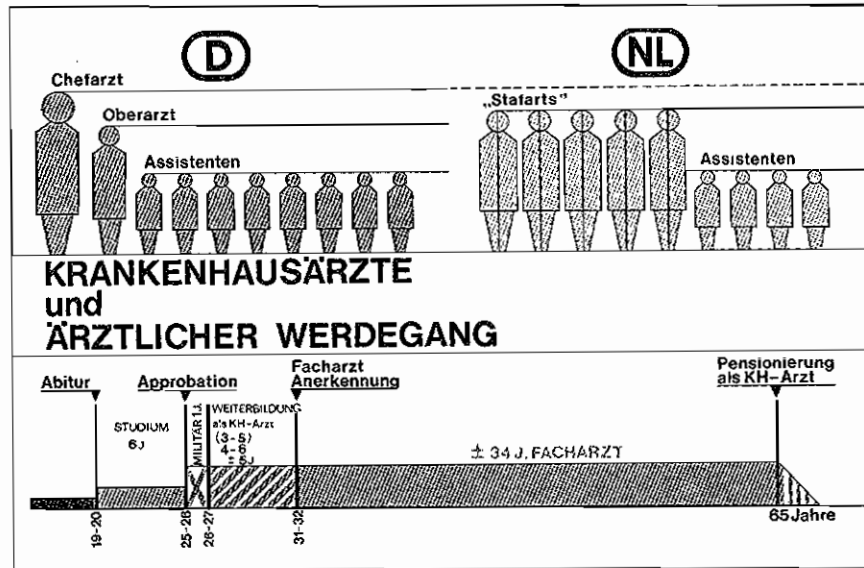
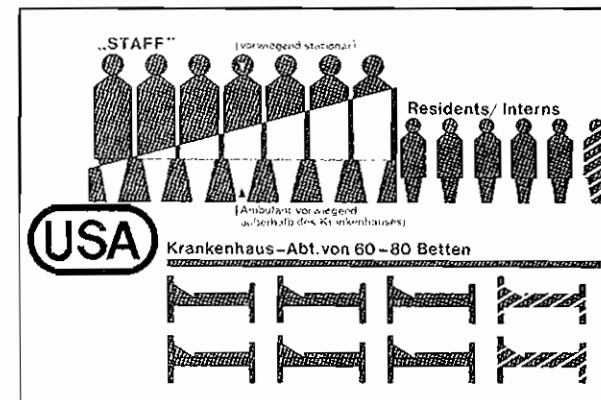
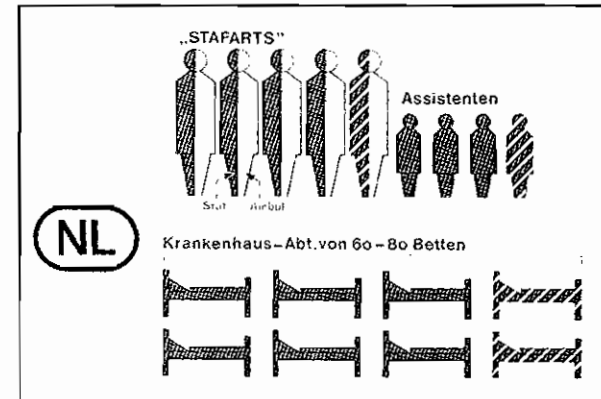
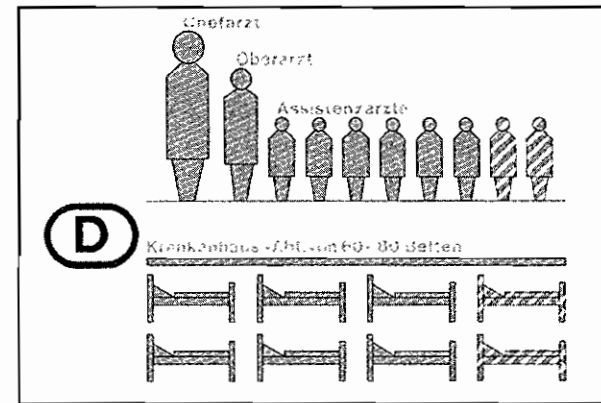


Abbildung 10(a): Die Synopse — aus dem Jahre 1975, gleichwohl noch heute aktuell — zeigt Unterschiede in der Struktur des ärztlichen Dienstes am Krankenhaus. Die Mehrheit der niederländischen Krankenhausärzte verbringt das ganze Berufsleben im Krankenhaus, in Deutschland ist es vielfach nur der Chefarzt.

Abbildung 10(b): Im Vergleich zu Deutschland sind in den Niederlanden mehr Fachärzte an der Versorgung der Krankenhauspatienten beteiligt. Ganz anders ist die Situation in den USA: Eine große Zahl von Spezialisten, die je nach Fachgebiet unterschiedlich lange am Krankenhaus, oft sogar an mehreren Krankenhäusern tätig sind, behandeln die Patienten nicht selten auch ambulant außerhalb der Klinik in eigener Praxis. Auf die Unterschiede wurde schon vor zwei Jahrzehnten hingewiesen — geändert hat sich wenig.



gegebenenfalls den ihnen zugeordneten Schwerpunkten entsprechen. Da mit zunehmender Spezialisierung eine Desintegration der Patientenbehandlung droht, dürfen die Abteilungen nicht in immer kleinere Spezialeinheiten aufgeteilt werden.

8.13 Zusammenarbeit statt Zersplitterung

Eine umfassende stationäre Versorgung erfordert eine enge Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und den medizinischen Fachberufen. Durch verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit und gegenseitige Konsultation aller Berufsgruppen im Krankenhaus, insbesondere der „patientennahen“ ärztlichen und pflegerischen Dienste, ist Tendenzen zur Desintegration der Medizin entgegenzusteuern. Je stärker die Spezialisierung in der Medizin fortschreitet, desto mehr muß im Interesse einer Ganzheitsbehandlung der Patienten auf persönliche Verantwortung, eine Koordinierung und einen gesicherten Informationsfluß zwischen den verschiedenen Abteilungen und zentralen Funktionsbereichen geachtet werden.

8.14 Leistungsbezogene Krankenhausfinanzierung

Die auch nach dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 im Grundsatz beibehaltene Trennung der Finanzierung von funktional eng verbundenen Investitionskosten einerseits und Betriebskosten andererseits (duale Finanzierung) zerstört den engen Zusammenhang der Entscheidungen im Investitions- und Betriebskostenbereich auf betrieblicher Ebene und stellt damit eine wesentliche Ursache für eine insoweit zwangsläufig unwirtschaftliche Betriebsführung der Krankenhäuser dar.

Die elektronische Datenverarbeitung ermöglicht eine effiziente Kosten- und Leistungsrechnung. Dies macht das Betriebsgeschehen in den Krankenhäusern transparenter. Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser dürfen jedoch nicht allein anhand ökonomischer Daten beurteilt werden.

Bis zu einer auch politisch — insbesondere auf der Ebene der Bundesländer — durchsetzbaren Umstellung auf ein monistisches Finanzierungssystem (Finanzierung der Investitions- und Betriebskosten aus „einer Hand“, nur der Krankenkassen) muß die Finanzierung von Neu-, Erweiterungs- und Umbaumaßnahmen Aufgabe des Staates entsprechend seinen gesetzlichen Verpflichtungen bleiben. Alle übrigen Investitions- sowie die Betriebskosten sind von den Krankenkassen zu finanzieren.

Bei einer wirtschaftlichen Betriebsführung müssen den Krankenhäusern eine kostendeckende Vergütung der erbrachten Leistungen ermöglicht sowie eine Einbeziehung von Abschreibungen nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen im Rahmen der Betriebskosten gestattet werden. Anderenfalls ist die Versorgungspflicht der Krankenhäuser nach der Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips nicht aufrechtzuerhalten.

8.15 Sonderentgelte und Fallpauschalen

Die vom Gesundheitsstrukturgesetz zum 1. Januar 1996 vorgesehene weitgehende Ablösung des tagesgleichen vollpauschalierten Pflegesatzes durch leistungsorientierte Vergütungsformen hat langjährige Forderungen der Ärzteschaft aufgegriffen. Dies gilt insbesondere für die Einführung von Sonderentgelten für bundeseinheitlich definierte spezifische Leistungen der Krankenhäuser. Der mit der Vergütung durch Sonderentgelte verbundenen Gefahr einer Ausweitung oder Einschränkung der Zahl der erbrachten Leistungen und auch möglichen Risikoselektionen muß durch verstärkte Qualitätssicherungsprogramme entgegengewirkt werden.

Die ab 1. Januar 1996 für alle Krankenhäuser verbindlich vorgesehene Einführung eines nach den Vorstellungen der Politik weit zu fassenden Kataloges von Fallpauschalen ist aus ärztlich-medizinischer Sicht nicht sachgerecht. Diese Vergütungsform bewirkt negativ-Effekte, insbesondere Leistungsnormierungen, Risikoselektionen und Verwerfungen in der flächendeckenden Versorgung. Die gesetzlich dennoch geforderte Festlegung von Fallpauschalen muß daher auf klar definierbare und abgrenzbare Krankenhausfälle begrenzt werden.

9. Notfalldienst, Rettungsdienst und Katastrophenschutz

9.1 Daseinsfürsorge durch Notfallmedizin

Notfallmedizin, schnell geleistete präklinische Medizin zur Abwendung unmittelbarer Lebensgefahr oder zur Verhinderung schwerer gesundheitlicher Schäden mit den Mitteln der Intensivmedizin direkt am Notfallort hat ihren festen Platz in der Daseinsfürsorge des Staates für seine Bürger.

Die Organisation der Notfallmedizin hat noch nicht den Grad der Entwicklung erreicht, der nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und strukturellen Konzeption möglich wäre. Hierfür verantwort-

lich sind hohe Kosten und unterschiedliche Beurteilung des Nutzens der Notfallmedizin bei den für den Rettungsdienst Verantwortlichen auf kommunaler und Länderebene sowie politisch motivierte Prioritäten hinsichtlich der in den Rettungsdienst zu investierenden Finanzmittel.

9.2 Zentrale Verantwortung des Arztes

Die deutsche Notfallmedizin besitzt ein weltweit anerkanntes hohes Niveau. Dies ist im wesentlichen dadurch begründet, daß nicht medizinische Fachberufe, wie nahezu weltweit in anderen Versorgungssystemen der Notfallmedizin, sondern der Arzt zentral verantwortlich ist. Dies entspricht der bei der 62. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1939 durch Martin Kirschner aufgestellten Forderung „Der Arzt soll zum Verletzten kommen und nicht der Verletzte zum Arzt“

Bislang beschränkte sich die Rolle des Arztes im Rettungsdienst im wesentlichen auf die unmittelbare Versorgung des Notfallpatienten. Angesichts der ständig komplexer werdenden Notfallmedizin und drängender Strukturprobleme notfallmedizinischer Organisation kann die Rolle des Arztes zukünftig nicht mehr alleine auf Aufgaben der unmittelbaren notfallmedizinischen Patientenversorgung beschränkt bleiben. Es ist zwingend nötig, den Arzt auch in Planung, Strukturüberwachung und Zukunftsorientierung der Notfallmedizin in verantwortlicher Position einzubinden. Hierzu bedarf es, neben dem „Arzt im Rettungsdienst“, des „Leitenden Notarztes“ für den Großschadensfall unterhalb der Katastrophenschwelle und auch des „Ärztlichen Leiters des Rettungsdienstes“, der insbesondere im Rahmen der Delegation ärztlicher Aufgaben an Angehörige medizinischer Fachberufe in der Notfallmedizin und der Überwachung der Inanspruchnahme der Notkompetenz durch Rettungsdienstpersonal steuernde und überwachende Aufgaben übernehmen muß.

9.3 Strukturelemente der Notfallmedizin

Die ärztliche Selbstverwaltung hat im Zusammenwirken mit den Organisationen der in der Notfallmedizin tätigen Ärzte weitreichende Reform- und Fortentwicklungsvorschläge für eine bessere, effiziente und kostengünstige Notfallmedizin entwickelt. Die Forderung nach dem

- Arzt im Rettungsdienst,
- Leitender Notarzt,
- Ärztlicher Leiter des Rettungsdienstes

macht es notwendig, von der tradierten Vorstellung, daß Rettungsdienst

nur eine nichtärztlich dominierte Organisationsaufgabe sei, Abschied zu nehmen.

Ohne etablierten ärztlichen Sachverstand in Fragen der strukturellen Veränderung und Erweiterung der Notfallmedizin wird weder eine Fortentwicklung möglich sein noch eine Aufrechterhaltung des status quo. Angesichts desolater Staatsfinanzen sind rein administrative Lösungen, welche die subtile Fachkenntnis in der Notfallmedizin theoretisch und praktisch erfahrener Ärzte nicht aufgreifen, zukünftig nicht mehr überlebensfähig, sondern gefährden eine optimale und kostengünstige Notfallmedizin.

9.4 Notfallmedizin und wirtschaftlicher Nutzen

Die notfallmedizinischen Einrichtungen und Rettungsdienste haben sich als leistungsfähig und erfolgreich erwiesen, müssen aber in ihrer Effektivität weiter gesteigert werden. Diese Effektivitätssteigerung wäre auf dem konventionellen Wege (Vermehrung von Rettungswachen oder Notarztunterstützung) nur noch mit unverhältnismäßig hohem Aufwand zu erreichen. Es müssen daher auch andere Systeme zur Verkürzung der Hilfsfrist genutzt werden.

Hierzu gehören die Laienhilfe, die Einbeziehung niedergelassener Ärzte in die notfallmedizinische Versorgung, wo dies organisatorisch möglich ist, die Verbindung der unterschiedlichen Meldeebenen für Notfälle wie Polizei, Feuerwehr, Rettungsdienste und vertragsärztlicher Nottalldienst.

Private Anbieter im Krankentransport und Rettungsdienst müssen den Nachweis führen, daß sie bei mindestens gleichem Leistungsstand wie der öffentlich-rechtliche Rettungsdienst einen umfassenden, rund um die Uhr garantierten und auch strukturschwächere Einsatzgebiete einbeziehenden Krankentransport und Rettungsdienst aufrechterhalten können. Standardisierung der medizintechnischen Ausstattung und der Fahrzeugausstattung für die Notfallmedizin ist zwingend notwendig, nicht nur um kostengünstige Beschaffungen zu ermöglichen, sondern auch zur Aufrechterhaltung eines hohen Leistungsniveaus.

9.5 Notfallmedizin und Qualitätssicherung

Die Notfallmedizin, mit ihren durch die erforderliche Geschwindigkeit des Handelns bedingten, stark durch Behandlungsschemata geprägten Handlungsabläufen, eignet sich in besonderer Weise für Maßnahmen

der Qualitätssicherung; sie sind konsequent auszubauen. Hierbei werden standardisierte Behandlungsschemata zugrunde gelegt.

9.6 Erfolge der präklinischen Notfallmedizin sichern

Die präklinische Notfallmedizin hat sich in den letzten 20 Jahren ständig verbessert.

Nicht selten erschweren jedoch eine Überbelegung und ein Mangel an spezialisierten Pflegekräften eine problemlose Übernahme in die klinische Versorgung.

Die Nahtstelle Rettungsdienst/Klinik ist die Schwachstelle in der Rettungskette. Besonders deutlich wird das Problem bei polytraumatisierten oder auch Schädel-Hirn-Verletzten, deren Behandlung einen hohen personellen, materiellen und zeitlichen Aufwand erfordert. Nicht alle Krankenhäuser können entsprechende Kapazitäten vorhalten. Es sind daher neben der flächendeckenden Notfallversorgung Zentren zu schaffen, die so ausgestattet sind, daß sie jeden Notfallpatienten zu jeder Zeit aufnehmen und kompetent behandeln können. Durch eine enge Zusammenarbeit von Rettungsdienst, Rettungsleitstelle und Krankenhäusern muß eine sinnvolle Verteilung von Erkrankten und Verletzten sichergestellt werden, um zu erreichen, daß der Rettungsdienst jeden Patienten in das für das Verletzungs- oder Erkrankungsbild geeignete Krankenhaus bringen kann. Der Patient darf nach der präklinischen Besserung seiner Notsituation an der Nahtstelle Rettungsdienst/Klinik nicht erneut zum Notfallpatienten werden.

9.7 Künftige Aufgaben der Notfallmedizin

Um die Effektivität der notfallmedizinischen Versorgung mit vorhandenen Ressourcen zu verbessern, müssen folgende von der Ärzteschaft entwickelte Zielvorstellungen verfolgt werden:

- verstärkte Einbeziehung von Laien und Hilfsorganisationen sowie Polizei und Feuerwehr in Aufgaben der Ersten Hilfe;
- Verlagerung bestimmter, für die Überlebensprognose entscheidender Erste-Hilfe-Techniken auf Laien und semiprofessionelle Helfer, zum Beispiel Frühdefibrillation mit halbautomatischen Defibrillatoren;
- Strukturänderung des Rettungsdienstes: Der Rettungsdienst muß unter ärztliche Leitung, Kontrolle und Qualitätssicherung gestellt werden;
- Aufgabe der in der Bundesrepublik teilweise noch vorhandenen Trennung von Rettungsdienst und Feuerwehr durch gemeinsame Leitstellen

len und gemeinsame Nutzung der personellen und materiellen Ressourcen;

- Einbeziehung der niedergelassenen Ärzte in den Rettungsdienst im Sinne der Primärintervention niedergelassener Ärzte in einem kleinen praxisnahen Notarztbezirk um ihren Niederlassungsort.

9.8 Humanitäre medizinische Hilfe weltweit

Die politischen Veränderungen der letzten Jahre haben weltweite humanitäre und medizinische Hilfe keineswegs entbehrlich gemacht. Die deutsche Ärzteschaft wird sich auch zukünftig im Rahmen ihrer Möglichkeiten aktiv gestaltend an humanitärer Hilfe beteiligen.

Struktur und sachgerechte Durchführung der humanitären Hilfe erfordern insbesondere Bereitschaft und Auswahl von Ärztinnen und Ärzten, die sich für Hilfeinsätze zur Verfügung stellen. Die Bundesärztekammer kann hier als Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern neutrale Hilfe leisten und zusammen mit den humanitären Organisationen und dem Sanitätsdienst der Bundeswehr bei der Vermittlung von Ärztinnen und Ärzten für humanitäre und medizinische Hilfe unterstützend tätig werden.

10. Arzneimittelversorgung

10.1 Rationale Arzneimitteltherapie

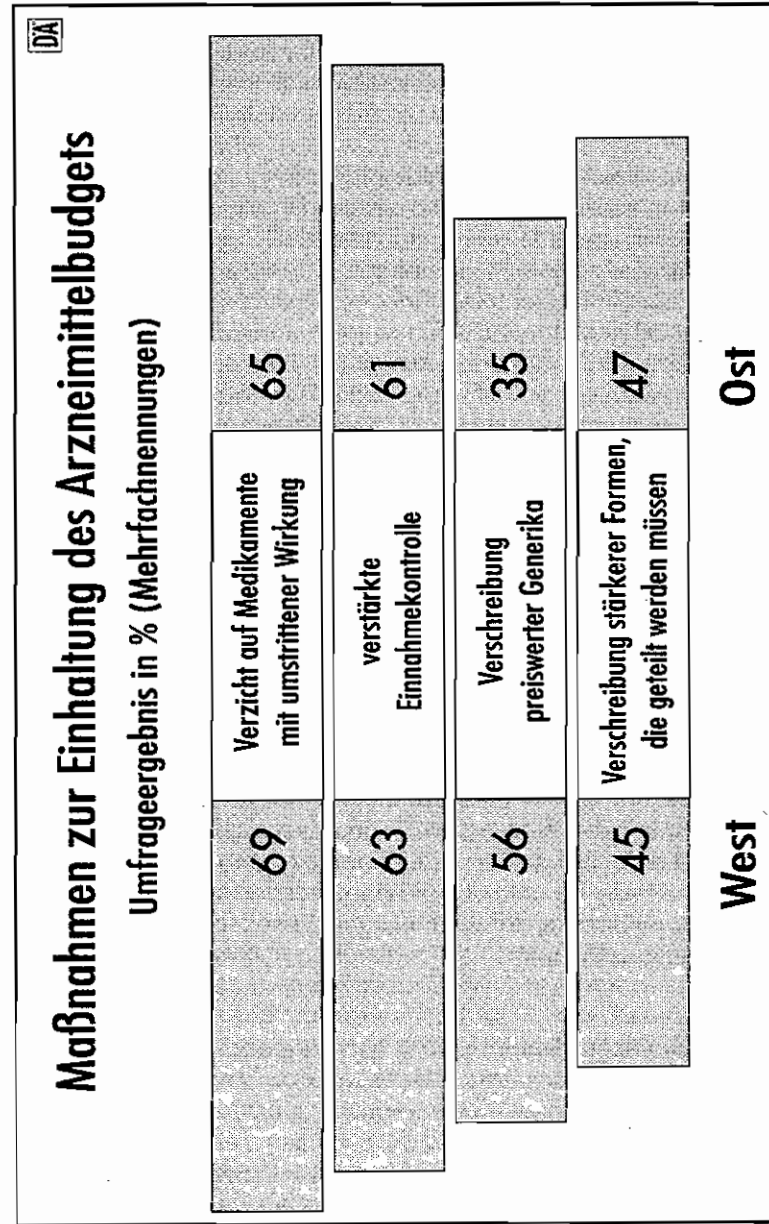
Arzneimittel sind ein wesentlicher Bestandteil der ganzheitlichen ärztlichen Behandlung. Der Arzt muß in jedem Fall prüfen, ob er mit einer Medikamentenverordnung den besten Behandlungsweg eingeschlagen hat. Das Arzneimittel darf nicht das ärztliche Gespräch ersetzen.

Rationale und rationelle Arzneimitteltherapie entsprechend dem aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Kenntnisstand berücksichtigt auch die anderen therapeutischen Maßnahmen wie Krankenhauseinweisung, Rehabilitationsmaßnahmen etc.

10.2 Unmißverständliche Namensgebung für Fertigarzneimittel

Bei Entfernung oder Austausch pharmakologischer Wirkstoffe oder Stoffklassen innerhalb eines Warenzeichens muß auch der Handelsname so geändert werden, daß Verwechslungen vermieden werden. Soweit dies rechtlich möglich ist, sollen gleiche Arzneimittel auch den gleichen Namen tragen.

Abbildung 11:



10.3 Verständliche Packungsbeilagen

Nach wie vor ist die Gebrauchsinformation für Fertigarzneimittel unbefriedigend. Die in ihrer vereinigten Funktionen der juristischen Niederschrift der Zulassungsbedingungen, der Information für Fachkreise und Verbraucher und der Grundlage für die Pflichtangaben in der Werbung müssen klar voneinander getrennt werden.

Fertigarzneimittel gleicher Zusammensetzung müssen in den arzneimittelsicherheitsrelevanten Punkten unter Berücksichtigung der Indikation gleichlautende Informationen enthalten und einheitlich gestaltet werden. Oberstes Prinzip muß sein, in der Packungsbeilage eine für den Patienten verständliche und gut lesbare Information zu den Arzneimitteln zu geben.

10.4 Vereinheitlichung der Fachinformationen

Auch für die „Gebrauchsinformation für Fachkreise“ (Fachinformationen) müssen alle Fertigarzneimittel einen gleichlautenden Text für die arzneimittelsicherheitsrelevanten Informationen, wie unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen, Wechselwirkungen etc. enthalten.

Zur Arzneimittelsicherheit gehört die wissenschaftliche Information und Dokumentation durch den Hersteller. Deshalb genügt es nicht, wenn Zweitanbieter von Fertigarzneimitteln bei Anfragen von Ärzten zwecks Information an den Originalhersteller verweisen.

10.5 Verbot der Laienwerbung

Ebenso müssen die Patienten über die potentiellen Risiken von OTC-Präparaten (over the counter) informiert werden. Neben Ärzten und Apothekern sollten weitere gesellschaftliche Gruppen und Institutionen wie Bundesgesundheitsamt, Krankenkassen und Verbraucherverbände in diese Aufklärungsarbeit einbezogen werden. Ein Verbot der Laienwerbung, wie es schon der 94. Deutschen Ärztetag 1991 forderte, sollte vor allem Analgetika und Antazida betreffen.

Für Arzneimittel, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden können, ist auch deshalb ein Verbot der Laienwerbung vorzusehen, um eine kostengünstige Verordnung zu unterstützen.

Auch bei freiverkäuflichen Schmerzmitteln ist die Zunahme der Gefahr der Abhängigkeit und Gewöhnung bekannt. So entwickelt sich bei etwa einem Prozent der rund drei bis fünf Millionen Schmerzmittelabhängigen in Deutschland eine chronische Niereninsuffizienz.

Wie bereits in vielen Ländern sollten Schmerzmittel, die bekannterweise zum Analgetika-Syndrom, insbesondere chronische Nierenin-

Abbildung 12a:

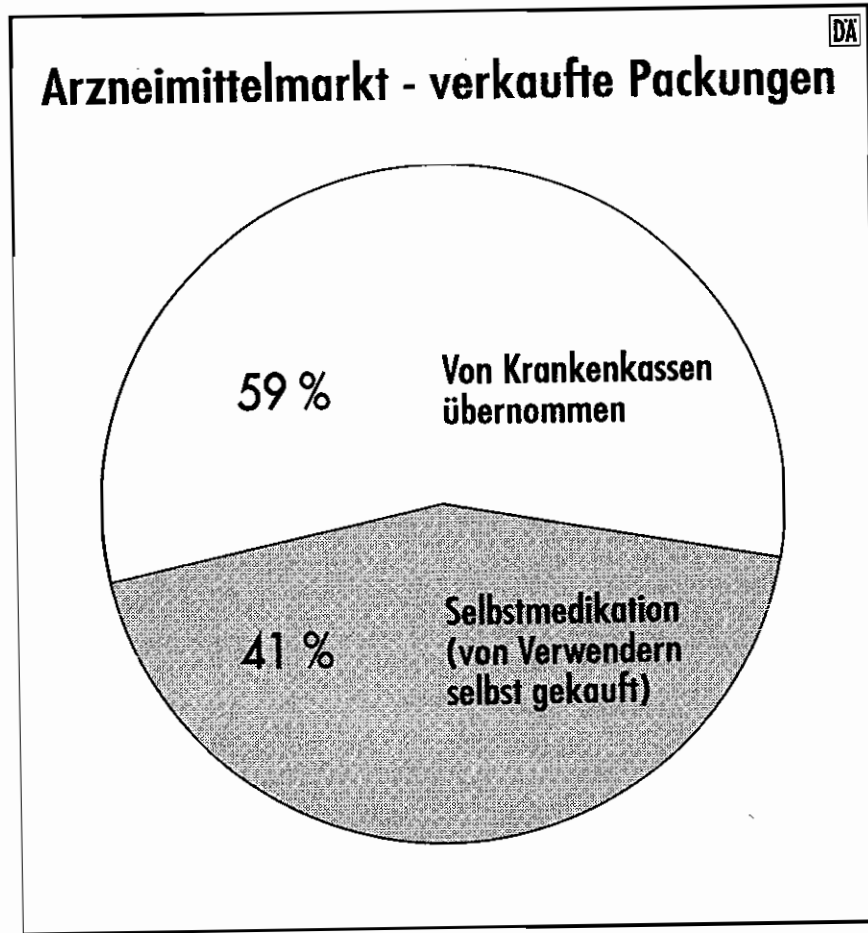
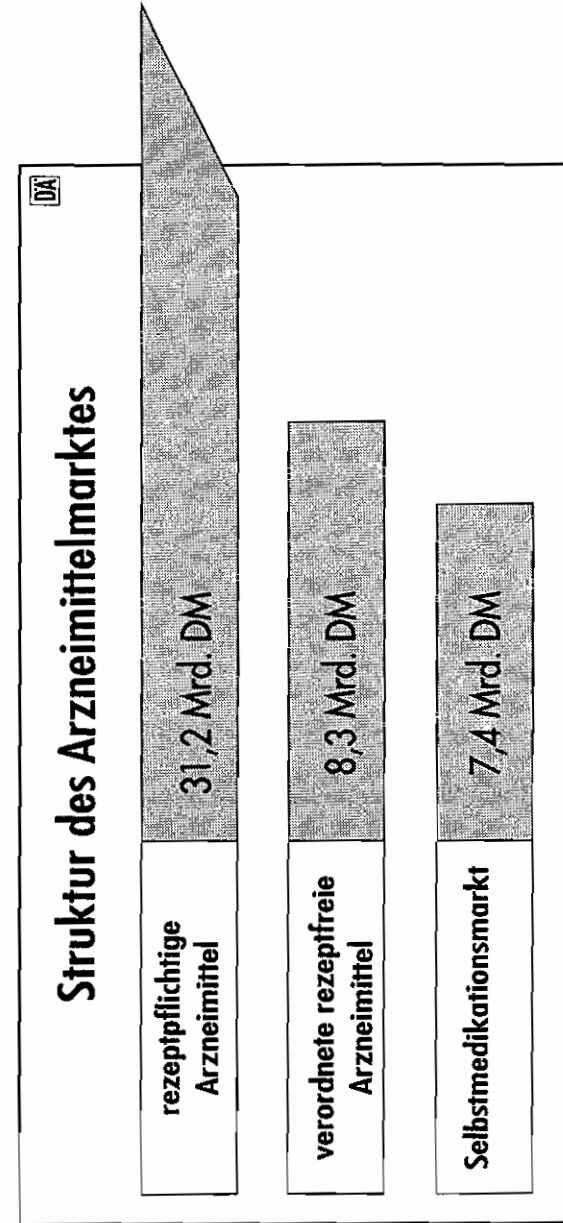


Abbildung 12b:



suffizienz, führen, auch in Deutschland verboten beziehungsweise unter Rezeptpflicht gestellt werden.

10.6 Arzneimittelmißbrauch und Medikamentenabhängigkeit

Medikamentenabhängigkeit ist häufig die Folge eines langdauernden Arzneimittelmißbrauchs. Kenntnisse und Fähigkeiten zur Prävention, Therapie und Rehabilitation des Arzneimittelmißbrauchs müssen daher im Rahmen der Fortbildung besondere Berücksichtigung finden.

Zum Doping geeignete Medikamente dürfen von Ärzten weder angeraten noch verordnet werden.

Die auf Doping beruhende Leistungsverbesserung eines Athleten widerspricht dem ärztlichen Berufsethos.

10.7 Meldung unerwünschter Arzneimittelwirkungen verbessern

Die ständige Überprüfung des Stellenwertes einer Arzneimitteltherapie im Sinne einer Nutzen-Risiko-Abschätzung ist ebenso unerlässlich wie die kritische Beobachtung neuer Arzneimittel in ihrer breiten Anwendung nach Erstzulassung. Das spontane Meldesystem entsprechend der Berufsordnung der deutschen Ärzte ist eine qualitätssichernde Maßnahme im Rahmen der Arzneimitteltherapie. Es stellt aufgrund seiner Subjektivität und der Identifikation von Einzelereignissen keine wissenschaftliche Methode im engeren Sinne dar. Die Erfahrung hat aber gezeigt, daß durch ein solches System wesentliche Erkenntnisse zum Arzneimittel gewonnen werden können.

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft unterstützt die Arbeit der zuständigen Bundesoberbehörde. In die Berufsordnung der Ärzte wurde die Verpflichtung für die Ärzte aufgenommen, uner-

Fußnote zu 10.7:

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft hat als Fachausschuß der Bundesärztekammer als erste Institution Deutschlands seit 1958 systematisch dieses spontane Meldesystem aufgebaut und seitdem die Fachöffentlichkeit in vielen Fällen über neue Erkenntnisse zu Arzneimitteln informiert. Mit dem Inkrafttreten des Arzneimittelgesetzes 1976 wurde das Bundesgesundheitsamt beauftragt, ein solches System in der Bundesrepublik Deutschland aufzubauen und verantwortlich zu führen. Laut allgemeiner Verwaltungsvorschrift zur Beobachtung, Sammlung und Auswertung von Arzneimittelrisiken (Stufenplan nach § 63 AMG) sind die Arzneimittelkommissionen der Kammern der Heilberufe beteiligte Stellen bei der Erfassung von Arzneimittelrisiken

wünschte Arzneimittelwirkungen an die Arzneimittelkommission zu berichten. Die ärztliche Selbstverwaltung sieht darin eine qualitätssichernde Maßnahme in der Arzneimitteltherapie.

In Zusammenarbeit mit den Landesärztekammern müssen neue Konzepte erarbeitet werden, um den Anteil der in Deutschland gemeldeten Verdachtsfälle zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen zu vergrößern.

Den Ärzten könnte über Pharmakotherapieberatungsstellen in den ärztlichen Körperschaften die Möglichkeit gegeben werden, Informationen von Datenbanken abzufragen und diese für sich zu nutzen.

10.8 Qualitätssicherung der Arzneimitteltherapie

Der Patient hat einen Anspruch auf angemessene, wissenschaftlich fundierte Versorgung mit Arzneimitteln. Dabei muß die Qualität der Arzneimittelversorgung gesichert werden, insbesondere durch:

- Praxisorientierte ärztliche Aus- und Weiterbildung in Pharmakotherapie nach klinischen, wissenschaftlichen und wirtschaftlichen Kriterien;
- Regelmäßige Fortbildung in rationaler und rationeller Pharmakotherapie unter Berücksichtigung von praxisorientierten Verordnungsleitlinien;
- Kontinuierliche, berufsbegleitende Arbeit in Qualitätszirkeln zur Überprüfung des individuellen Verordnungsverhaltens eines jeden Arztes. Voraussetzung für eine erfolgreiche Analyse des individuellen Verordnungsverhaltens ist dabei die Erstellung und allgemeine Zugänglichkeit problemorientierter Verordnungsdaten aus dem Datenmaterial von Leistungserbringern, Kostenträgern und der Pharmaindustrie;
- EDV-gestützte Arzneimittelinformationen zur unmittelbaren, fallbezogenen Fortbildung und zur Selbstkontrolle der Ärzte.

10.9 Unabhängige Arzneimittelinformation

Die Ärzteschaft wird mit einer Vielfalt von Informationen zu neuen Arzneimitteln konfrontiert. Dabei wird der größte Anteil dieser Informationen über die pharmazeutischen Unternehmer bereitgestellt, oft sind sie Bestandteil von Marketing-Konzepten zum Verkauf der jeweiligen Medikamente. Damit ist eine subjektive Informationsweitergabe unvermeidbar. Wenn dann noch zu wirkstoffgleichen oder in medizinischen Indikationsgebieten ähnlich wirkenden Medikamenten von verschiedenen pharmazeutischen Unternehmern differierendes Informationsmaterial angeboten wird, wächst die Verunsicherung. Durch die

Zulassung von wenigen innovativen aber vielen pseudoinnovativen neuen Arzneimitteln muß immer wieder die herkömmlich bekannte Therapie bewertet werden. Auch hier steht der Arzt im Spannungsfeld der verschiedenen Interpretationen von pharmazeutischen Unternehmern, die entweder innovative oder pseudoinnovative Medikamente oder Generika anbieten.

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft hat die Aufgabe, in dieser Situation beratend tätig zu werden. Dazu gibt sie das Buch „Arzneiverordnungen“ als wissenschaftlichen Leitfaden zur Arzneimitteltherapie mit Empfehlungscharakter und zur Qualitätssicherung bei der Arzneimitteltherapie heraus.

Die Arzneimittelkommission als Stufenplanbeteiligte nach § 63 AMG besitzt mit der AVP ein schriftliches Informationsmedium, um über arzneimittelbedingte Risiken zu berichten und den Ärzten Empfehlungen zu geben.

Fußnote zu 10.9:

Das Taschenbuch stellt dem Arzt für das Gros seiner täglichen Verschreibungspraxis eine Medikamentenbasis zur Verfügung, mit der er eine ausreichende, dem medizinisch/wissenschaftlichen Erkenntnisstand entsprechende Arzneimitteltherapie vornehmen kann.

In der neuesten Auflage dieser Publikation wird eine Auswahl von rund 700 Wirkstoffen beschrieben, dies entspricht rund einem Viertel der in der Roten Liste (Verzeichnis von Fertigarzneimitteln der Mitglieder des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie e. V.) angegebenen Wirkstoffe. Es stellt damit eine Art Positivliste für die Ärzte dar, die ohne gesetzliche Auflagen oder ökonomische Zwänge von den Mitgliedern der Arzneimittelkommission erarbeitet wurde. Politische Rahmenbedingungen und steigender wirtschaftlicher Druck der pharmazeutischen Unternehmer machen es notwendig, dieses Informationsmedium in hoher Aktualität und in regelmäßigen Auflagen der Ärzteschaft zugänglich zu machen. Darüber hinaus müssen auch andere Medien, insbesondere die Datenverarbeitung mit Suchprogrammen, für die gewünschte Information aus dem Praxis-PC genutzt werden.

Das Informationsblatt „Arzneiverordnung in der Praxis“ (AVP) ist den Gebieten der Praxis und Pharmakotherapie gewidmet und hält kritische Bewertungen neu in die Therapie eingeführter Arzneimittel und deren arzneimittelsicherheitsrelevante Aspekte fest. Dieses Informationsheft stellt eine flexible Ergänzung zu dem Taschenbuch „Arzneiverordnungen“ dar, weil es schnell auf Einflüsse durch die pharmazeutischen Unternehmer oder die Politik reagieren und dem Arzt die entsprechenden Informationsalternativen vermitteln kann.

11. Öffentlicher Gesundheitsdienst

11.1 „Dritte Säule“ des Gesundheitswesens

Neben der ambulanten und stationären Versorgung kommt dem öffentlichen Gesundheitsdienst als dritter Säule des Gesundheitswesens mit seinen vorrangigen Aufgaben im Bereich der Bevölkerungsmedizin, der Prävention, der sozialkompensatorischen Funktion, der Gesundheitsförderung und der Fachaufsicht über die Gesundheitseinrichtungen ein besonderer Stellenwert zu.

Denn zu einem gut funktionierenden Gesundheitswesen gehört auch ein leistungsfähiger öffentlicher Gesundheitsdienst.

11.2 Mehr als nur öffentliche Verwaltung

Der Arzt im öffentlichen Gesundheitsdienst handelt im Rahmen seiner ärztlichen Tätigkeit eigenverantwortlich und kann seine ärztliche Entscheidung nicht delegieren. Er ist nur in Verwaltungsfragen gegenüber dem Träger der öffentlichen Einrichtungen weisungsgebunden. In den ärztlich-medizinischen Entscheidungen besteht kein Weisungsverhältnis. Führt die Aufgabenstellung des Arztes in der Gesundheitsverwaltung, die Wahrung öffentlicher Interessen und die Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Träger zu Konflikten, dann darf der Arzt nur seinem ärztlichen Gewissen unterworfen sein.

Der Bürger hat einen Anspruch darauf, daß die über die Amtsverschwiegenheit hinausgehende ärztliche Schweigepflicht uneingeschränkt gewahrt bleibt.

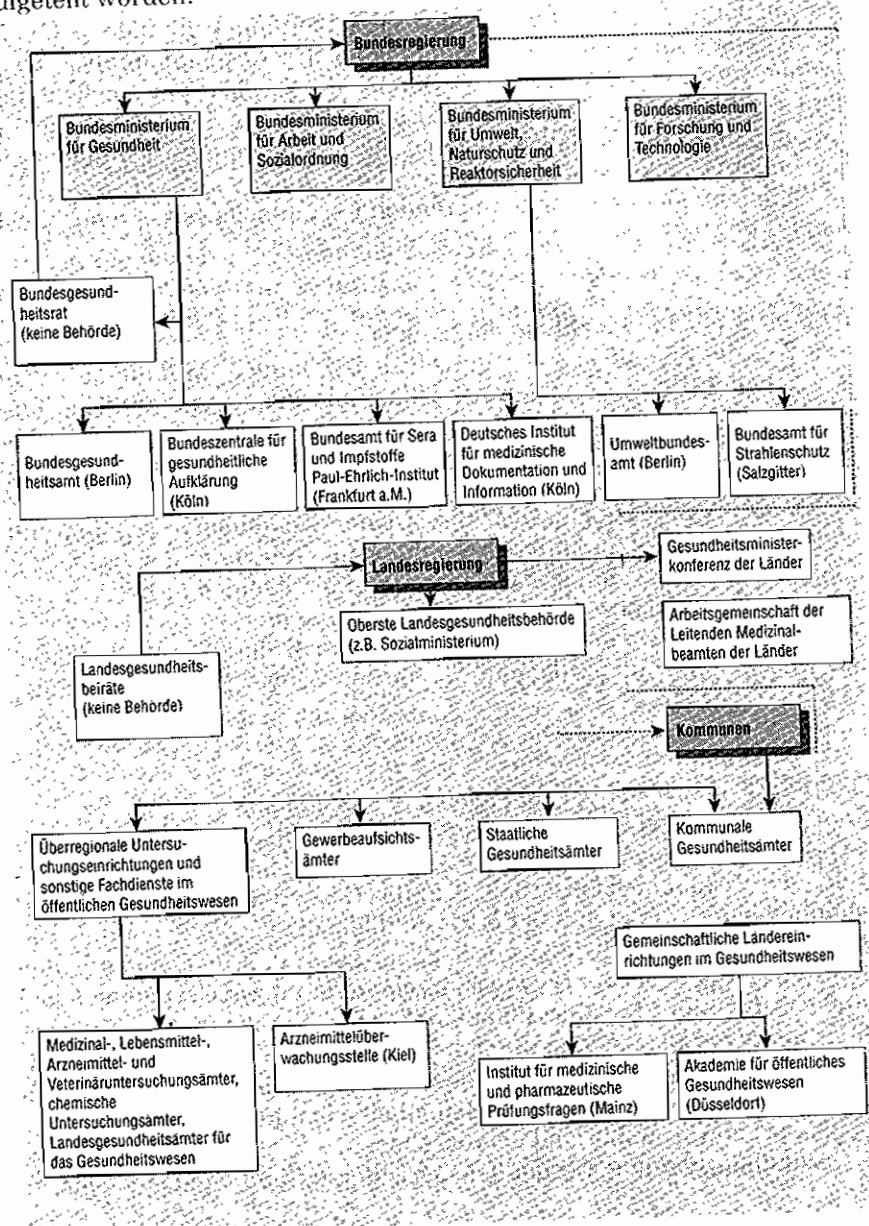
11.3 Beratung und Betreuung, Planung und Gestaltung

Das Aufgabengebiet des öffentlichen Gesundheitsdienstes als Gesundheitsfachverwaltung umfaßt die dem Staat obliegenden Pflichten im Bereich der Gesundheitsförderung, d. h. des Gesundheitsschutzes, der gesundheitlichen Vorsorge und der Gesundheitshilfen. Die Bedeutung des öffentlichen Gesundheitsdienstes liegt vor allem in seiner umfassenden Beratungs- und Betreuungs- sowie in seiner Planungs-, Gestaltungs- und Aufsichtsfunktion. Darüber hinaus obliegen dem öffentlichen Gesundheitsdienst die Beobachtung, Begutachtung und Wahrung der gesundheitlichen Verhältnisse und Belange der Allgemeinheit, einschließlich der Beratung der Verwaltung in gesundheitlichen Fragen.

Folgende Schwerpunkte sind hervorzuheben:

- Gesundheitsplanung, Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie,

Abbildung 13: Anmerkung: Das Bundesgesundheitsamt ist 1994 auf Beschluß des Deutschen Bundestages aufgelöst und in einzelne Institute aufgeteilt worden.



- Gesundheitlicher Umweltschutz, Umwelthygiene,
- Seuchenhygiene, Lebensmittelhygiene und -überwachung,
- Sozialmedizin,
- Leitende Funktion in der medizinischen Katastrophenhilfe,
- Kinder- und jugendärztlicher Dienst,
- Kinder- und jugendzahnärztlicher Dienst,
- Sozialpsychiatrischer Dienst,
- Gesundheitserziehung,
- Ärztliche und zahnärztliche Begutachtung,
- Medizinalaufsicht,
- Aufsuchende Gesundheitsfürsorge.

11.4 Moderne Gesundheitsfachverwaltung

Angesichts der enorm zunehmenden Komplexität der Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes muß dieser personell und apparativ gestärkt werden. Die Entwicklung von Wissenschaft, Medizin und Technik, die Bedeutung des Umwelt- und Verbraucherschutzes sowie die fortschreitende Gesundheits- und Sozialgesetzgebung bedingen in zunehmendem Maße nicht nur herkömmliche bevölkerungsmedizinische Aufgaben, sondern auch epidemiologische und ökologische Fragestellungen. Nur ein öffentlicher Gesundheitsdienst, der unter Berücksichtigung aller relevanten Disziplinen mit der entsprechend erforderlichen personellen und apparativen Ausstattung zu einer Gesundheitsfachverwaltung weiterentwickelt wird, kann diesen Aufgaben gerecht werden. Hierzu gehört insbesondere auch die Durchführung von Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen. Ergänzend zu dem bislang überwiegend technisch ausgerichteten Gesundheitsschutz müssen sich die Gesundheitsämter die Wahrung des gesundheitlichen Umweltschutzes zur Aufgabe machen. So sind zum Beispiel auch die im Bereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes liegenden Aufgaben der Lebensmittelhygiene und der Lebensmittelüberwachung vornehmlich von Ärzten für Hygiene und Ärzten für öffentliches Gesundheitswesen wahrzunehmen.

11.5 Gesundheitsberichterstattung

Die Gesundheitsberichterstattung bildet die Grundlage für die Formulierung von Gesundheitszielen und für die Entwicklung gesundheitspolitischer Prioritäten. Bei dem Aufbau einer effizienten Gesundheitsberichterstattung erwachsen den Gesundheitsämtern besondere Aufgaben. Nur diese können alle gesundheitlich relevanten Daten als wesentliche Vor-

aussetzung für die Gesundheitsplanung unter Berücksichtigung der Epidemiologie sammeln. Das Instrumentarium dafür ist zügig auszubauen. Bisherige Datensammlungen (zum Beispiel Impfdaten, Krebsregister) müssen auf ihre Brauchbarkeit für diese neuen Anforderungen überprüft und weiterentwickelt werden.

11.6 Das Gesundheitsamt auch als Ausgangspunkt gesundheitsrelevanter Initiativen

Bei gesundheitsrelevanten Planungen, Strukturentwicklungen und Gesetzgebungsinitiativen der Landesparlamente und -regierungen sowie der kommunalen Körperschaften (zum Beispiel Landschaftsplanung, Bau- und Städteplanung, Umweltschutz und andere) muß auch die multidisziplinäre Kompetenz der Gesundheitsämter in die entsprechenden Entscheidungsprozesse eingebunden werden. Die Gesundheitsfachbehörden müssen darüber hinaus in allen die Gesundheit der Bevölkerung betreffenden Fragen von sich aus Initiativen entwickeln sowie andere Verwaltungsbereiche zu den erforderlichen Schritten veranlassen und entsprechend beraten.

11.7 Gesundheitsamt unter ärztlicher Leitung

Die Erfüllung der an Komplexität und gesundheitspolitischer Relevanz zunehmenden Aufgaben erfordert Ärzte, die auf dem Gebiet des öffentlichen Gesundheitswesens qualifiziert sind. Insbesondere gilt dies für die Leitung des Gesundheitsamtes, die in jedem Falle einem praktisch erfahrenen Arzt für öffentliches Gesundheitswesen vorbehalten bleiben muß. Der öffentliche Gesundheitsdienst muß sich auf Ärzte mit einer breiten klinischen Erfahrung sowie einer speziellen Weiterbildung im öffentlichen Gesundheitswesen stützen können.

11.8 Intensivierung der interdisziplinären Zusammenarbeit

Die Zusammenarbeit des öffentlichen Gesundheitsdienstes mit niedergelassenen Ärzten, Krankenhausärzten, Betriebsärzten, den Ärzten der Sozialversicherungsträger sowie mit den übrigen Fachberufen des Gesundheitswesens muß mit dem Ziel einer engeren Verbindung aller Tätigkeitsbereiche intensiviert werden. Insbesondere im Bereich der Gesundheitsförderung und der Prävention sowie des gesundheitlichen Umweltschutzes muß eine verbesserte Zusammenarbeit mit den in der ambulanten und stationären Versorgung tätigen Ärzten erreicht werden.

Nur bei einer so verstärkten Kooperation aller Beteiligten im Gesundheitswesen können die Gesundheitsämter ihre Aufgabe effizient erfüllen. Zwar können in Einzelfällen Überschneidungen der Tätigkeit nicht ausgeschlossen werden, grundsätzlich jedoch darf nicht die Abgrenzung der Aufgaben im Vordergrund stehen, sondern vielmehr das Bemühen um eine effektive Zusammenarbeit. Damit kann der größtmögliche Erfolg für Rat und Hilfe suchende Bürger gewährleistet werden.

12. Betriebsärztliche Versorgung

12.1 Menschengerechte Arbeitswelt

Für die Gesundheit des Menschen und dessen Leistungsfähigkeit ist eine menschengerechte Gestaltung der Arbeitswelt durch eine Anpassung der Arbeitsbedingungen an den Menschen von grundlegender Bedeutung. Die Arbeit als ein zentraler Inhalt menschlichen Lebens kann zur Persönlichkeitsentfaltung und Selbstbestätigung beitragen. Menschengerechte und menschenwürdige Gestaltung der Arbeitsbedingungen ist dafür Voraussetzung. Die Arbeitsbedingungen müssen den physischen und psychischen Anlagen und Fähigkeiten des Menschen entsprechen.

Nicht der Mensch muß sich den Forderungen der Technik, sondern die Technik den Erfordernissen der menschlichen Natur anpassen. Eignungsuntersuchungen müssen demnach die individuelle Eignung und Belastbarkeit des Menschen für den speziellen Arbeitsplatz feststellen. Arbeitsorganisation und -ablauf sind so zu gestalten, daß sie der auch mit zunehmendem Lebensalter veränderten Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit der Menschen Rechnung tragen.

12.2 Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz

Die ständigen Veränderungen im Arbeitsleben erfordern eine wirksame Gesundheitsvorsorge am Arbeitsplatz. Die Arbeitsmedizin dient dem Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz und damit dem Ziel, die Gesundheit zu erhalten, schädliche Einflüsse zu verhindern, Krankheiten zu vermeiden sowie Gesundheitsschäden so früh wie möglich zu erkennen. Die Tätigkeit des Betriebsarztes ist deshalb auf die Verhütung von Krankheiten und Unfällen ausgerichtet. Seine Pflicht zur ärztlichen Hilfeleistung bei Notfällen bleibt davon unberührt. Seine besondere Fachkompetenz macht ihn auch zum arbeitsmedizinischen Berater der in Klinik und Praxis behandelnden Ärzte.

12.3 Unabhängigkeit des Betriebsarztes

Das Arbeitssicherheitsgesetz von 1973 überträgt den Betriebsärzten die Aufgabe, den Arbeitgeber beim Arbeitsschutz und bei der Unfallverhütung in allen Fragen des Gesundheitsschutzes zu unterstützen. Das Gesetz sichert den Betriebsärzten bei ihrer Tätigkeit Weisungsfreiheit vom Arbeitgeber zu. Sie sind nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen und haben die Regeln der ärztlichen Schweigepflicht zu beachten. Die Anstellungsverträge für Betriebsärzte müssen daher gewährleisten:

- die fachliche Unabhängigkeit vom Arbeitgeber und der Arbeitnehmervertretung,
- die unmittelbare persönliche Unterstellung unter die für die Durchführung des Arbeitssicherheitsgesetzes verantwortliche Leitung des Unternehmens beziehungsweise Betriebes,
- Einrichtung und Organisation des betriebsärztlichen Dienstes in eigener Verantwortung des Betriebsarztes im Rahmen der vom Arbeitgeber erlassenen allgemeinen Dienstvorschriften und der für die Durchführung der Aufgaben erforderlichen Finanzmittel.

12.4 Betriebsärztliche Versorgung auch in Kleinbetrieben

Aus Gründen der Durchführbarkeit des Arbeitssicherheitsgesetzes in der Aufbauphase wurden durch Unfallverhütungsvorschriften der Unfallversicherungsträger sogenannte Schwellenwerte (Beschäftigtenzahl-Grenzen) festgelegt, unterhalb derer für den Arbeitgeber zunächst keine Verpflichtung bestand, einen Betriebsarzt zu bestellen. Deshalb werden bislang nur zirka 50 Prozent aller Arbeitnehmer — vorrangig in Groß- und Mittelbetrieben — durch Betriebsärzte betreut. Weil das Gefahrenpotential nicht von der Betriebsgröße abhängt, benötigen auch Klein- und Kleinstbetriebe die Beratung und Betreuung durch Betriebsärzte.

Die Ärzteschaft fordert deshalb, daß die bereits 1989 von der Europäischen Gemeinschaft verabschiedete Rahmenrichtlinie für die Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit in Deutschland gesetzlich verwirklicht wird.

12.5 Vielfalt der Betreuungsformen

Eine betriebsnahe arbeitsmedizinische Versorgung erfordert ein differenziertes Angebot an betriebsärztlicher Betreuung durch

- hauptberuflich tätige, angestellte oder freiberufliche Betriebsärzte,
- nebenberuflich tätige, angestellte oder freiberufliche Betriebsärzte,

- überbetriebliche arbeitsmedizinische Dienste sowie
- Betriebsarztzentren von freiberuflich tätigen Ärzten.

Die vom Gesetzgeber verankerte Gleichwertigkeit der betriebsärztlichen Betreuungsformen wie auch die Freiheit ihrer Auswahl sind wesentliche Merkmale der betriebsärztlichen Versorgung in Deutschland.

Die Ärzteschaft lehnt deshalb alle Versuche ab, auf anderem Wege den Betrieben eine bestimmte Betreuungsform vorzuschreiben. Die Ärzteschaft fordert daher die Berufsgenossenschaften auf, bei der Gestaltung ihrer Unfallverhütungsvorschriften die Vielfalt der Betreuungsformen zu erhalten und nicht einseitig überbetriebliche arbeitsmedizinische Dienste der Berufsgenossenschaften zum vorrangigen Instrument der betriebsärztlichen Betreuung zu machen.

Das Gesetz verlangt lediglich, daß Unternehmen nachzuweisen haben, daß sie ihre Pflicht zur Bestellung eines Betriebsarztes erfüllt haben. Weiterreichende und detaillierte Kontroll- und Überprüfungsaktivitäten der staatlichen Gewerbeaufsicht sind überflüssig.

12.6 Qualität betriebsärztlicher Versorgung sichern

Grundkenntnisse in der Arbeitsmedizin muß jeder angehende Arzt bereits während seines Medizinstudiums erwerben, damit er bei seiner späteren Berufsausübung — nicht nur als Betriebsarzt, sondern auch als in Klinik oder Praxis tätiger Arzt — gesundheitsgefährdende Einflüsse der Arbeitswelt erkennen kann.

Um allen Medizinstudenten arbeitsmedizinische Kenntnisse vermitteln zu können, ist es notwendig, an allen Universitäten und Hochschulen Lehrstühle beziehungsweise Institute für Arbeitsmedizin einzurichten und diese sowohl in personeller wie auch in apparativer Hinsicht ausreichend auszustatten.

Die Ärzteschaft hat durch Regelungen in der Weiterbildungsordnung seit 1976 die Qualifikation betriebsärztlicher Tätigkeit sichergestellt und gefördert. Damit wurde die betriebsärztliche Versorgung ständig verbessert. Der Erfolg kann nur gesichert werden, wenn es gelingt, eine ausreichende Zahl von zur Weiterbildung geeigneten Stellen zur Verfügung zu stellen. Die Ärzteschaft fordert deshalb die Arbeitgeber auf, weitere Arztstellen in den betriebsärztlichen Diensten einzurichten. Zielsetzung ist die kontinuierliche betriebsärztliche Betreuung aller Arbeitnehmer. Dazu ist es notwendig, die Zahl der für die betriebsärztliche Versorgung zur Verfügung stehenden Ärzte zu erhöhen.

13. Rehabilitation

13.1 Rehabilitation als integraler Bestandteil der ärztlichen Berufsausübung

Die Rehabilitation befaßt sich mit den Bemühungen, die Folgen von Krankheit und Behinderung zu mindern, auszugleichen oder zu beheben. Die aktive Mithilfe des Arztes bei der medizinischen Behandlung, der beruflichen und sozialen Wiedereingliederung des Kranken oder Behinderten ist unabdingbar. Die Feststellung der Rehabilitationsbedürftigkeit eines Kranken oder Behinderten, die Beurteilung seiner Rehabilitationsfähigkeit und die Erstellung einer Rehabilitationsprognose können nur mit ärztlichem Sachverstand geschehen.

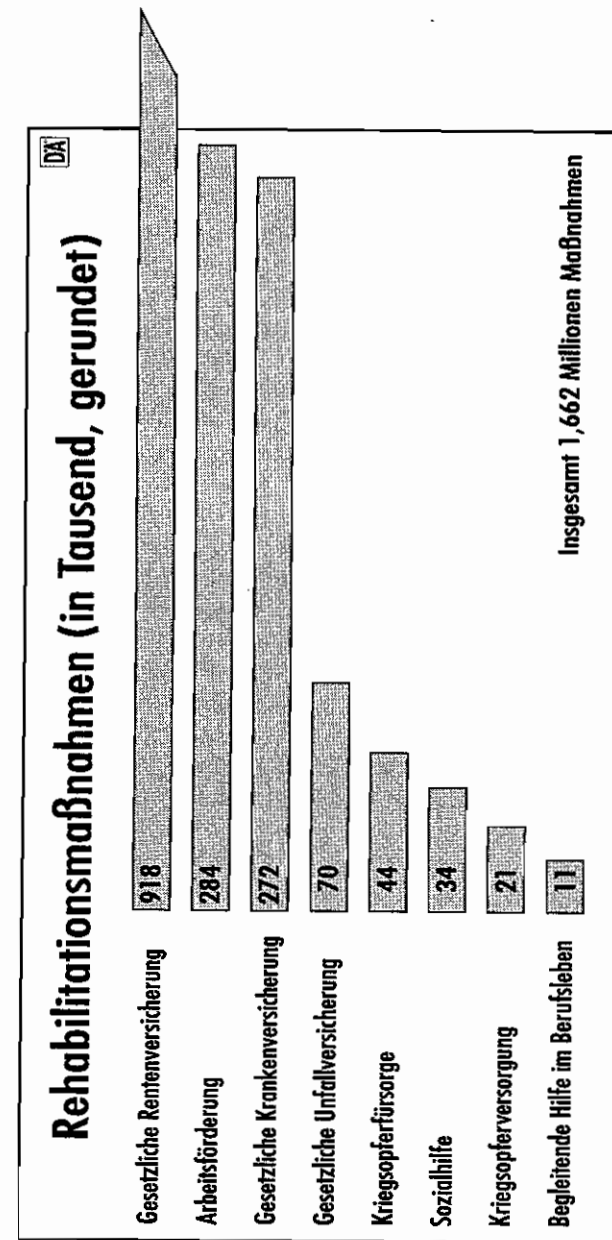
13.2 Schlüsselfunktion des behandelnden Arztes

Der behandelnde Arzt eines Kranken oder Behinderten übernimmt neben der Behandlung von Krankheiten und Behinderungen auch die Verantwortung für die möglichst umfassende und erfolgreiche Wiedereingliederung seines Patienten. Als Teil der Behandlungskette hat er hierbei eine Schlüsselfunktion. Der individuelle Rehabilitationsbedarf des Patienten setzt umfassende Kenntnisse der vielfältigen Rehabilitationsmöglichkeiten voraus. Der Arzt wirkt ganz entscheidend mit bei der Beratung und der notwendigen Motivation des Patienten und bei der Einleitung der geeigneten Rehabilitationsmaßnahmen. Dabei muß er sich immer wieder der Hilfe von Ärzten anderer Fachgebiete versichern und fachlichen Rat anderer Berufsgruppen einholen.

13.3 Aktive Mitwirkung des Patienten

Der Erfolg einer Rehabilitationsmaßnahme hängt ganz entscheidend von der aktiven Mitwirkung des Patienten ab. Der motivierte Patient erhält durch die Rehabilitation Hilfe zur Selbsthilfe. Der Patient muß daher seine medizinische Behandlung, seine berufliche und soziale Wiedereingliederung selbst wollen und, soweit ihm das möglich ist, in eigener Initiative betreiben. Bis auf wenige Ausnahmen (zum Beispiel in der Unfallversicherung) sollte das Antragsverfahren der Sozialleistungsträger beibehalten werden. Die Mitwirkungspflicht des Kranken oder Behinderten beim Erhalt einer Leistung aus der Solidargemeinschaft ist demnach unverzichtbar.

Abbildung 14:



13.4 Ausbau und Neuentwicklung von Rehabilitationsmöglichkeiten

Das derzeitige vielfältige Angebot rehabilitativer Möglichkeiten hat sich parallel zur Entwicklung des gegliederten Sozialversicherungssystems in Deutschland herausgebildet. Die Rehabilitation wird dabei von dem Träger durchgeführt, der auch das finanzielle Risiko ihres Scheiterns trägt. Dieses Prinzip der einheitlichen Risikoanordnung veranlaßt den jeweiligen Sozialleistungsträger, ein möglichst effizientes Rehabilitationsangebot zur Vermeidung eines Risikos anzubieten.

So sind im Bereich der stationären Reha-Maßnahmen leistungsfähige und fachspezifische Rehabilitationskliniken entstanden. Qualifizierte Berufsbildungswerke bieten umfassende Möglichkeiten zur Wiedereingliederung in einen Beruf. Werkstätten und Unterbringungsheime für geistig und körperlich Behinderte verringern die sozialen Ausgrenzungen. Dieses bestehende Angebot von qualifizierten und vielfältigen Rehabilitationsmaßnahmen ist nicht nur notwendig und muß beibehalten werden, es muß auch um weitere rehabilitative Möglichkeiten ausgebaut und weiterentwickelt werden.

Der gesellschaftliche und industrielle Wandel, die Fortschritte medizinischer Erkenntnisse, neue Therapieformen, die steigende Lebenserwartung der Bevölkerung mit der damit verbundenen zunehmenden Polymorbidität erfordern eine ständige Anpassung und Neuentwicklung rehabilitativer Möglichkeiten. Neben dem Begriff „Reha vor Rente“ gewinnt der Begriff „Reha vor Pflege“ immer mehr an Bedeutung.

Möglichkeiten der stufenweisen Wiedereingliederung Kranker, wohnortnaher Rehabilitationsmöglichkeiten — stationär oder teilstationär — und die Förderung der Selbsthilfegruppen einschließlich der bewährten Behindertensportgruppen sind weiterzuentwickeln.

Neue Formen, wie zum Beispiel eine „Hausärztliche Anschlußbehandlung“ (HAB) sollten entwickelt und erprobt werden.

13.5 Änderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen

Krankheiten und Behinderungen orientieren sich grundsätzlich nicht an gesetzlichen Vorgaben oder an zuständigen Sozialleistungsträgern; sie haben ihren eigendynamischen individuellen Verlauf. Die Erstellung eines ganzheitlichen Behandlungsplanes unter Einbeziehung geeigneter Rehabilitationsmöglichkeiten hat sich daher am einzelnen Patienten, seinen Krankheiten und Behinderung zu orientieren.

Die bestehenden gesetzlichen Vorgaben für die Sozialleistungsträger erlauben bisher nur bedingt, alle die geeigneten Mittel für die Rehabilitation einzusetzen, die individuell und krankheitsspezifisch erforderlich

wären. Die Abklärung von Zuständigkeiten des jeweiligen Sozialleistungsträgers behindert oft die zeitgerechte Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme. Zeitliche Einschränkungen wie zum Beispiel die 4 bis 6 Wochen-Regel oder die Jahres-Frist für Wiederholungsmaßnahmen orientieren sich nicht an patientenorientierten Notwendigkeiten.

Gesetzliche Änderungen hin zu einer zeitlichen Flexibilisierung oder besseren Anpassung an individuelle Gegebenheiten der Kranken und Behinderten sind notwendig. Gesetzlich sollten Kooperationsmöglichkeiten zwischen den behandelnden Ärzten, den sozialmedizinisch beratenden Ärzten der Sozialleistungsträger und den Ärzten in Rehabilitationseinrichtungen gefördert werden, um die Mitwirkungsmöglichkeiten der Ärzte im Rehabilitationsgeschehen zu stärken.

Die Beseitigung einengender Gesetze ließe die raschere Entwicklung neuer notwendiger rehabilitativer Formen im Bereich der Prävention, ambulanter und teilstationärer Reha-Maßnahmen, aber auch der Nachsorge zu.

13.6 Förderung der Rehabilitationsforschung

Die Rehabilitationswissenschaft befaßt sich mit dem Aufdecken nachteiliger Auswirkungen von Krankheiten und Behinderungen; sie will Konzepte aufzeigen, um diesen vorzubeugen und entgegenzuwirken. Die Rehabilitation bedarf einer systematischen wissenschaftlichen Grundlage, um die Rehabilitation auf gesicherten Erkenntnissen weiterentwickeln zu können. Dabei sind eine eher universitäre Grundlagenforschung wie auch eine anwendungsorientierte Forschung in Reha-Einrichtungen unter Einbeziehung und in enger Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten notwendig. Rehabilitationswissenschaftliche Forschungsergebnisse lassen nicht nur bessere Rehabilitationsformen erkennen, sie tragen auch zur Effizienz von Rehabilitationsmaßnahmen bei. Sie erhalten hierdurch auch für die volkswirtschaftliche Betrachtung eine hohe Bedeutung.

Notwendig sind auch bessere Informationsflüsse, die es erlauben, Forschungsergebnisse rascher umzusetzen. Die behandelnden Ärzte müssen ihre Behandlungspläne, die Rehabilitationsträger ihre Verfahren und Rehabilitationsangebote und die Rehabilitationseinrichtungen ihre Rehabilitationskonzepte und -möglichkeiten miteinander abstimmen und zeitnäher anpassen können.

13.7 Qualitätssicherung in der Rehabilitation

Auch der rehabilitativ tätige Arzt unterliegt der Notwendigkeit, sich Qualitätssicherungsmaßnahmen zu stellen. Aktivitäten einzelner Sozialleistungsträger, Modelle der Qualitätssicherung für Rehabilitationseinrichtungen zu entwickeln und umzusetzen, sollten den Kriterien der deutschen Ärzteschaft entsprechen (vgl. Ziffer 23). Qualitätssicherung im Bereich der Rehabilitation kann nur dann effizient sein, wenn in einem umfassenden Qualitätssicherungskonzept die behandelnden Ärzte, die Sozialleistungsträger und die Rehabilitationseinrichtungen einbezogen werden und Qualitätssicherungsmaßnahmen gemeinsam planen und betreiben.

13.8 Qualifikation sichern

Angesichts der wachsenden Bedeutung der Rehabilitation hat der 95. Deutsche Ärztetag 1992 die Einführung sowohl einer Gebietsbezeichnung „Physikalische und rehabilitative Medizin“ als auch einer Zusatzbezeichnung „Rehabilitationswesen“ beschlossen. Durch die Weiterbildung im Bereich „Rehabilitationswesen“ sollen Ärzte die fachübergreifenden besonderen Erkenntnisse erwerben. So kann zukünftig die Koordinationskompetenz des Arztes im gesamten Feld der Rehabilitation, das heißt nicht nur in der medizinischen, sondern auch in der beruflichen und sozialen Rehabilitation gestärkt werden.

Qualifizierung im Bereich der Rehabilitation muß an der „Basis“ stattfinden, da hier Rehabilitationsmaßnahmen eingeleitet werden. Dies könnte geschehen durch vermehrte Berücksichtigung des Gegenstandes in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung.

14. Spezielle Versorgungsbereiche

14.1 Zusammenarbeit von Ärzten und Fachberufen des Gesundheitswesens

Zu den speziellen Versorgungsbereichen zählen Patientengruppen mit chronisch-somatischen Erkrankungen (zum Beispiel rheumatischer Formenkreis, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronische Niereninsuffizienz, Diabetes mellitus, Multiple Sklerose und andere), Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, psychiatrisch Erkrankte, Suchtpatienten, geriatrische Patienten, Krebskranke sowie HIV-Infizierte und Patienten mit anderen konsumierenden Erkrankungen.

Abbildung 15:

Bereitschaft von Ärzten zur Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen* DA		
(n = 144)		
Es erklärten sich bereit:	ja	nein
Patienten die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe zu empfehlen	94%	1%
- Informationen über Selbsthilfegruppen im Wartezimmer auszulegen	80%	16%
- an einem Selbsthilfegruppentreffen teilzunehmen	58%	34%
- einen Vortrag vor einer Selbsthilfegruppe zu halten	50%	42%
eine Selbsthilfegruppe ärztlich zu betreuen	33%	57%
- mit eigenen Patienten eine Selbsthilfegruppe zu gründen	17%	76%

* Mehrfachnennungen möglich

Interesse der Ärzte an einer Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen DA		
(n = 144)		
Es äußerten Interesse an einer Zusammenarbeit mit:	ja	nein
- Selbsthilfegruppen zu Suchterkrankungen	65%	29%
- Selbsthilfegruppen zu psychischen bzw. körperlichen Behinderungen	71%	19%
- Selbsthilfegruppen zu chronischen Krankheiten	87%	8%
- Selbsthilfegruppen zu allgemeinen Lebensproblemen	42%	50%

Die gemeinsame Charakteristik der von diesen Erkrankungen betroffenen Patienten besteht im chronischen beziehungsweise chronifizierenden Verlauf der Erkrankung, in der damit verbundenen psychosozialen Beeinträchtigung, im potentiellen Verlust des sozialen Netzes und der daraus resultierenden Möglichkeit der Isolation und Vereinsamung sowie in der Schwere des Leidens.

Durch die enge Kooperation von Ärzten und Angehörigen der anderen Fachberufe im Gesundheits- und Sozialwesen können die medizinische Versorgung der Betroffenen verbessert und die soziale Situation erträglicher gestaltet werden.

Familienangehörige beziehungsweise weitere enge Bezugspersonen sind in die Behandlung, Begleitung beziehungsweise Rehabilitation dieser Patienten einzubeziehen.

14.2 Komplexe Betreuungsangebote

In Versorgungsbereichen mit psychosozialen Schwerpunktaufgaben sind spezifische Betreuungsformen, zum Beispiel in Tageskliniken, nötig, um einen ausreichenden Therapieerfolg und die Integration des Patienten in die Familie beziehungsweise in das soziale Umfeld zu gewährleisten.

Dazu zählen weiterhin ambulante beziehungsweise tagesklinische Rehabilitationseinrichtungen, die in Verbindung mit Arbeitstraining beziehungsweise Umschulung die Wiedereingliederung der Patienten in das Berufsleben oder Herstellung einer größtmöglichen Selbstständigkeit bewirken.

Es sind die Voraussetzungen zu schaffen, daß niedergelassene Ärzte mit Angehörigen der Fachberufe im Gesundheits- und Sozialwesen enger als bisher zusammenarbeiten können.

Dazu gehören auch der komplexen Betreuung angemessene Finanzierungsstrukturen.

14.3 Selbsthilfegruppen

Ärzte und Angehörige der Fachberufe im Gesundheits- und Sozialwesen sollten mit den entsprechenden Selbsthilfegruppen in der Region zusammenarbeiten.

Diese entwickeln eine spezifische Kompetenz im Hinblick auf die Krankheits- und Lebensbewältigung und bieten somit dem betroffenen Patienten eine Hilfestellung, die der von der Krankheit nicht betroffene Arzt in dieser Form nicht zu leisten vermag.

Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik

14.4 Seelische Dimension des Krankseins

Die Vermittlung von Kenntnissen über patientenorientierte Ansätze der psychotherapeutischen Medizin und Psychosomatik ist im Studiengang der Humanmedizin auszuweiten. Dem Studierenden sind systematische Kenntnisse und Fertigkeiten in psychosozialer Diagnostik und interpersoneller Kompetenz zu vermitteln. Die Sicherstellung von psychotherapeutischer und psychosomatischer Lehre und Forschung auf einem hohen wissenschaftlichen Niveau bedarf einer besseren personellen und räumlichen Ausstattung bestehender universitärer Einrichtungen. In akademischen Lehrkrankenhäusern ist die Einrichtung von Abteilungen für psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik zu fördern.

Die in der Weiterbildung teilweise geregelte und in die vertragsärztliche Versorgung eingeführte sogenannte psychosomatische Grundversorgung insbesondere für die Fachgebiete Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Kinderheilkunde sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe bedarf dringend einer bundesweit abgestimmten und verbindlichen Festlegung von Qualitätsanforderungen.

14.5 Wohnortnahe Versorgung

Die wohnortnahe psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung ist durch die Schaffung von Abteilungen für psychotherapeutische Medizin an größeren Akutkrankenhäusern zu realisieren und im Krankenhausplan festzuschreiben. Diese Abteilungen übernehmen auch den sogenannten Konsiliar- und Liaisondienst für andere medizinische Disziplinen im Krankenhaus.

Im Hinblick auf die Epidemiologie seelisch bedingter und mitbedingter Gesundheitsstörungen ist die ambulante fachärztliche Versorgung auf dem Gebiet der psychotherapeutischen Medizin zielstrebig zu entwickeln. Der Facharzt für psychotherapeutische Medizin beziehungsweise der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie muß jederzeit und unmittelbar für den Patienten erreichbar sein. Sogenannte Bestellpraxen sind für die ambulante Versorgung nicht ausreichend.

Zur Sicherung der Versorgung auf dem Gebiet der psychotherapeutischen Medizin bedarf es angemessener Vergütungsstrukturen.

14.6 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die komplexen Anforderungen bei der Versorgung von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen erfordern ein enges Zusammenwirken von Fachärzten für psychotherapeutische Medizin, anderen Fachärzten, psychologischen Psychotherapeuten, Sozialarbeitern und Sozialpädagogen.

Koordinationsfunktion haben dabei der Hausarzt, der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und der Facharzt für psychotherapeutische Medizin.

Psychiatrie

14.7 Gleichstellung psychisch Kranker und Behinderter mit somatisch Kranken

Trotz der erkennbaren Fortschritte bei den Bemühungen um die gesetzlich verbürgte Gleichstellung psychisch Kranker und Behinderter bedarf es weiterer Strukturverbesserung im stationären Bereich durch Schaffung von Abteilungen mit definierten Behandlungsaufgaben im psychiatrischen Fachkrankenhaus. Psychiatrische Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern sind auszubauen, sofern sie den gemeindenahen Versorgungsauftrag erfüllen können.

Für eine menschenwürdige, fachlich zeitgemäße, stationäre Betreuung und Versorgung der Betroffenen müssen besonders in den neuen Bundesländern die baulichen Defizite schnellstens behoben werden.

14.8 Ambulante Versorgung und Wiedereingliederung

Der Ausbau und die Förderung teilstationärer und ambulanten Versorgungssysteme ist zu verbessern und die Wiedereingliederung verstärkt fortzuführen.

Der mit der Psychiatrie-Enquete 1975 eingeleitete und in den folgenden Jahren durchgeführte regionale Aufbau teilstationärer und ambulanten Einrichtungen in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Nervenärzten, Psychiatern und Psychotherapeuten muß verstärkt werden, um die soziale und berufliche Integration psychisch Kranker und Behinderter erfolgreich durchführen zu können.

Die bisher erzielten modellhaften Erfolge in der Behandlung chronisch psychisch Kranker hinsichtlich ihrer sozialen Integration müssen auch zukünftig Maßstab verstärkter Förderung eines flächendeckenden Auf- und Ausbaus teilstationärer und ambulanten Versorgungs- und

Betreuungseinrichtungen sein. Alle Verantwortlichen in politischen und gesellschaftlichen Bereichen sollen diese Entwicklungen nach Kräften fördern.

14.9 Integrierte Behandlungskonzepte

Integrierte Behandlungskonzepte in der niedergelassenen nervenärztlichen und psychiatrischen Praxis lassen sich nur dann verwirklichen, wenn die Kooperation mit anderen Berufsgruppen, wie zum Beispiel mit Sozialarbeitern, Beschäftigungs- und Bewegungstherapeuten ermöglicht wird. Die Schaffung der dafür notwendigen Voraussetzungen muß im Interesse der Betroffenen erneut eingefordert werden.

14.10 Jugendliche sozial und beruflich integrieren

Untersuchungen über Entstehung und Verlauf psychischer Erkrankungen und Störungen im Kindes- und Jugendalter müssen fächerübergreifend langfristig angelegt und ihre Ergebnisse sowohl in präventive, therapeutische sowie in rehabilitative Maßnahmen umgesetzt werden. Nur so kann es gelingen, eine soziale und berufliche Ausgliederung der jugendlichen Betroffenen zu verhindern. Neben den stationären fachlich hochqualifiziert besetzten Einrichtungen sind insbesondere die außerstationären Versorgungs- und Betreuungsangebote auszubauen und die fachlich personellen Defizite zu beseitigen, um den speziellen Erfordernissen der Kinder und Jugendlichen Rechnung zu tragen.

14.11 Forschungsförderung

Die bestehenden strukturellen und institutionellen Defizite umfassen nicht nur die ambulanten Versorgungs- und Betreuungsstrukturen, sondern auch die qualifizierte klinische Forschung. Forschungsdefizite in den Bereichen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik müssen durch gezielte Förderung der bestehenden und Einrichtung neuer Forschungsschwerpunkte beseitigt werden.

Grundlage für empirische Forschung in diesen Bereichen ist die reproduzierbare Beschreibung und Klassifikation von Krankheitsbildern. Die Entwicklung und Validierung derartiger Instrumente muß eine interdisziplinäre fächerübergreifende Aufgabe sein.

Onkologie

14.12 Kampf gegen den Krebs

Infolge jahrzehntelanger wissenschaftlicher und praktischer medizinischer Bemühungen haben sich die Heilungschancen Krebskranker in den letzten Jahren gebessert. Nach wie vor sind aber die Erkenntnisse über die Ursachen der meisten Krebserkrankungen sehr unzureichend. Es ist allerdings wissenschaftlich belegt, daß bestimmte Lebensgewohnheiten, Arbeits- und Umweltbedingungen bei der Entstehung bösartiger Tumorerkrankungen mitwirken. Primäres Ziel muß es daher sein, die vorhandenen Möglichkeiten zur Krebsfrüherkennung und -behandlung verstärkt zu nutzen sowie die Prävention ernährungs-, verhaltens- und umweltbedingter Krebserkrankungen auszubauen.

Die Angebote der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen durch die gesetzliche Krankenversicherung werden international als vorbildlich angesehen. Allerdings ist die Beteiligung seit Jahrzehnten zu gering. Durch neue Formen der Aufklärung und Kooperation von Krankenkassen, Ärzten, anderen Heilberufen und Medien muß der mangelhaften Akzeptanz der Bevölkerung entgegengewirkt werden.

14.13 Nichtrauchen: gesellschaftliche Vorbildfunktion

Durch konzertierte Maßnahmen aller EU-Staaten gegen den Tabakkonsum können erhebliche Erfolge zur Senkung der Erkrankungs- und Sterblichkeitsrate erreicht werden. Ziel dieser europäischen Gesetzesinitiative muß es letztlich sein, das Rauchen als gesellschaftlich unattraktiv zu klassifizieren. Die entsprechenden Verordnungen sollten daher ein Verbot des Rauchens in öffentlichen Einrichtungen und Verkehrsmitteln, ein vollständiges Verbot der Tabakwerbung, Verbot von Zigarettensautomaten sowie die Anhebung der Tabaksteuer umfassen.

14.14 Krebsnachsorge und Palliativpflege

Ebenso wie bei der spezialisierten Krebsbehandlung muß der Krebsnachsorge, der Schmerzlinderung und der Pflege von Patienten im Endstadium ihrer Krebserkrankung intensive Beachtung geschenkt werden. In der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzten und Angehörigen der anderen Heilberufe muß dies ein besonderer Schwerpunkt sein.

Darüber hinaus müssen Versorgungsstrukturen aufgebaut werden, in denen die Nachsorgebehandlung und Palliativpflege von Krebspatienten

unter Berücksichtigung ihrer Lebensqualität fachlich zuverlässig erfolgen kann.

HIV-Infektion

14.15 Ausbreitung der HIV-Infektion

Das Fortschreiten der HIV-Infektion in Europa bei zunehmender Migrationsmöglichkeit der Bevölkerung führt dazu, daß sich Ärzte und Angehörige der verschiedensten Fachberufe im Gesundheitswesen im Verlaufe des Berufslebens mit der Problematik der HIV-Infektion auseinandersetzen müssen.

Der Kenntnisstand über Prävention, Diagnostik und Therapie bei HIV-Infektion und den HIV-assoziierten und opportunistischen Erkrankungen ist noch nicht ausreichend. Insbesondere müssen das Wissen um die Erkrankung sowie Kenntnisse und Fähigkeiten, welche zur Vermeidung der Seuche und zur Betreuung der Betroffenen nötig sind, bei medizinischen Laien, aber auch bei Ärzten und den Fachberufen im Gesundheitswesen weiter verbessert werden.

Aufgabe der Ärzteschaft ist es, vorurteilsfrei die Betroffenen mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln zu betreuen und ihnen ein menschenwürdiges Leben mit der Erkrankung zu ermöglichen.

14.16 Vorrang der ambulanten Versorgung

HIV-Infizierte und an AIDS-Erkrankte können weitgehend ambulant betreut werden. Dies trägt zur Erhöhung der Lebensqualität der Betroffenen bei. Allerdings bestehen noch Defizite in der ambulanten Versorgung. Besondere Probleme treten in ländlichen Regionen auf; aber auch in Ballungszentren bedarf die Versorgung von AIDS-Patienten noch der Verbesserung. Solche Defizite müssen in enger Zusammenarbeit von Fachverbänden und Spezialisten im ärztlichen, krankenschwermittlerischen und psychosozialen Bereich behoben werden.

Es müssen Schwerpunktpraxen und betreuende Einrichtungen mit bestimmten Qualifikationsmerkmalen geschaffen werden.

Im Bereich der ambulanten Pflege, zum Beispiel in Hospizen, müssen kostendeckende Finanzierungsregelungen vereinbart werden. Dabei sind die Bedürfnisse der Patienten nach seelischer Betreuung im Rahmen der Pflege und der hohe zeitliche Aufwand zu berücksichtigen.

14.17 Schulung und Fortbildung

Allen an der Betreuung von AIDS-Patienten beteiligten Berufsgruppen (Ärzten, Krankenpflegekräften, Psychologen, Sozialarbeitern und ähnlichen) sollten berufsbezogene Bildungsmöglichkeiten angeboten werden. Darüber hinaus sind Supervisionsangebote sowie Schulungsmaßnahmen in der HIV-Prävention sicherzustellen. Die Übernahme der Kosten für Fortbildungsmaßnahmen und die Freistellung der für die Betreuung von AIDS-Patienten verantwortlichen Mitarbeiter sind vertraglich zu regeln.

Sucht

14.18 Sucht ist Krankheit

Bestrebungen der Krankenkassen, die Entgiftungsbehandlung von der Entwöhnungsbehandlung strikt zu trennen und die Behandlungsdauer exakt festzulegen, widersprechen jeglicher therapeutischer Zielsetzung und haben in der Vergangenheit zu einer Stagnation der therapeutischen Entwicklung geführt.

Völlig unzureichend sind Krankenversorgung und gesundheitliche Betreuung von Drogen- und Medikamentenabhängigen. Nicht die Art des Suchtmittels, sondern die Schwere der körperlichen und psychischen Abhängigkeit bestimmt den Krankheitswert einer Sucht.

Jeder Suchtkranke muß aber ohne Rücksicht auf die Art der Abhängigkeit Zugang zu allen präventiven, therapeutischen und rehabilitativen Hilfen haben, die Selbsthilfegruppen, Krankenversicherungen und öffentlicher Gesundheitsdienst bieten.

14.19 Suchtprävention

Präventive Maßnahmen können die Bereitschaft zum Gebrauch von Suchtmitteln entscheidend beeinflussen und die Nachfrage nach Suchtmitteln verringern. Dabei kann effektive Prävention des Suchtmittelmißbrauchs nur im Rahmen eines gesamtgesellschaftlichen Ansatzes wirksam sein. Dabei wird absolute Abstinenz von allen Suchtmitteln (insbesondere Alkohol und Tabak) nicht immer zu erreichen sein, da darüber kein gesamtgesellschaftlicher Konsens besteht. Deshalb ist zunächst die Stärkung der individuellen Fähigkeiten zu Suchtmittelverzicht oder zumindest zu einem verantwortlichen, nicht fremd- oder selbstschädigenden Umgang mit Suchtmitteln zu fördern.

14.20 Ärztliche Verantwortung

Aufgabe der Ärzte ist es, rechtzeitig mit Selbsthilfegruppen und anderen Einrichtungen zusammenzuarbeiten. Dazu gehören:

- Erkennung und Ansprache von Patienten mit einem Risiko, süchtig zu werden,
- Behandlung und Betreuung von Suchtkranken,
- Beteiligung an der Öffentlichkeitsarbeit gegen die Sucht.

Der Arzt ist verpflichtet, der Medikamentenabhängigkeit durch rationales Ordnungsverhalten und umfassende Pharmakotherapieberatung des Patienten vorzubeugen. Er hat seinen eigenen Umgang mit Suchtmitteln zu überdenken, um seiner professionellen Vorbildaufgabe gerecht zu werden.

Geriatric

14.21 Gerontologie und Geriatrie im Studium

Die vornehmlich in den klinischen Fächern organisierte Lehre berücksichtigt nicht hinreichend den patientenorientierten Ansatz der Geriatrie. Angehende Ärzte müssen in die Lage versetzt werden, biologische, psychische, personale und soziale Gegebenheiten von älteren Patienten regelmäßig in die Diagnostik und Therapie einzubeziehen. Hierzu muß den Studierenden systematisch geriatrische Kompetenz vermittelt werden. Sie müssen Kenntnisse und Fertigkeiten, welche praxisbezogene Diagnostik und Therapie umfassen, und Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation sowie die Förderung der Selbständigkeit einschließen.

14.22 Qualifizierte Versorgung durch Kooperation

Für eine erfolgreiche Prävention und Betreuung geriatrischer Gesundheitsprobleme ist die Zusammenarbeit der verschiedenen medizinischen und nicht-medizinischen Fachberufe notwendig. Der Hausarzt muß mit seinen Kenntnissen über Lebenssituation, gesundheitliche Vorgeschichte und Risikofaktoren des Patienten die Betreuung koordinieren.

14.23 Medizinische und soziale Dienste

Geriatrie will dem älteren Bürger ein selbstbestimmtes Leben ermöglichen. Alte Menschen sollten die Möglichkeit erhalten, ihrem Lebensalter, ihren Fähigkeiten und Erfahrungen entsprechend soziale Funktionen zu erfüllen. Bei Städteplanung und Wohnungsbau sollte an die

besonderen Bedürfnisse älterer Bürger gedacht werden. Dabei sollte jede Hilfe so angelegt werden, daß Selbständigkeit und Lebensgewohnheiten des alten Menschen solange wie möglich erhalten bleiben. Bei vorübergehenden Erkrankungen sollte eine Betreuung in seiner eigenen Umgebung gesichert sein. Hauspflegeorganisationen und Sozialstationen sind hier wichtige Helfer.

In Altenwohnheimen, Altersheimen und Pflegeheimen sollte jeder seinen eigenen Bereich haben, in dem er jederzeit bei Bedarf Hilfe und Betreuung an Ort und Stelle haben kann. Der Beruf des Altenpflegers und der Altenpflegerin muß attraktiver gemacht werden.

Die Verbesserung der geriatrischen Rehabilitationsmöglichkeiten ist notwendig. Dazu gehören prägeriatrische Maßnahmen (insbesondere geeignete Trainingsmaßnahmen), der Ausbau wohnortnaher Spezialrichtungen für geriatrische Behandlung und Nachsorge einschließlich Frührehabilitation sowie die Einrichtung von Tagespflegeheimen. Notwendig sind somit wohnortnah geriatrische Abteilungen und Tageskliniken an Krankenhäusern. Die Geronto-Psychiatrie verlangt intensive wissenschaftliche und finanzielle Förderung, wenn sie menschenwürdig und medizinisch erfolgreich sein soll. Sozioökonomische, soziale und pflegerische Hilfen, die dem älteren Menschen ein möglichst selbständiges Leben in eigener Wohnung erlauben, sowie für die Förderung von Selbsthilfegruppen, sind notwendig.

Soziale Sicherung

15. Krankenversicherung

15.1 Leistungsfähigkeit langfristig sichern

Die für 1995 vorgesehene dritte Stufe der Reform des Gesundheitswesens macht eine Überprüfung und Neuorientierung des Systems der gesundheitlichen Versorgung sowie der Strukturen der gesetzlichen Krankenversicherung erforderlich.

Die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens über das Jahr 2000 hinaus muß gesichert werden.

15.2 Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität neu gewichten

Um das im internationalen Vergleich hohe gesundheitliche Versorgungsniveau zu erhalten, müssen die tragenden Prinzipien des deutschen Gesundheitswesens — nämlich Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität — neu gewichtet und die Eigenverantwortung gestärkt werden. Auch zukünftig soll das Solidarprinzip das Fundament der sozialen Krankenversicherung in Deutschland bleiben. Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung hat einen Umfang angenommen, welcher in Teilbereichen über das medizinisch notwendige Maß hinausgeht. Anstelle stärkerer Reglementierung müssen sowohl für die Begrenzung auf die Inanspruchnahme notwendiger Leistungen als auch für deren wirtschaftliche Erbringung in der gesetzlichen Krankenversicherung Anreize entwickelt werden.

Stärkung der Eigenverantwortung bedeutet eine Stärkung der Autonomie der Versicherten und entspricht damit den freiheitlichen Strukturen unserer Gesellschaft.

Erforderlich ist eine Stärkung der Subsidiarität. Aufgaben werden von der Solidargemeinschaft nur dann übernommen, wenn die Möglichkeiten des Versicherten selbst nicht ausreichen. Dieses Subsidiaritätsprinzip darf nicht durch eine auch von der Gesetzgebung und Rechtsprechung begünstigte Ausweitung des Leistungsrechts der Krankenversicherung mit zunehmender Entwicklung einer Betreuungs- und Anspruchsmentalität unterlaufen werden.

15.3 Grundprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung beibehalten

Das beitragsfinanzierte und selbstverwaltete System der gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland hat seine hohe Leistungsfähigkeit und Flexibilität in über hundert Jahren, unter Zeiten von Kriegen, Inflation und wirtschaftlichen Rezessionen hinweg sowie auch unter den besonderen Bedingungen des Aufbaus der gesundheitlichen Versorgung in den fünf neuen Bundesländern bewiesen. Eine vergleichbare Leistungsbilanz können weder steuerfinanzierte, staatlich bestimmte noch rein marktwirtschaftlich orientierte Versorgungssysteme in anderen Ländern der Welt aufweisen.

Dennoch muß sich auch das System der gesetzlichen Krankenversicherung ständig den gesellschaftlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen anpassen.

Eine hierauf ausgerichtete Krankenversicherungsreform muß auch bei bestehenden Finanzierungsproblemen eine humane und am medizinisch-wissenschaftlichen Fortschritt orientierte gesundheitliche Versorgung langfristig sicherstellen.

15.4 Grundzüge einer Reform

Eine Differenzierung und problemgerechte Entwicklung des Leistungs- und Finanzierungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung ist erforderlich. Die Grundzüge einer Reform müssen deshalb sein:

1. Das Versicherungssystem in der Bundesrepublik Deutschland muß darauf ausgerichtet sein, jedem Bürger einen für ihn sozial tragbaren Versicherungsschutz gegen das Risiko einer Erkrankung zu gewährleisten.

2. Eine Neudefinierung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung ist erforderlich. Es kann nicht davon ausgegangen werden, daß alle derzeit angebotenen Leistungen unter gleichbleibenden ökonomischen Bedingungen weiter uneingeschränkt zur Verfügung gestellt werden können.

3. Aus dem derzeitigen Leistungskatalog sind versicherungsfremde Leistungen konsequent auszugliedern.

4. Der derzeitige Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung ist im Hinblick auf die Kostenübernahme durch die Krankenversicherung insbesondere anhand folgender Kriterien zu prüfen:

- medizinische Notwendigkeit,
- medizinische Wirksamkeit,
- Wirtschaftlichkeit,
- Bezug zur Krankenversicherung,

- soziale Zumutbarkeit,
- Kompetenz der Versicherten.

Die Ärzteschaft ist bereit, auf der Grundlage derartiger Kriterien an einer Neufassung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung mitzuwirken. Die Entscheidung über den Inhalt des Leistungskatalogs hat die Politik in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen zu treffen.

5. Eine dem medizinischen Bedarf an qualifizierter Prävention, Krankenbehandlung und Rehabilitation entsprechende Grundversorgung muß ebenso als Leistung der GKV beibehalten werden wie die Hochleistungsmedizin. Aus ärztlicher Sicht gibt es keine „Bagatellerkrankung“, deren Behandlung aus der GKV ausgegrenzt werden könnte.

6. Eine Selbstbeteiligung des Versicherten an den Krankheitskosten wird nur dann befürwortet, wenn sie nachweislich zu einer medizinisch sinnvollen Steuerung des Inanspruchnahmeverhaltens führt und sozialverträglich ist.

7. Zur Entwicklung der Beitragsgerechtigkeit sind folgende Größen beziehungsweise Gesichtspunkte zu überprüfen:

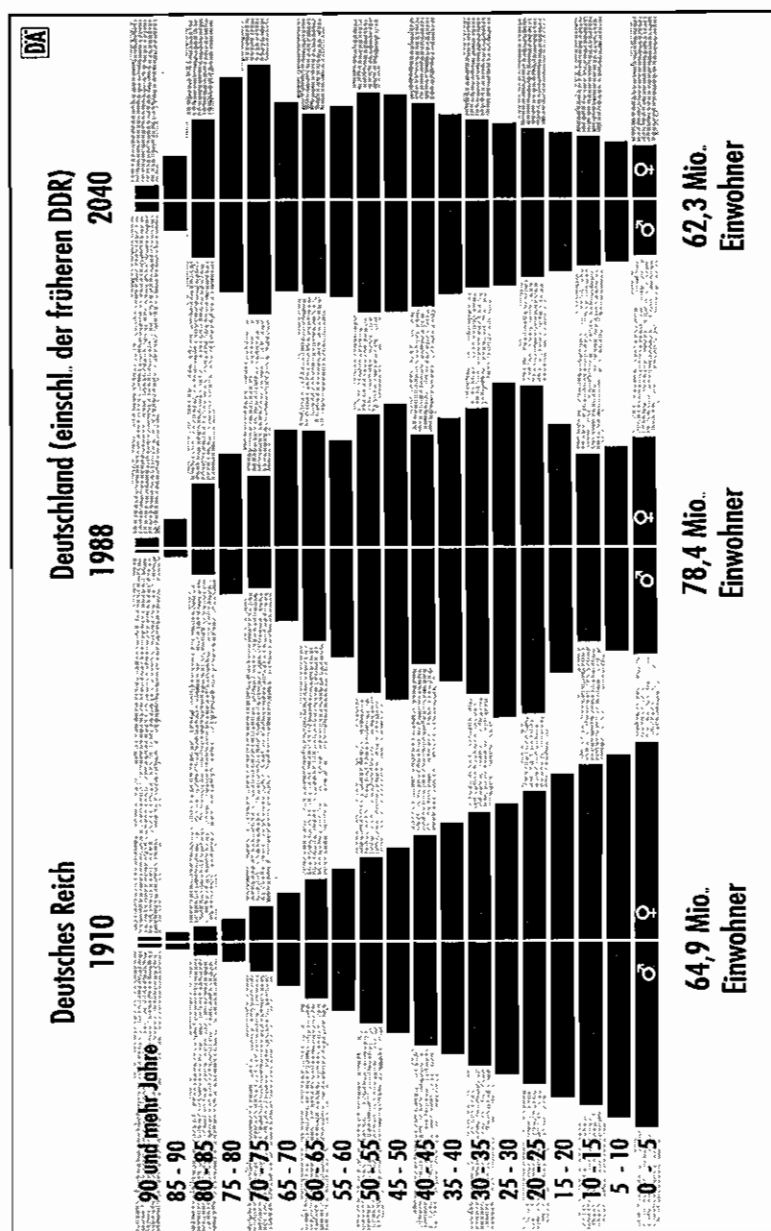
- Erweiterung der Beitragspflicht auf alle Einkommensarten unter Festlegung von Einkommensfreigrenzen und Überprüfung der Beitragsbemessungsgrenze,
 - Einführung eines Ehegatten-Splittings (Aufhebung bzw. Modifizierung des Mitversicherungssystems),
 - Überprüfung des Kreises der gesetzlich Pflichtversicherten.
8. Wettbewerbliche Elemente in der gesetzlichen Krankenversicherung sind zu stärken durch:
- differenzierte Vertragsangebote durch die Krankenkassen, Wahltarife für die Versicherten,
 - Differenzierung in Sachleistung und Kostenerstattung, gegebenenfalls mit sozialverträglichen Selbstbeteiligungsregelungen,
 - Erprobung neuer Versorgungsmodelle.

16. Alterssicherung

16.1 Sichere Altersversorgung — sorgenfreies Alter

Zur Menschenwürde gehört auch die Sicherung der materiellen Existenz im Alter. Die „Alterssicherung“ wird in der Bundesrepublik Deutschland durch ein gegliedertes System, das sich insgesamt bewährt hat, gewährleistet. Dieses besteht aus den gesetzlichen Rentenversicherungen sowie der Beamtenversorgung, der Altershilfe für Landwirte und der Altersver-

Abbildung 16:



sorgung für die verkammerten Angehörigen der freien Berufe. Zusätzliche Alterssicherung erfolgt über die betriebliche Altersversorgung und die private Lebensversicherung.

Die Versorgungswerke sind Ausdruck des Subsidiaritätsprinzips in Anerkennung der Tatsache, daß gerade in hochentwickelten Gesellschaften der Staat nicht alles regeln muß, sondern den Ausbau der sozialen Sicherung, der Selbstverantwortung und Selbstkontrolle und der durch Problemnähe geprägten Fachkenntnis der Betroffenen überläßt.

Sie mußten — dem Beispiel der schon 1923 gegründeten Bayerischen Ärzteversorgung folgend — errichtet werden, weil auch nach der Rentenreform des Jahres 1957 die Ärzte weitestgehend von der gesetzlichen Rentenversicherung ausgeschlossen waren, und es für sie keine Möglichkeit der solidarischen Absicherung der zentralen Lebensrisiken gab.

Die in der Selbstverwaltung tätigen Repräsentanten eines Versorgungswerks sind Ärzte, die die Belange und Anforderungen des Berufes kennen. Sie haben in den Beschlußgremien Gelegenheit zur Einflußnahme auf die grundsätzlichen Direktiven ihres Versorgungswerks.

16.2 Stabile Rentenversicherung — sozialpolitische Aufgabe ersten Ranges

Die Finanzlage der gesetzlichen Rentenversicherung ist seit Mitte der siebziger Jahre angespannt. Dies erklärt sich aus der wirtschaftlichen Entwicklung, aber auch durch die mit der Rentenreform 1972 eingeführten flexiblen Altersgrenzen. Der Altersaufbau unserer Bevölkerung wird die im Umlageverfahren finanzierte Rentenversicherung vor schwierige Probleme stellen. Die generationsübergreifenden Probleme bedingen eine vorausschauende langfristige Planung. Nur durch eine Neugestaltung der Beitragsgrundlage, der Rentenformel und der Altersgrenze ist langfristig die Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Rentenversicherung zu sichern. Dazu gehört weiterhin, daß der lohnbezogenen gesetzlichen Rentenversicherung nicht immer wieder systemfremde Aufgaben, wie zum Beispiel Maßnahmen des Familienlastenausgleichs und zur Beseitigung der Altersarmut aufgebürdet werden.

Eine Auflösung des gegliederten Systems der Alterssicherung würde dagegen die Problematik nur verschärfen.

16.3 Versorgungswerke entlasten den Staat

Kapitalgedeckte und ohne Staatszuschuß finanzierte Alterssicherungssysteme, wie die betriebliche Altersversorgung der Privatwirtschaft, die Lebensversicherung und die Versorgungswerke der verkammerten Angehörigen der freien Berufe sind — durch die andere Art ihrer Finanzierung — nicht vor die gleichen Probleme gestellt wie die gesetzliche Rentenversicherung. Die Renten werden vornehmlich aus dem angesammelten Kapital bezahlt. Verringerte Beiträge infolge sinkender Einkommen senken zwar den Rentenanspruch, gefährden aber nicht den Bestand der Versorgungswerke.

Die Versorgungswerke der Ärzte und der anderen Angehörigen freier Berufe werden die sich aus der abzeichnenden demographischen Entwicklung und der veränderten wirtschaftlichen Perspektive, insbesondere der Heilberufe, ergebenden Probleme aus eigener Kraft und ohne Staatszuschuß lösen. Der Staat sollte deshalb

- jeden Eingriff in das bewährte gegliederte Alterssicherungssystem unterlassen und
- von Maßnahmen und Eingriffen absehen, die die Eigenständigkeit der Versorgungswerke der Ärzte und anderer verkammerter Angehöriger reier Berufe beeinträchtigen könnten.

17. Absicherung bei Pflegebedürftigkeit

17.1 Demographische Entwicklung erfordert Neuregelung

Unterschiedliche Zuständigkeiten für Leistungen im Falle der Pflegebedürftigkeit und Überforderung der Sozialhilfe mit Leistungen zur Pflege als Regelleistung einerseits sowie die demographisch voraussehbare Zunahme von Pflegefällen andererseits erfordern eine Neuregelung.

Zur Zeit sind Ansprüche auf Hilfe bei Pflegebedürftigkeit in unterschiedlichen Gesetzen geregelt, wie zum Beispiel im Krankenversicherungsrecht, im Sozialhilferecht, in speziellen Pflegegesetzen der Länder sowie in weiteren Bereichen. Dies führt zu einer Unübersichtlichkeit, die die Betroffenen zum Teil davon abhält, adäquate Hilfen in Anspruch zu nehmen.

Die im Sinne der Subsidiarität als letzte Hilfsmöglichkeit vorgesehene Sozialhilfe wird im Falle der Pflegebedürftigkeit für die Betroffenen in weiten Teilen mittlerweile zur „Regelleistung“ Dies entspricht weder den Intentionen der Sozialhilfe, noch kann der betroffene Personenkreis verstehen, daß er bei sonst ausreichend getroffener Vorsorge für andere Lebensrisiken nunmehr der Sozialhilfe „anheim fällt“.

Abbildung 17:

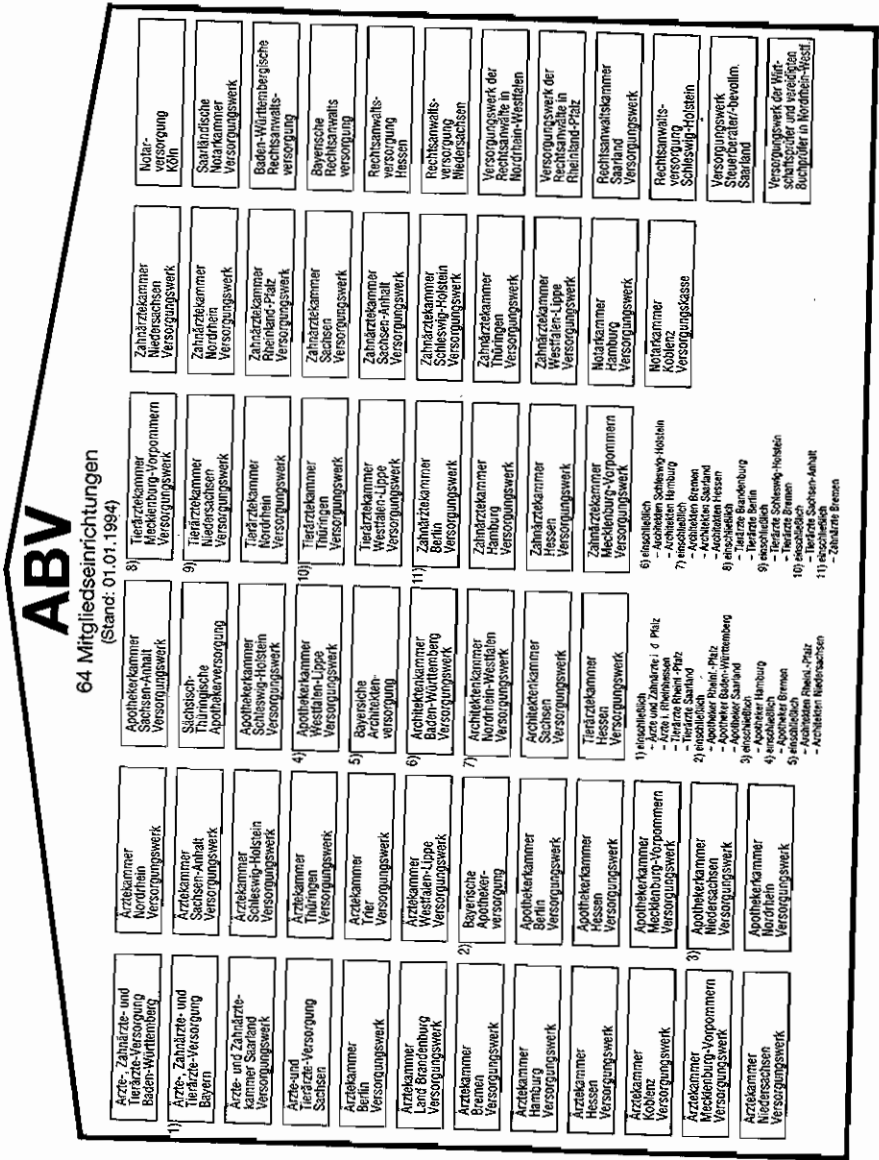
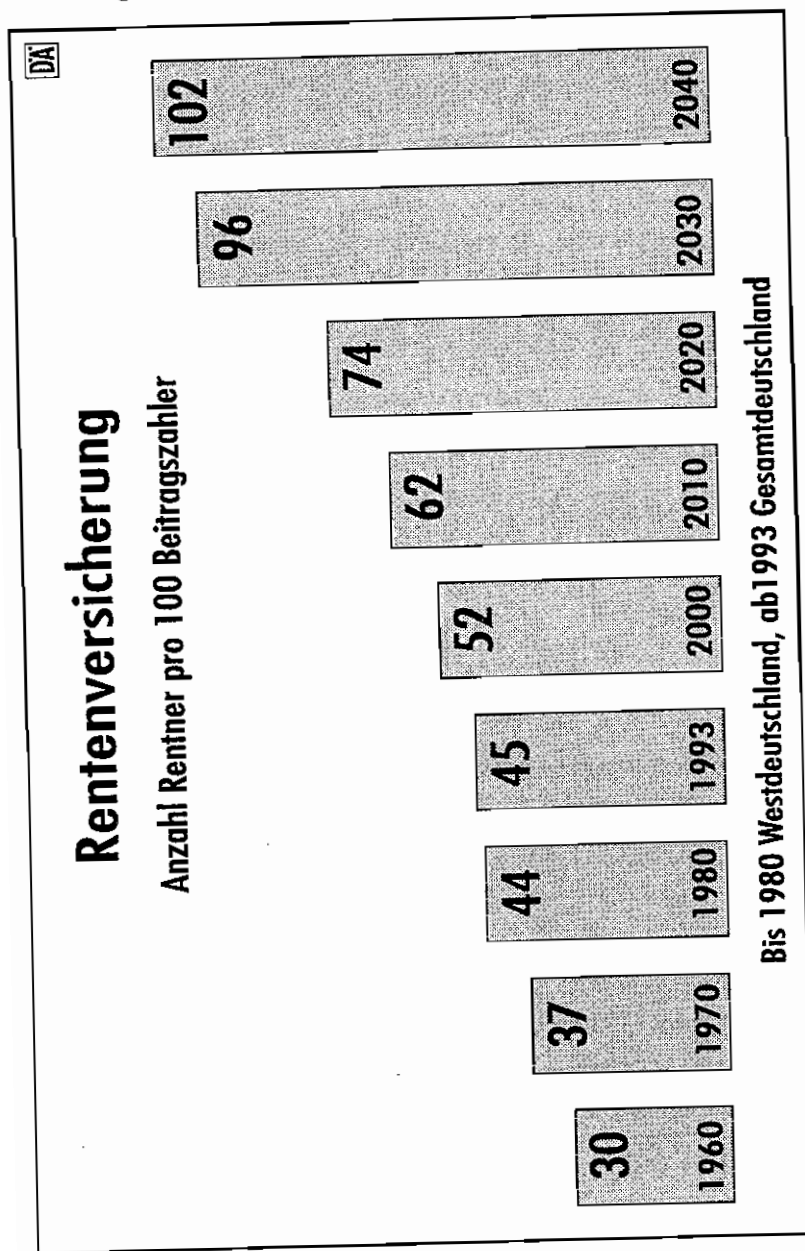


Abbildung 18:



17.2 Gezielte Versorgung

Der Leistungsfall Pflegebedürftigkeit läßt sich nicht gleichsetzen mit dem Leistungsfall Krankheit oder Ruhestand. Von der Pflegebedürftigkeit wird zwar ein wachsender, aber dennoch statistisch gesehen nur kleiner Teil der Bevölkerung betroffen. Dazu eine eigene Versicherung in Form einer Zwangsversicherung für die gesamte Bevölkerung aufzubauen, wäre der falsche Weg. Mit einer Versicherung würden außerdem notwendigerweise Rechtsansprüche auf Leistungen verbunden, unabhängig von der persönlichen Lebenssituation des Betroffenen, denn eine Pflegeversicherung müßte auch dann Leistungen erbringen, wenn der Pflegebedürftige aufgrund eines hohen Einkommens die erhöhten Aufwendungen selbst tragen könnte und keine Sozialhilfe benötigt. Damit würde, entgegen den Bemühungen in anderen Sektoren der sozialen Sicherung, in einem Teilbereich der Abdeckung von Lebensrisiken ein weiterer Umverteilungsprozeß in Gang gesetzt und dem Versorgungsstaat Vorschub geleistet. Ein Leistungsgesetz würde dies vermeiden, indem es Anspruchsvoraussetzungen festlegt und nur den Personen, die finanziell dazu nicht in der Lage sind, Mittel zur Verfügung stellt, um eine ausreichende Pflege sicherzustellen.

17.3 Häusliche Pflege fördern

Eine pflegerische Infrastruktur muß die häusliche Pflegekapazität stärken, den Ausbau ambulanter pflegerischer Dienste fördern (ambulant vor stationär) und im flankierenden stationären Bereich ausreichende Kapazitäten vorhalten. Ein umfassendes Finanzierungskonzept basiert auf einer plausiblen Abstufung von Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität und macht folgende Kostenteilung notwendig.

- Investitionskosten werden aus Steuermitteln gedeckt,
- Kosten für Unterbringung und Verpflegung sind von den Betroffenen selbst zu tragen,
- Kosten des pflegebedingten Mehraufwandes (Kosten der Grundpflege) sind bei entsprechender Anspruchsvoraussetzung durch ein differenziertes Pflegegeld auf der Grundlage eines Pflegefinanzierungsgesetzes abzudecken,
- Kosten für ärztliche und medizinische Versorgung werden wie bisher von der Krankenversicherung abgedeckt werden.

17.4 Lasten gerecht verteilen

Gleiche Kostenaufteilung für ambulante und stationäre Versorgung ist notwendig, um eine angemessene Verteilung der Lasten der Pflegeabsicherung mit den erwünschten Steuerungswirkungen zu erreichen, wie

- zumutbare Eigenbelastung der Betroffenen,
- finanzielle Entlastung der Sozialhilfe, ohne sie gänzlich aus ihren nachrangigen Verpflichtungen zu entlassen,
- angemessene Belastung der öffentlichen Hand (Bund und Länder), um die gesamte Bevölkerung über Steuern an dieser umfassenden sozialpolitischen Aufgabe zu beteiligen, und
- sachgerechte Belastung der Krankenversicherung im Rahmen ihrer originären Aufgabenzuweisung.

17.5 Rehabilitation vor Pflege

Eine Neuregelung der Finanzierung bei Pflegebedürftigkeit muß einhergehen mit einer Verbesserung der medizinischen und rehabilitativen Versorgung der Pflegebedürftigen.

Oft noch unzureichende Versorgungsstrukturen — zum Teil bedingt durch die unbefriedigend gelöste Finanzierung von Pflegeleistungen — führen häufig dazu, daß der Eintritt von Pflegebedürftigkeit für die Betroffenen in eine Einbahnstraße mündet. Aktivierende Pflege und Rehabilitation, wie sie in manchen Einrichtungen zum Teil als Fördermodelle durchgeführt werden, können viele ältere Menschen wieder in die Lage versetzen, ein größeres Maß von Selbständigkeit zu erlangen, als dies bei der Mehrheit der Pflegebedürftigen bislang der Fall ist („Rehabilitation vor Pflege“). Dabei birgt die Einengung der Diskussion über die Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen auf die Finanzierungsfrage die Gefahr in sich, den Rehabilitationsgedanken im Keim zu ersticken. Parallel mit der Neuordnung der Finanzierung müssen daher mehr Angebote zur Rehabilitation, zur teilstationären Pflege und insbesondere Verbesserung der Rund-um-die-Uhr-Versorgung in der ambulanten Pflege zur Verfügung stehen.

Dazu gehört u.a. auch die Umwidmung von Krankenhausbetten in geriatrische Abteilungen, um nach dortiger qualifizierter Behandlung eine Einweisung in Pflegeheime zu vermeiden.

Ärztlicher Beruf

18. Ärztliche Berufsausübung und medizinischer Fortschritt

18.1 Spezialisierung und Differenzierung

Als Folge der medizinisch-wissenschaftlichen Entwicklung kann ein einzelner immer weniger das gesamte Wissen überschauen und für den Patienten nutzbringend anwenden. Diese Wissenszunahme erforderte wegen der damit verbundenen Spezialisierung eine Untergliederung in immer mehr Fachgebiete. Weil schließlich auch ein einzelner kaum noch das eigene Fachgebiet überblicken konnte, erfolgte 1968 eine weitere Untergliederung in den Fachgebieten. Die zuletzt vom 95. Deutschen Ärztetag im Mai 1992 in Köln verabschiedete (Muster-)Weiterbildungsordnung enthält nunmehr

- 41 Gebietsbezeichnungen,
- 18 Schwerpunkte,
- 22 Zusatzbezeichnungen,
- 26 Fachkundenachweise,
- 21 fakultative Weiterbildungsgänge.

Doch auch diese breite Auffächerung erfaßt noch keineswegs alle medizinisch-wissenschaftlich abgrenzbaren Subspezialitäten.

18.2 Konzentration und Spezialisierung

Bestmögliche Diagnostik und Therapie erfordern eine dem quantitativ vergrößerten und qualitativ veränderten Arbeitsanfall entsprechend größere Zahl qualifizierter Ärzte mit speziellen Fachkenntnissen und Erfahrungen. Bei Disziplinen mit hohem technischen und apparativen Aufwand ist eine zunehmende Konzentration vieler ärztlicher Verrichtungen dort zu verzeichnen, wo neue Methoden entwickelt und in die ärztliche Versorgung eingeführt werden. So arbeitet schon heute der weit überwiegende Teil vieler Spezialisten und Teilgebietsspezialisten nicht mehr in freier Praxis, sondern in Kliniken. Dennoch finden viele dort keine auf Dauer befriedigenden Arbeitsmöglichkeiten, so daß sie oft in

ihrer Tätigkeit im Krankenhaus keine Lebensaufgabe sehen können. Diese Problematik wird sich noch verstärken, wenn die nach dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 zu erwartenden Auswirkungen durch Zulassungsbeschränkungen für die vertragsärztliche Tätigkeit ebenso wie die Öffnung der Krankenhäuser für prästationäre Diagnostik und poststationäre Therapie sowie das ambulante Operieren in vollem Umfang erkennbar werden.

18.3 Fortschritt erfordert Strukturveränderung

Die deutsche Ärzteschaft hat diese Entwicklung frühzeitig erkannt und Strukturvorstellungen entwickelt, wobei Erfahrungen aus europäischen Ländern und den USA genutzt wurden. Eine zügige und weitläufige Verwirklichung der bereits 1972 vom 75. Deutschen Ärztetag verabschiedeten Vorstellungen zur Struktur der Krankenhäuser und ihres ärztlichen Dienstes, die vom 80. Deutschen Ärztetag 1977 um das kooperative Belegarztsystem erweitert und ergänzt und seitdem von mehreren Deutschen Ärztetagen wiederholt und bekräftigt wurden ist dringend erforderlich. Damit wird der zunehmenden Spezialisierung ebenso wie der notwendigen Rationalisierung bei einer individuellen Versorgung aller Patienten sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich Rechnung getragen.

18.4 Berufsausübung und Berufsbild

Das Berufsbild des Arztes ist durch den freiberuflich tätigen Arzt geprägt. Das gilt auch für die angestellten oder beamteten Ärzte — deren Anteil an der Gesamtzahl der berufstätigen Ärzte inzwischen auf 61 Prozent angewachsen ist — und unabhängig davon, ob die Ärzte unmittelbar Patienten behandeln oder nicht. Auch heute schon finden sich in freiberuflicher Tätigkeit Ärzte, die mindestens direkt keine Patienten behandeln. Andererseits behandeln Ärzte im Status des Angestellten und Beamten Patienten zur Durchführung besonders schwieriger diagnostischer oder therapeutischer Verfahren sowohl stationär als auch ambulant, wenn die Infrastruktur einer Klinik erforderlich ist. Außerdem bestehen Mischformen ärztlicher Tätigkeiten, die sowohl freiberuflich als auch im Status des Angestellten oder Beamten verrichtet werden können. In vielen Gebieten und Teilgebieten der Medizin können trotz der veränderten Versorgungsnotwendigkeiten Ärzte in ihrer Krankenhaustätigkeit jedoch nach wie vor nur eine Durchlaufposition für die Dauer von 4 bis 10 Jahren ihrer Lebensarbeitszeit sehen, auf die dann eine weitere Phase

von 20 bis 25 Jahren freiberuflicher Tätigkeit in eigener Praxis erfolgen muß.

Diese Problematik wird verschärft durch das noch bis zum 31. Dezember 1997 geltende „Gesetz über befristete Arbeitsverträge mit Ärzten in der Weiterbildung“, dessen Abschaffung wiederholt von Deutschen Ärztetagen gefordert wurde. Die von den politisch Verantwortlichen in Bund, Ländern und Gemeinden seit langem versäumten Strukturanpassungen können nicht ohne Folgen für die Qualität der ärztlichen Versorgung in Klinik und Praxis bleiben.

18.5 Allgemeinarzt und Spezialist

Die veränderten Arbeitsanforderungen bei der Versorgung der Patienten im Krankenhaus förderten eine starke Zunahme der Zahl der Spezialisten, die mangels geeigneter Lebensstellungen das Krankenhaus jedoch immer wieder verlassen und eine Tätigkeit in freier Praxis aufnehmen müssen. Dadurch wird gleichzeitig eine relative Abnahme der Zahl der allgemeinmedizinisch tätigen Ärzte sowie eine Stagnation der Zahl der Fachärzte für Allgemeinmedizin verursacht, obwohl diese in der ambulanten Versorgung vor allem benötigt werden. Der Allgemeinarzt ist in erster Linie auf die Funktion des Hausarztes vorbereitet; er kann in umfassender Weise die gesundheitliche Betreuung des einzelnen und der Familie übernehmen und eine unkoordinierte, gleichzeitige Inanspruchnahme mehrerer Ärzte vermeiden, die nicht nur medizinisch oft sinnlos, sondern häufig auch unwirtschaftlich ist.

18.6 Verbindung zwischen Krankenhaus und Praxis

Zur Überbrückung des vielbeklagten „Grabens“ zwischen der ambulanten und der stationären Krankenversorgung ist im Interesse einer humanen individuellen Behandlung der Patienten eine persönliche Beteiligung dafür qualifizierter Ärzte an der ambulanten Versorgung erforderlich, um den heute bei einem Wechsel des Patienten vom ambulanten in den stationären Versorgungsbereich und umgekehrt oft zwingend notwendigen Arztwechsel zu vermeiden. Außerdem wird den Patienten so in allen Versorgungsbereichen ein möglichst großer Freiraum einschließlich der freien Arztwahl ermöglicht und so Eigeninitiative und Eigenverantwortung aller Beteiligten gestärkt.

Eine Verbesserung der Zusammenarbeit der Ärzte in Krankenhäusern und freier Praxis ermöglicht ferner eine rationelle Nutzung hoher Investitionen. Eine gemeinsame Nutzung von Großgeräten, Labor- und Ope-

rationskapazitäten oder auch Kommunikationssystemen ist deshalb zu fördern. Dazu sind Veränderungen von Planungsgrundlagen und Vertragsstrukturen erforderlich, die nach sachlichen und nicht nach politischen Gesichtspunkten erfolgen müssen, um Wirtschaftlichkeit und Qualität der ärztlichen Versorgung in allen Bereichen zu sichern und zu fördern.

18.7 Auswirkung auf die Arztzahlen

Die Verschiebungen im Leistungsspektrum haben — ebenso wie unterschiedliche Regelungen der Arbeitsbedingungen mit Vergütungen der Arbeitszeit aufgrund von Tarifverträgen im Krankenhaus und der Einzelleistungsvergütung in freier Praxis — zu unterschiedlichen Steigerungen der Arztzahlen in diesen Hauptbereichen ärztlicher Tätigkeit geführt. Die Zahl der Krankenhausärzte ist seit 1960 von 21 544 um fast auf das Fünffache auf 103 158 im Jahre 1992 gestiegen, davon hat sich die Zahl der leitenden Ärzte im Krankenhaus im gleichen Zeitraum nur von 4 101 auf rund 12 000 fast verdreifacht. Die Zahl der in eigener Praxis freiberuflich tätigen Ärzte nahm dagegen im gleichen Zeitraum von 45 320 nur um knapp das Zweifache auf 80 520 im Jahr 1992 zu (sämtliche Zahlen Bundesländer West). Wenn jedoch weiterhin nahezu 90 Prozent der im Krankenhaus tätigen Ärzte nach etwa 4 bis 10 Jahren das Krankenhaus verlassen müssen, um weitere 2/3 ihrer Lebensarbeitszeit überwiegend in eigener Praxis zu wirken, müssen die Arztzahlen künftig dort überproportional ansteigen. Wird dies durch Zulassungssperren verhindert, wird bei der Zahl arbeitsloser Ärzte eine dramatische Steigerung nahezu unvermeidbar. Deshalb ist es unbedingt notwendig, alle Formen der Zulassungssperren und der Altersbegrenzung aufzuheben. Die freie Niederlassung des Arztes muß wieder gewährleistet sein.

18.8 Arbeitslose Ärzte

Die weitgehend vorgegebenen Einschränkungen, eine Lebensstellung als frei praktizierender Arzt oder als Arzt in einem Angestellten- oder Beamtenverhältnis zu finden, führen inzwischen zu einer steigenden Zahl arbeitsloser Ärzte.

Eine verfehlte Bildungspolitik seit den 70er Jahren, von den politisch Verantwortlichen versäumte Anpassungen der Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen an den Fortschritt der Medizin und insbesondere wiederholte dirigistische, reglementierende Kostendämpfungsmaßnahmen — zuletzt durch das Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 — haben

nachhaltig in die ärztliche Berufsausübung eingegriffen und 1993 eine Niederlassungswelle ausgelöst. Diese äußeren Zwänge werden in den kommenden Jahren die Chancen einer ganzen Ärztegeneration, ihren ärztlichen Beruf auch ausüben zu können, dramatisch mindern. Wenn dann weder als freipraktizierender Arzt noch als Arzt in einem Angestellten- oder Beamtenverhältnis eine Lebensstellung zu finden ist, kann dies zu einer weiter steigenden Zahl arbeitsloser Ärzte führen. Dies wiederum wird wegen fehlender Berufsaussichten zu einer unter den künftigen Bedarf sinkenden Zahl der Medizinstudenten führen. Damit kann ohne die überfällige Strukturreform schon heute mit einem erneuten Ärztemangel wie in den 60er und Anfang 70er Jahre etwa ab den Jahren 2 010 und 2 015 gerechnet werden, der auch durch heute arbeitslose Ärzte nicht ausgeglichen werden kann.

Die staatlich definierte und streng reglementierte Bedarfsplanung mit Zulassungsbeschränkung berücksichtigt außerdem nicht die mit weiterem medizinisch-wissenschaftlichen Fortschritt verbundene Spezialisierung und ebensowenig den Altersaufbau der Bevölkerung wie der Ärzteschaft. Immer weniger Ärzte werden so eine dem tatsächlichen Versorgungsbedarf der Bevölkerung entsprechende Tätigkeit finden, und insbesondere werden immer weniger Niederlassungsmöglichkeiten in freier Praxis für Ärzte bestehen. In einem System mit Zulassungssperren und Zwangspensionierungen besteht außerdem die Gefahr unzureichenden Zuflusses neuen Wissens in die ärztliche Versorgung. Dies kann langfristig eine gute gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung gefährden.

18.9 Arztberuf und gesellschaftliches Umfeld

Auch in einer Gesellschaft, in der über 90 Prozent der Bürger in gesetzlichen Krankenkassen versichert sind, die sich zur Erfüllung ihrer Aufgaben frei praktizierender Ärzte bedienen und mit deren Organisationen Verträge abschließen, gibt es für approbierte Ärzte keine Beschäftigungsgarantie. Sie wird eingeschränkt durch

- zusätzliche Anforderungen an die Persönlichkeit und die fachliche Qualifikation für die Zulassung zur Behandlung von Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen,
- Niederlassungsmöglichkeiten, die durch eine Bedarfsplanung über die Behandlung dieser Versicherten bestimmt werden und die darüber hinaus Verhältniszahlen für ärztliche Fachgruppen vorgeben,
- Planungsvorhaben und Organisationsstrukturen sowie bindende Vorschriften für die Zahlungspflicht der gesetzlichen Krankenversiche-

nung, die eine selbständige und freiberufliche Tätigkeit als Krankenhausarzt im privatärztlichen Bereich nur ausnahmsweise ermöglichen.

18.10 Anpassung an medizinisch-wissenschaftlichen Fortschritt und gesellschaftliche Veränderungen

Angesichts der ständig wachsenden Aufgaben für Ärzte, die sich aus der demographischen Entwicklung, aus den Fortschritten der Medizin, der steigenden Multimorbidität älterer Menschen und dem zusätzlichen ärztlichen Behandlungsbedarf in der häuslichen und institutionalisierten Pflege ergeben, werden mehr Ärzte nötig sein als heute. Darüber hinaus verlangt die Hinwendung zur Gesundheitsvorsorge, zur Krankheitsverhütung, zur Krankheitsfrüherkennung und zur Verbesserung der Rehabilitation auf allen Ebenen weitere engagierte Ärzte, wenn Staat und Gesellschaft bei ihren politisch geforderten Gesundheitszielen bleiben. Dennoch sind die Reform- und Strukturvorstellungen der Ärzteschaft von der Politik nur zögernd oder unzureichend aufgegriffen worden. Das ist vor allem Folge einer allzu hektischen, mit Blick auf den jeweils nächsten Wahltermin ausgerichteten Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen seit nunmehr zwei Jahrzehnten. Dabei können die infolge der langen Aus- und Weiterbildungszeiten der Ärzte und des kontinuierlichen Wandels des Leistungsspektrums bedingten langfristig wirkenden Ursachen nicht mehr erkannt werden. Bei rechtzeitiger Reform jedoch wären viele der heute allgemein sichtbar gewordenen Probleme überhaupt nicht entstanden oder hätten zumindest die heutige Größenordnung nicht erreicht.

Eine vorausschauende Strukturpolitik muß endlich die seit langem überfälligen Konsequenzen für die Ausbildung der Ärzte ziehen, um Verschwendung von Finanzmitteln und Lebenszeit durch eine lange und teure Ausbildung zu vermeiden. Außerdem muß die Lebensarbeitszeit von Ärzten in Krankenhaus und freier Praxis und allen anderen ärztlichen Tätigkeitsbereichen im Interesse einer möglichst guten Versorgung der Patienten besser gegliedert und genutzt werden können. Der Gesetzgeber wird daher aufgefordert,

- die Ausbildung zum Arzt so stark wie möglich an der Patientenbehandlung in Praxis und Klinik zu orientieren,
- die Qualität der Ausbildung durch Neubestimmung der Ausbildungskapazitäten zu sichern,
- die Reform der Strukturen der ärztlichen Versorgung entsprechend den Vorschlägen der Ärzteschaft nach den Versorgungserfordernissen

für die Patienten und zur besseren Nutzung der Lebensarbeitszeit qualifizierter Ärzte endlich zu realisieren,

- dem hohen Interesse der Bürger an einer modernen qualitätsgesicherten und persönlichen Krankenversorgung und gesundheitlichen Betreuung durch entsprechende Wachstumschancen in der Gesamtwirtschaft Rechnung zu tragen.

Zum gesellschaftlichen Umfeld des ärztlichen Berufs gehört auch, Arbeitsbedingungen so zu gestalten, daß Elternschaft und Berufstätigkeit gleichzeitig ermöglicht werden. Hierzu bietet sich zum Beispiel die Einführung von Teilzeitmodellen an. Ferner muß die Benachteiligung von Kolleginnen bei Stellensuche und Aufstiegsmöglichkeiten in den einzelnen Abteilungen endlich beendet werden.

19. Grundsätze ärztlicher Berufsausübung

19.1 Arztberuf — ein freier Beruf

Der Arztberuf ist seiner Natur nach ein freier Beruf. Kennzeichen der freien Berufsausübung ist die medizinische Entscheidungsfreiheit ohne Einflußnahme sachfremder Erwägungen oder Weisungen ebenso wie das Recht zu wirtschaftlicher, selbständiger Berufsausübung.


Bestandteil der freien Berufsausübung ist die ärztlich verantwortbare Therapiefreiheit. Ihre Grenzen zum medizinischen Experiment sind zu beachten. Dieses ist durch besondere berufsethische Normen geregelt. Ethikkommissionen, die durch die verfaßte Ärzteschaft oder medizinische Fakultäten zu bilden sind, erfüllen die berufsrechtliche Beratungsaufgabe.

Zu den Berufspflichten des Arztes gehört die Fortbildung und die Qualitätssicherung. Sie ergänzen die durch Ausbildung und Weiterbildung geschaffenen Grundlagen der ärztlichen Versorgung.

Berufspflichten und ethische Normen müssen von der Ärzteschaft selbst definiert werden. Politische und rechtliche Selbstverwaltung der Ärzte und die Freiheit der Berufsausübung bedingen einander. Deshalb müssen auch die Landesärztekammern frei in der Entscheidung sein, zusätzliche staatliche Aufgaben im Gesundheitswesen zu übernehmen.

Die Verpflichtung des Arztes zum Dienst an der Gesundheit des ganzen Volkes begründet den Anspruch der Ärzteschaft auf entscheidende Mitsprache in der Gesundheits- und Sozialpolitik. Zugleich folgt daraus auch die Erweiterung ärztlicher Verantwortung für die Bewahrung der Gesundheit der Menschen und damit ihrer Lebensqualität.

Abbildung 19:



Unveräußerliche Rechte des Patienten bei der Inanspruchnahme des Arztes

1. Unverzögliche Inanspruchnahme
2. Ohne Rücksicht auf die wirtschaftliche Situation
3. Ohne Beeinträchtigung der sozialen Position
4. Bei freier Arztwahl
5. Versorgung nach den Regeln ärztlicher Kunst
6. Aufklärung über Diagnose und Prognose
7. Verschwiegenheit des Arztes gegen Dritte

19.2 Arzt und Patient

Der Arzt muß das Selbstbestimmungsrecht des Patienten achten. Ärztliche Behandlung und Eingriffe in die körperliche und seelische Integrität des Patienten bedürfen dessen Einwilligung; diese setzt die gebotene Aufklärung voraus.

Das Arzt-/Patienten-Verhältnis ist auch bei freier Arztwahl durch die medizinische Unabhängigkeit und Verantwortung des Arztes geprägt. Der Arzt darf nur medizinisch indizierte und ärztlich verantwortbare Maßnahmen ausführen.

Die Schweigepflicht des Arztes ist ein Recht des Patienten und damit Voraussetzung einer freien, vertrauensvollen Arzt-/Patienten-Beziehung. Als Grundlage der freien Berufsausübung ist es gegen die zunehmenden Eingriffe des Staates ebenso wie von Krankenkassen und Versicherungsunternehmen zu verteidigen.

Die ärztliche Verantwortung gegenüber dem Patienten schließt auch die Haftung für vorwerfbare Behandlungsfehler ein. Ärztliche Berufspflicht ist es, durch ausreichende Haftpflichtversicherung vorzusorgen.

Die ärztliche Dokumentation dient der Behandlung des Patienten und der Sicherung des Behandlungsverlaufs. Die Nutzung automatisierter Datenverarbeitung soll diese Aufgabe erleichtern. Es bedarf besonderer Sicherungen, um EDV-gestützte ärztliche Dokumentationen vor dem Zugriff Unbefugter zu bewahren.

19.3 Arztberuf — kein Gewerbe

Die Ausübung des Arztberufes ist kein Gewerbe. Die besonderen Anforderungen der ärztlichen Berufsausübung zu wahren, ist Aufgabe der ärztlichen Berufsordnung. Ein wichtiges Merkmal ist die Verhinderung von Kommerzialisierung. Am Werbeverbot als Ausdruck des besonderen Anspruchs der unabhängigen ärztlichen Berufsausübung, die dem Wohle des Patienten dient, ist festzuhalten.

Die Freiheit der Berufsausübung muß auch bei allen Formen ärztlicher Zusammenarbeit erhalten bleiben. Kooperationen unter Ärzten und unter ärztlich verantworteter Einbeziehung anderer Heilberufe zur Bewältigung der künftigen Aufgaben der medizinischen, insbesondere ambulanten Versorgung sind gleichwohl förderungswürdig.

Die freie Berufsausübung kann durch Einbindung ärztlicher Tätigkeit in Kapitalgesellschaften gefährdet werden. Den Besonderheiten freiberuflicher Tätigkeit muß durch darauf zugeschnittene Gesellschaftsformen Rechnung getragen werden (zum Beispiel Partnerschaft). Die deutsche Ärzteschaft lehnt die ärztliche Versorgung durch Kapitalgesell-

schaften außerhalb der Krankenhausversorgung ab. Es ist Pflicht des Gesetzgebers, durch einen Berufsrechtsvorbehalt die Bildung solcher Gesellschaften für die ärztliche Berufsausübung zu untersagen oder zumindest begleitende berufsrechtliche Normen zuzulassen, welche die medizinische Entscheidungsfreiheit der Ärzte bewahren und verhindern, daß Kapitalgeber auf die Berufsausübung Einfluß nehmen.

Kollegialität ist ein wichtiges Merkmal der ärztlichen Berufsausübung. Das schließt auch die Nachwuchsförderung und die Wissensvermittlung ein. Dazu gehört auch die angemessene Anerkennung der beruflichen Leistungen der in freier Praxis angestellten Ärzte durch Gestaltung eines geordneten Ausübungsstatus und angemessene Vergütung.

20. Ausbildung zum Arzt

20.1 Qualifizierte Ausbildung

Die Qualität der Ausbildung zum Arzt ist wesentliche Voraussetzung für eine dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung.

- Die ärztliche Ausbildung umfaßt den theoretisch-wissenschaftlichen Anteil und den praktischen, in den Arztberuf einführenden und Fertigkeiten einübenden Anteil.
- Die Ausbildungsinhalte sind daher sowohl in den Universitäten als Stätten von Forschung, Lehre und Krankenversorgung als auch in Einrichtungen der Krankenversorgung, wie Krankenhäusern und ärztlichen Praxen, zu vermitteln.
- Die Zahl der Studierenden der Medizin muß in einem ausgewogenen Verhältnis zur Zahl der Lehrenden, den für die Lehre geeigneten Patienten und den für eine qualifizierte Lehre zur Verfügung stehenden räumlichen und sächlichen Mitteln stehen.
- Die Qualifikation der Lehrer muß sichergestellt und ständig evaluiert werden. Bei Berufungen von Universitätsprofessoren ist der Qualifikation in der Lehre eine mindestens gleichwertige Bedeutung wie der in der Forschung beizumessen.
- Bei Bewerbern für das Medizinstudium ist ein Studienplatzvergabeverfahren anzuwenden, welches auf die Auswahl von für den Arztberuf als sozialem Beruf besonders geeigneten Bewerbern abstellt.
- Die jetzige Bildungsphase Arzt im Praktikum muß bei Novellierung der Approbationsordnung und der Bundesärzteordnung entfallen.

20.2 Einheitlicher Arztberuf

Ziel der Ausbildung bleibt die ärztliche Approbation mit der Berechtigung zur Ausübung der Heilkunde am Menschen.

- Der Wert dieser Approbation muß unangetastet bleiben, um als Gegengewicht zur immer weiter fortschreitenden Spezialisierung eine wirksame Klammer zur Erhaltung der Einheitlichkeit des Arztbildes zu bilden.
- Die ärztliche Ausbildung muß deshalb gewährleisten, daß die Ärztinnen und Ärzte nach ihrer Approbation befähigt sind, eigenverantwortlich und in Zusammenarbeit mit berufserfahrenen Ärztinnen und Ärzten in wachsender Selbständigkeit ärztlich tätig zu werden.
- Da bei der Ausübung des Arztberufes nicht nur naturwissenschaftliche, sozialmedizinische sowie psychologische Aspekte, sondern auch wissenschaftlich aufbereitete Erfahrungen eine Rolle spielen, müssen auch diese Inhalte in die Ausbildung einfließen, um die nötigen Kenntnisse und eine angemessene kritische Einstellung, zum Beispiel für besondere Therapierichtungen, zu vermitteln.
- Da der Arztberuf nicht nur der Gesundheit des Einzelnen, sondern auch der der gesamten Bevölkerung dient, muß die Ausbildung eine dementsprechend geeignete Befähigung zur Wahrnehmung dieser Pflichten vermitteln.
- Erforderlich ist eine verstärkte Berücksichtigung der Ethik im studentischen Unterricht.

21. Weiterbildung des Arztes

21.1 Weiterbildung ist Berufsausübung

Weiterbildung geht einher mit ärztlicher Berufsausübung in Zusammenarbeit mit berufserfahrenen Fachärzten; sie ist Bestandteil ärztlicher Arbeitsleistung.

Weiterbildungswillige Ärzte sind in erster Linie selbst für Erfolg und Intensität ihrer Weiterbildung verantwortlich.

Zur Weiterbildung befugte Ärzte sind verpflichtet, die weiterbildungswilligen Ärzte zu fördern, damit diese die vorgeschriebenen Anforderungen der Weiterbildung möglichst in der jeweiligen Mindestweiterbildungszeit erfüllen können.

Sollten zur Weiterbildung befugte Ärzte einen weiterbildungswilligen Arzt für die Erreichung des Weiterbildungszieles als nicht geeignet ansehen, so müssen sie dies dem Betroffenen so frühzeitig wie möglich mitteilen, damit Nachteile für den weiterbildungswilligen Arzt vermieden werden.

21.2 Weiterbildung in Selbstverwaltung

Die Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern müssen dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik entsprechen.

Die Weiterbildungsordnung ist die Grundlage für die Heranbildung qualifiziert weitergebildeter Ärzte zur Versorgung der Bevölkerung im ambulanten und stationären Bereich sowie in anderen Sektoren ärztlicher Tätigkeiten. Die Weiterbildungsordnung soll die Fortentwicklung leistungsfähiger Versorgungsstrukturen in der ambulanten und stationären Medizin fördern. Sie regelt darüber hinaus auch die ärztliche Arbeitsteilung.

Die Ärztekammern haben die Aufgabe, bei der Gestaltung der Weiterbildungsordnungen und der vorgeschalteten Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer die fortschreitende Spezialisierung in der Medizin zu berücksichtigen, zugleich aber durch koordinierende Maßnahmen eine zu große Zersplitterung der ärztlichen Arbeitsbereiche zu verhindern.

21.3 Freizügigkeit in Europa

Wegen der in der Europäischen Gemeinschaft (EG) gegebenen Migrationsmöglichkeiten von Ärztinnen und Ärzten muß das Weiterbildungsrecht auch inhaltlich so weit als möglich koordiniert werden, damit die Anerkennung der Diplome in Mitgliedsstaaten langfristig aufrechterhalten werden kann.

Auch im EG-Rahmen ist eine Modernisierung und Harmonisierung des Weiterbildungswesens über die in der EWG-Richtlinie 93/16/EWG niedergelegten Vorschriften hinaus wünschenswert.

Es muß aber sichergestellt sein, daß bei der Festlegung eines EG-Niveaus für die Bezeichnungen, die Mindestzeiten und die Mindestinhalte des Prüfungswesens fächerübergreifende ärztliche Gremien die Entscheidungen fällen, um einen Einfluß weiterbildungsfremder Interessen zu verhindern.

22. Fortbildung des Arztes

22.1 Fortbildung ist Berufspflicht

Das Vertrauen des Patienten gegenüber seinem Arzt gründet sich wesentlich darauf, daß sich die medizinische Betreuung an aktuellem Fachwissen und Können orientiert. Infolgedessen hat jeder Arzt seine fachliche Kompetenz durch berufsbegleitendes Weiterlernen — durch Fortbildung — kontinuierlich zu aktualisieren und zu verfestigen.

Die grundsätzliche Verpflichtung zur Fortbildung ist in der ärztlichen Berufsordnung festgelegt, nicht jedoch die Form des Wissenserwerbs. Die individuell unterschiedlichen Formen des Lernverhaltens erfordern eine solche Entscheidungsfreiheit.

22.2 Fortbildung ist Qualitätssicherung — Qualitätssicherung der Fortbildung

Ärztliche Fortbildung dient der Verbesserung des ärztlichen Handelns und ist damit ein Instrument der Qualitätssicherung. Andererseits bedarf auch die Fortbildung einer ständigen Qualitätssicherung durch Berücksichtigung folgender Kriterien:

- Bedeutung der Fortbildungsinhalte: die Lehrinhalte einer Fortbildungsmaßnahme müssen mit dem allgemein akzeptierten Stand der Wissenschaft übereinstimmen;
- Qualität der Fortbildungsmethode: die Form der Durchführung einer Fortbildungsmaßnahme muß dem allgemeinen Standard bezüglich Didaktik und Organisation entsprechen;
- Überprüfbarkeit des Fortbildungserfolges: die Kontrolle des Fortbildungserfolges muß möglich sein im Sinne einer Selbstkontrolle, aber auch einer Überprüfung durch die Organe der ärztlichen Selbstverwaltung;
- Unabhängigkeit von kommerziellen Interessen.

22.3 Vielfalt der Methoden

Die besten Erfolge sind von ärztlichen Fortbildungsmaßnahmen zu erwarten, welche

- praxisrelevant sind,
- die persönlichen Bedürfnisse des Lernenden berücksichtigen,
- interaktiv sind,
- die Erfahrungen des Lernenden berücksichtigen,
- den Lernenden dazu befähigen, eigene Entscheidungen fällen zu können,
- zu weiterem Studium führen.

Geeignete Fortbildungsmethoden sind

- Selbststudium (im Rahmen der täglichen Berufsausübung, durch Lektüre der Fachliteratur und Benutzung audiovisueller Lehrmittel);
- interaktive Fortbildungsveranstaltungen: kontinuierliche (berufsbegleitende) Gruppen (Patientenzentrierte Selbsterfahrungsgruppen, Fortbildungszirkel, Qualitätszirkel) und

weiterentwickelt wird. Erzwungene Qualitätssicherungsmaßnahmen werden als Fremdkontrolle empfunden, stoßen auf inneren Widerstand und sind deshalb erfahrungsgemäß weniger wirksam.

23.2 Im Dienste der Patientenversorgung

Qualitätssicherung schließt Maßnahmen ein, die dazu dienen, diagnostische und therapeutische Prozesse sowie deren Ergebnisse zu optimieren. Qualitätssicherung darf kein Selbstzweck sein.

Zur Qualitätssicherung gehören die Qualifikation von Ärzten und Fachpersonal sowie die Ausstattung der Arbeitsstätte (Strukturqualität).

Qualitätssicherung beinhaltet die Bewertung von Diagnostik und Therapie im Hinblick auf den Nutzen für den Patienten. Sie nimmt Einfluß auf die Abläufe in den Bereichen des Gesundheitswesens und optimiert die Indikationsstellung zur Durchführung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen (Prozeßqualität).

Qualitätssicherung umfaßt die Beobachtung und Prüfung der Ergebnisse diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen. Dies setzt die Entwicklung von Qualitätsindikatoren voraus (Ergebnisqualität).

23.3 Fortdauernd und interdisziplinär

Die Entwicklung, Einführung und Weiterführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen im Routinebetrieb sind dynamische Prozesse. Ebenso wie sich die medizinische Wissenschaft und die Medizintechnik laufend verändern, muß sich auch die Qualitätssicherung den sich wandelnden Problemen in der medizinischen Versorgung anpassen. Medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaften, Berufsverbände und ärztliche Selbstverwaltungskörperschaften sowie die einzelnen Ärzte und Ärztinnen sind ständig gefordert, nach weiteren Möglichkeiten zur Qualitätssicherung für bisher schwer zugängliche Tätigkeitsbereiche zu suchen. Dazu bedienen sie sich wissenschaftlicher Methoden zur Entwicklung und Evaluation geeigneter Maßnahmen in Praxis und Klinik.

Bei grundsätzlich gleichem Leistungsgeschehen im stationären und ambulanten Bereich, wie zum Beispiel bei der Betreuung von Diabetikern in Klinik und Praxis oder wie im Bereich des ambulanten Operierens, der Laboratoriumsdiagnostik oder der Radiologie, müssen jeweils die gleichen Maßstäbe für die jeweilige Qualitätssicherung gelten.

23.4 Selbstkontrolle und Erfahrungsaustausch

Qualitätssicherung erfordert sowohl Reflexion des eigenen Handelns als auch eine sorgfältige Analyse des Geschehens. Qualitätssicherung ist nicht nur die sorgfältige Dokumentation von Daten sowie deren systematische Auswertung, sondern vor allem das Bewußtmachen der Besonderheiten eines jeden Behandlungsfalles und die Herstellung von Transparenz der einzelnen diagnostischen und therapeutischen Schritte. Qualitätssicherung umfaßt unter anderem Selbstkontrolle, kollegiaten Meinungs- und Erfahrungsaustausch mit Vertretern derselben Fachgebiete und/oder Vertretern der anderen, im einzelnen Behandlungsfall einzubeziehenden Fachdisziplinen, Qualitätszirkel und vor allem aber den Austausch mit dem Patienten selbst. Dies wirkt mit bei der Bewertung der Ergebnisqualität durch den Patienten.

23.5 Qualitätssicherung für Arzt und Patient

Wenn zur Durchführung bestimmter Qualitätssicherungsprogramme Patientendaten benötigt werden, so müssen diese so dokumentiert und aufbereitet werden, daß das Patientengeheimnis gewahrt bleibt. Insbesondere für vergleichende Verfahren dürfen nur anonymisierte und/oder aggregierte Daten verwendet werden.

Externe Qualitätssicherung muß sich auf Prüfung der persönlichen Qualifikation, der personellen, technischen und räumlichen Gegebenheiten, die Überprüfung der Abläufe und der mit Vergleichsstatistiken gewonnenen Ergebnisse beschränken.

Qualitätssicherungsmaßnahmen müssen vorrangig auf Beratung abzielen und Hilfestellung geben beim Erkennen eigener Schwachstellen.

Sanktionsmechanismen sind nicht das Ziel; sie sind erst bei andauern- der schlechter Qualität oder prinzipieller Verweigerung der Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen einzusetzen.

23.6 Kooperation und Kommunikation

Eine offene Kommunikation zwischen Arzt und Patient sowie zwischen den Ärzten ist die Grundlage einer erfolgversprechenden Behandlung und darf durch Qualitätssicherungsmaßnahmen nicht in Frage gestellt werden. Im Gegenteil: Nur die Vertraulichkeit kann eine solide Grundlage für die Qualitätssicherung schaffen. Dies setzt voraus, daß Ärztinnen und Ärzte sowohl von ihrer persönlichen Qualifikation als auch von den Rahmenbedingungen her in der Lage sind, sich intensiv dem Patienten zu widmen. Dazu gehört eine enge und selbstverständliche Kommunika-

tion zwischen den Ärzten verschiedener Fachrichtungen und die Zusammenarbeit mit den Angehörigen anderer Gesundheitsberufe. Die zentrale Rolle des Arztes in der Behandlung eines Patienten wird mitgetragen durch seine Anerkennung der jeweils spezifischen Qualifikation der anderen Gesundheitsberufe.

Alle im Versorgungsbereich Beteiligten, also auch die verschiedenen Organisationen wie zum Beispiel ärztliche Körperschaften, Krankenkassen und Krankenhausgesellschaften, müssen in geeigneter Form und ihrem Anteil an der Erhaltung der Qualität der Patientenversorgung entsprechend miteinander kooperieren und sich abstimmen, um die Versorgungsqualität nicht nur zu erhalten, sondern sie möglichst noch zu verbessern.

23.7 Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit

Qualitätssicherungsmaßnahmen helfen festzulegen, welche Maßnahmen von Diagnostik und Therapie im Einzelfall angemessen sind. Sie schützen den Patienten vor unnötigen diagnostischen und therapeutischen Eingriffen und sind insofern ein Beitrag zur Optimierung des Behandlungsgeschehens. Die Begriffe „Effektivität“ und „Effizienz“ im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen bedingen einander. Qualitätssicherung dient nicht primär zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit. Qualitätssicherungsmaßnahmen können allerdings helfen, Unwirtschaftlichkeiten zu vermeiden.

Der Qualitätssicherungsprozeß beinhaltet immer eine systematische Beurteilung des medizinisch Erreichbaren und Notwendigen. Ebenso wie medikamentöse und operative Verfahren, Behandlungsprogramme, Versorgungsstrukturen, Vergütungsformen etc., sind auch Qualitätssicherungsprogramme einer ständigen Evaluation zu unterziehen.

Evaluert werden

- der Aufwand an personellen, sächlichen und zeitlichen Mitteln,
- das medizinische Ergebnis,
- die Angemessenheit in Relation zu den Bedürfnissen der Gesellschaft, der Betroffenen, der Auftraggeber sowie der Prüfung der Wirtschaftlichkeit.

Bereits eingeführte Qualitätssicherungsmaßnahmen müssen immer wieder auf ihre Effektivität und Effizienz hin überprüft und gegebenenfalls modifiziert werden.

23.8 Qualität hat ihren Preis

Systematisch angelegte Qualitätssicherungsmaßnahmen gehen in der Regel über die patientenorientierte Arbeit im ärztlichen Alltag hinaus. Dies bedingt einen Mehraufwand, der nicht ausschließlich zu Lasten der Ärztinnen und Ärzte gehen kann. Insbesondere bei vergleichenden Maßnahmen, aber auch bei Verfahren zur Prüfung der Prozeß- und Ergebnisqualität müssen darüber hinaus besondere personelle und organisatorische Strukturen entwickelt und unterhalten werden. Voraussetzungen hierfür sind Konsens und Akzeptanz bei den Kostenträgern. Die Verankerung von Verpflichtungen im Sozialgesetzbuch genügt nicht. Die dafür notwendigen Mittel müssen in der Leistungsvergütung angemessen berücksichtigt werden.

24. Kommunikation und Informationsverarbeitung in der Medizin

24.1 Neuorientierung

Mit dem Einzug elektronischer Medien in allen Bereichen der Gesundheitsverwaltungen, im medizinischen Bereich der Krankenhäuser und Arztpraxen, ist eine Neuorientierung von Dokumentation und Kommunikation erforderlich.

Die durch den Gesetzgeber mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) initiierte, weitgehend maschinelle Verarbeitung aller Leistungsdaten im Gesundheitswesen macht nicht nur entsprechende Vorkehrungen des Vertrauens- und Datenschutzes erforderlich, sondern auch eine Analyse der Auswirkungen auf die ärztliche Berufsausübung.

24.2 Technikfolgenabschätzung

Ebenso bedeutsam wie die Entwicklung bedarfsgerechter Hard- und Software für die Unterstützung medizinischer Diagnostik und Therapie ist die vorbehaltlose Technikfolgenabschätzung durch die ärztlichen Körperschaften und medizinischen Fachgesellschaften.

24.3 Datenbasis

Das Ziel des Einsatzes von elektronischen Medien in der Medizin müssen die Verbesserung der Datenbasis für die unmittelbare Patientenbetreuung („Record-Linkage“), die Verfügbarkeit von epidemiologisch validen

Daten und die Verbesserung der Wissensbasis für Ärztinnen und Ärzte in Klinik und Praxis und alle Gesundheitsberufe sein.

Datenbanksysteme (Onkologische Datenbanken, Vergiftungsdatenbanken etc.) sind unter Beteiligung oder Trägerschaft der ärztlichen Körperschaften zu etablieren und weiter zu entwickeln, um Erkenntnisse medizinischer Forschung und Entwicklung möglichst unverzüglich zum Nutzen der Patienten zur Verfügung zu stellen.

24.4 Kartensysteme

Die Einführung der Krankenversicherungskarte (VK), die bis 1995 bundesweit flächendeckend abgeschlossen sein soll, schafft eine Infrastruktur in der ambulanten Medizin, in Notfallzentralen, Krankenhausambulanzen und Pflegeheimen, die zur Verbesserung der medizinischen Information und Kommunikation genutzt werden muß.

Es ist ein zweites, von der VK getrenntes medizinisches Kartensystem (Notfallausweis, Diabcard, etc.) im Sinne einer Medicard auf freiwilliger Basis zu entwickeln.

Ferner ist ein Schlüsselsystem zu entwickeln, das mit Hilfe einer gesonderten Karte für Gesundheitsberufe den Zugang zu vertraulichen Patientendaten hierarchisch gegliedert ermöglicht. Vergabe und Verwaltung der Schlüssel(-karten) bedürfen einer gesetzlichen Regelung. Der Versicherte muß in einem solchen System Herr seiner Daten sein, die Gelegenheit haben, den Inhalt seiner Gesundheitskarte an neutralem Ort zu kontrollieren und gegebenenfalls eine Änderung oder Löschung von Daten durch dafür autorisierte Stellen zu erwirken.

25. Arztgeheimnis, Datenschutz und Datennutzung in der Medizin

25.1 Patientengeheimnis und ärztliche Schweigepflicht

Der Schutz der Arzt-Patienten-Beziehung durch die Schweigepflicht des Arztes schafft die notwendige Vertrauensgrundlage für die Behandlung des Patienten. Die Ärzteschaft wird daher dieses Recht, das dem Schutze des Patienten dient, vor Zugriffen des Staates und anderer bewahren.

25.2 Datenschutz trotz ökonomischen Drucks

Das Arztgeheimnis darf grundsätzlich nur mit Zustimmung des Patienten durchbrochen werden. Daneben bestehen eine Reihe von gesetzlichen Mitteilungspflichten, die ihrer Grundlage nach aus Gründen des Gemeinwohls geschaffen worden sind (zum Beispiel ansteckende Krankheiten u.ä.). Im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ist das Arztgeheimnis zunehmend einem Zugriff staatlicher Behörden aus Gründen der Sicherung der Finanzen ausgesetzt; Mitteilungspflichten, die auch sensible Behandlungsdaten der Patienten betreffen, sollen dazu beitragen, daß die Krankenkassen in die Lage versetzt werden, Behandlungsverläufe unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu beurteilen und Prüfungs- und Kontrollverfahren zu effektieren. Dies lehnt die deutsche Ärzteschaft entschieden ab.

Es handelt sich um eine Instrumentalisierung der aus der Vertrauensbeziehung des Arzt/Patienten-Verhältnisses entstandenen Behandlungsdaten. Dem durchaus verständlichen Bemühen der gesetzlichen Krankenversicherung um Transparenz von Abläufen und Ergebnissen in der Krankenversorgung kann auch durch anonymisierte Angaben entsprochen werden.

25.3 Gefahren durch bürokratische Reglementierung

Die deutsche Ärzteschaft befürwortet das Bundesdatenschutzgesetz und die Landesdatenschutzgesetze auch im Hinblick auf den besonderen Schutz, den sie Gesundheitsdaten der Bürger zuteil werden lassen. Dennoch ist anzumerken, daß beispielsweise das Schriftlichkeitsprinzip für die Einwilligung, welches grundsätzlich für die Verarbeitung personenbezogener Daten in Dateien gilt, zu einer unnötigen Erschwerung der Arzt-Patienten-Kontakte führt. Dies gilt dann, wenn auch die „Datenerhebung“, das heißt Anamnese und Befundermittlung und ihre Dokumentation in den ärztlichen Aufzeichnungen, insbesondere unter Nutzung der elektronischen Datenverarbeitung, unter den Begriff der Datenverarbeitung fällt. Hier muß dem Umstand, daß die durch den Arzt erhobenen Angaben seiner Schweigepflicht unterliegen, Rechnung getragen werden. Auch auf europäischer Ebene sollen im Rahmen des von der Kommission der Europäischen Gemeinschaften vorgelegten Vorschlags für eine Datenschutz-Richtlinie Regelungen vorgesehen sein, die durch Ermittlungsbefugnisse staatlicher Kontrollbehörden einen zulässigen Zugriff auf durch das Patientengeheimnis geschützte Daten ermöglichen und damit den Erfordernissen des ärztlichen Berufsgeheimnisses nicht Rechnung tragen.

25.4 Informationsaustausch und Datenschutz

Die (Muster-)Berufsordnung sieht die Verpflichtung und das Recht der behandelnden Ärzte vor, zu Zwecken der Weiter- und Mitbehandlung Patientendaten weiterzugeben und hierbei von der stillschweigenden Einwilligung der Patienten auszugehen. Diese rechtliche Zuordnung muß gewahrt bleiben, weil es für eine praktikable und zweckmäßige Behandlungsweise der Patienten notwendig ist.

Das für die hausärztliche Versorgung in der vertragsärztliche Versorgung geregelte Dokumentationsverfahren zur Zusammenführung von Patientengesundheitsangaben beim Hausarzt wäre ohne diese Regelungen nicht möglich.

25.5 EDV und Patientengeheimnis

Die Verwendung automatisierter Datenverarbeitungssysteme birgt ein besonderes Gefahrenpotential für das Arztgeheimnis. Der Arzt ist deshalb verpflichtet, besondere Sorgfaltsanforderungen bei der Nutzung entsprechender Einrichtungen einzuhalten.

Die Nutzung elektronischer Datenverarbeitung in der Praxis für die Arztdokumentation über die Patientendaten muß sicherstellen, daß den entsprechenden Aufbewahrungspflichten und der jederzeitigen Wiederherstellbarkeit der entsprechenden Angaben Rechnung getragen wird; ferner muß sichergestellt werden, daß bei den notwendigen Überprüfungs- und Wartungsarbeiten kein unbefugter Zugriff für nicht der ärztlichen Schweigepflicht unterliegende Dritte auf geschützte Patientendaten erfolgen kann.

25.6 Datenschutz und Forschung

Arztgeheimnis und Datenschutz stehen im Spannungsfeld zur medizinischen Forschung. Der medizinischen Forschung müssen im Ausnahmefall auch — unabhängig von einer Einwilligung der Patienten — personenbezogene Patientendaten zur Verfügung stehen.

Die Abwägung von Arztgeheimnis sowie Datenschutz einerseits und Forschungsinteresse andererseits muß auf der Grundlage des Vorrangs des Persönlichkeitsrechts des Patienten erfolgen. Forschungsinteressen rechtfertigen als solche keine Durchbrechung des Arztgeheimnisses. Dem steht auch das grundsätzliche Schweigegebot entgegen. Das Interesse am Geheimnisschutz wird nicht verletzt durch Verwendung personenbezogener Daten zur Forschung,

– wenn diese von schweigepflichtigen Ärzten durchgeführt wird,

- wenn Mißbrauch der Daten zu Lasten des Patienten praktisch ausgeschlossen ist,
- wenn die Veröffentlichung der Forschungsergebnisse nur anonymisiert erfolgt.

Die Zustimmung des Patienten zur Nutzung seiner Daten zur Forschung braucht nicht eingeholt werden, wenn die oben genannten Voraussetzungen erfüllt sind und

- wenn die dezentrale Anonymisierung beim behandelnden Arzt vorgenommen wurde,
- wenn die Aufklärung darüber dem Patienten schaden kann oder
- wenn der Patient mit zumutbarem Aufwand nicht erreichbar ist.

Dabei ist jedoch sicherzustellen, daß Rückfragen, welche im Rahmen dieses Forschungsvorhabens erforderlich sind, nur an einen Arzt gerichtet werden. Ein Arzt kann aber nicht verpflichtet werden, Patientendaten offenzulegen. Ebenso bleibt das Recht des Patienten unberührt, der Verwendung seiner Daten zu Forschungszwecken zu widersprechen.

25.7 Epidemiologie und Qualitätssicherung

Für breit angelegte epidemiologische Forschungen, wie sie beispielsweise auf den Gebieten der Umweltmedizin und der Krebsforschung notwendig sind, müssen gesetzliche Grundlagen geschaffen werden, um den Konflikt zwischen Arztgeheimnis und Forschungsinteresse zu lösen. Krebsregister benötigen deshalb eine entsprechende gesetzliche Grundlage, in der auch klar geregelt ist, unter welchen Voraussetzungen ein Arzt befugt ist, entsprechende Angaben an das Register zu liefern.

Die deutsche Ärzteschaft befürwortet ein Bundeskrebsregistergesetz, das zu einer einheitlichen Grundlage der entsprechenden Verfahrenswesen in ganz Deutschland führt.

26. Zusammenarbeit mit anderen Fachberufen im Gesundheitswesen

26.1 Patientenorientierte Versorgung

Kooperation zwischen den Berufen im Gesundheitswesen ist zur Sicherung und Verbesserung einer patientenorientierten gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung unumgänglich.

Notwendige Konsequenzen des Fortschrittes in Medizin und Medizintechnik, wie zum Beispiel Arbeitsteilung und Spezialisierung inner-

halb der beruflichen Tätigkeitsfelder, können darüber hinaus durch Kooperation in ihren Vorteilen genutzt und in ihren Nachteilen gemindert werden. Das entspricht einer ganzheitlichen Patientenbetreuung. Auf Wandlungsprozesse innerhalb der medizinischen Versorgungsbereiche kann so leichter reagiert werden.

26.2 Gegenseitige Achtung

Qualifikation, fachliche Zuständigkeit und Eigenverantwortlichkeit der an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen sind zentrale Kriterien für die Aufgabenverteilung im Sinne einer möglichst effizienten Patientenversorgung.

Kooperation kann nur gelingen, wenn unter dieser Voraussetzung alle Beteiligten wechselseitig die jeweils spezifischen Leistungen von Angehörigen anderer Berufsgruppen als wertvollen und eigenständigen Beitrag zur Patientenversorgung akzeptieren und achten.

26.3 Klare Absprachen

Kooperation erfordert klare Absprachen und Regelungen und Einhaltung definierter Kompetenzen und Verantwortungsbereiche.

Partnerschaftliche Zusammenarbeit, hierarchische Entscheidungsstrukturen und das rechtlich begründete Prinzip der Delegation der Verantwortung widersprechen einander nicht. Kooperation darf nicht dazu führen, daß in die Zuständigkeit und Verantwortung des Arztes für Anordnung und Verordnung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen eingegriffen wird. Die Übernahme- und Durchführungsverantwortung des jeweiligen Leistungserbringers bleibt davon unberührt

26.4 Verantwortung und Koordination

Die Verantwortung gegenüber dem Patienten verpflichtet den Arzt zu einer umfassenden beratenden und koordinierenden Funktion. Der Arzt kann im Rahmen seiner Gesamtverantwortung und unter angemessener Berücksichtigung der gesundheitlichen Situation eines Patienten Teilbereiche der gesundheitlichen Betreuung anderen fachkompetenten Berufsgruppen mit anerkanntem Bildungsabschluß eigenverantwortlich übertragen.

Der Arzt muß aufgrund berufs- und leistungsrechtlicher Regelungen über seine primäre Aufgabe hinaus eine federführende, koordinierende Rolle im Rahmen der Zusammenarbeit wahrnehmen.

Schon heute praktizierte individuelle und informelle Formen der gegenseitigen Absprache, Information und Konsultation sollten systematisch dort stärker verankert werden, wo dies erforderlich und möglich erscheint und der Patientenversorgung dient. Dies umfaßt sowohl Formen der Zusammenarbeit im ambulanten Bereich als auch verbesserte Führungs-, Kommunikations- und Handlungsstrukturen in der stationären Versorgung.

Internationale Gesundheitspolitik

27. Gesundheitspolitik in der Europäischen Union

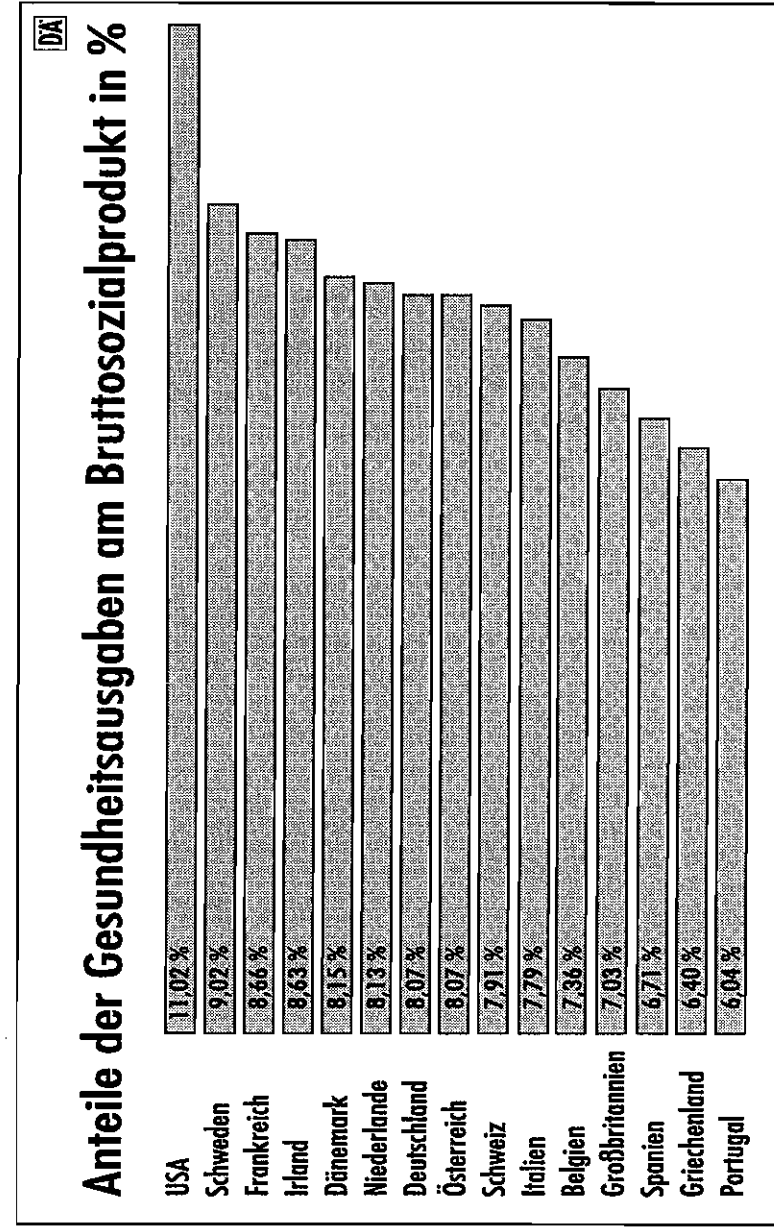
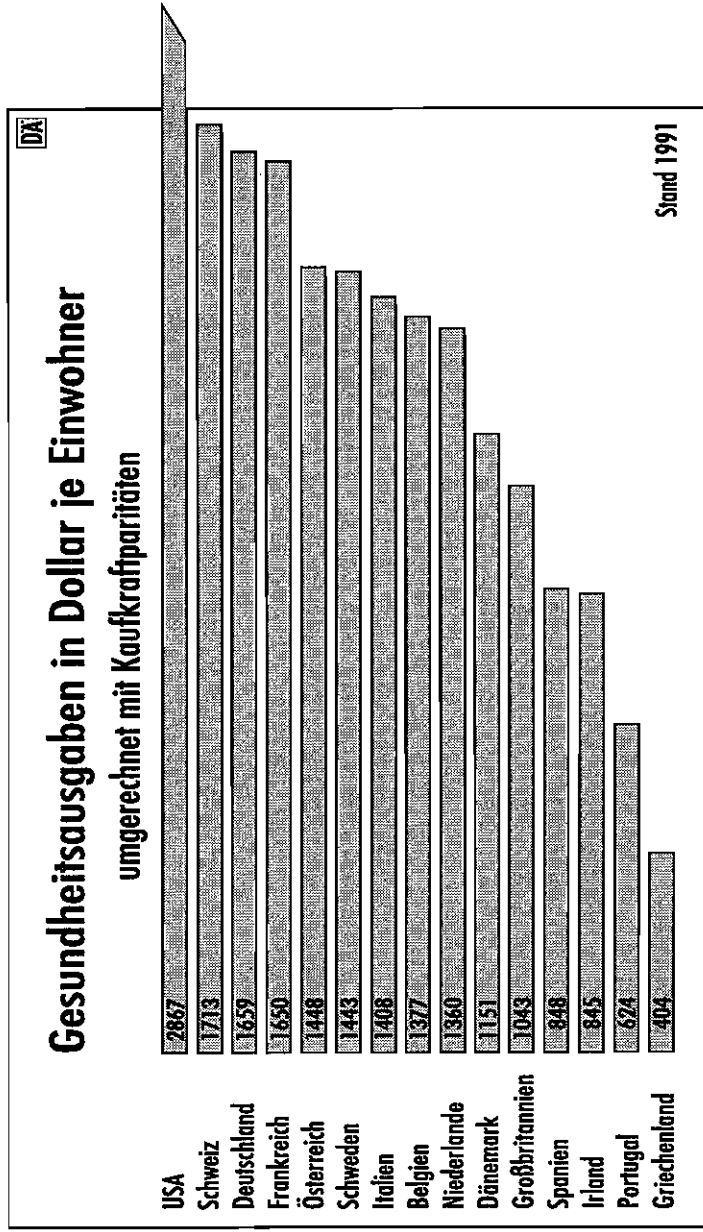
27.1 Einheit in Vielfalt — Forderungen an eine europäische Gesundheitspolitik

Der Vertrag über die Europäische Union (Vertrag von Maastricht) bietet den Mitgliedern der Gemeinschaft die Chance, bereits begonnene Vorhaben weiterzuentwickeln und neue, europaweite Programme zu initiieren. Dieses gemeinsame Vorgehen ist dann sinnvoll und zu fördern, wenn die einzelnen Mitgliedstaaten überfordert sind. Es wird jedoch zu einem Risiko, auch für die Akzeptanz einer europäischen Gesundheitspolitik bei den Bürgern, wenn ohne zwingenden Handlungsbedarf die gewachsenen und bewährten Strukturen der nationalen Gesundheitssysteme ignoriert werden.

Um eine Einheit in Vielfalt auch in der europäischen Gesundheitspolitik zu gewährleisten, fordert die deutsche Ärzteschaft:

- Entscheidungen in der europäischen Gesundheitspolitik (Kommission, Rat, EP) müssen in ihren Grundzügen längerfristig einschätzbare Empfehlungen enthalten, damit die Mitgliedstaaten und die in den Mitgliedstaaten mit der Gesundheitspolitik und ihrer Anwendung Beauftragten für ihre eigenen Aktivitäten eine entsprechende Orientierung erhalten.
- Kommission, Rat und Europäisches Parlament haben sich strikt an das Subsidiaritätsgebot zu halten, das eine Beschränkung der Gemeinschaftskompetenz, welche auch hier dem Prinzip der Einzelermächtigung folgt, beinhaltet. Gerade im Gesundheitswesen ist grundsätzlich von der Kompetenz der Mitgliedstaaten und der jeweiligen innerstaatlichen Kompetenzzuweisung auszugehen. Das Bundesverfassungsgericht hat in seiner Entscheidung vom 12. Oktober 1993 („Maastricht-Urteil“) das Subsidiaritätsprinzip dahingehend gedeutet, daß bei Bestehen einer vertraglichen Handlungsbefugnis zu entscheiden ist, ob und wie die Europäische Gemeinschaft tätig werden darf. Der Gemeinschaftsgesetzgeber muß nachvollziehbar darlegen, daß die Ziele der in Betracht gezogenen Maßnahmen durch ein Tätigwerden der Mitgliedstaaten auf nationaler Ebene nicht ausreichend erreicht werden kön-

Abbildungen 21a und b:



nen, sodann muß gerechtfertigt sein, daß die Ziele im Anbetracht des Umfangs und der Wirksamkeit der Maßnahme besser auf Gemeinschaftsebene zu erreichen sind.

- Europäische Gesundheitspolitik kann nur im Zusammenwirken mit der europäischen Ärzteschaft entwickelt werden. Gerade die Ärzteschaft ist im Rahmen der durch Art. 129 EGV insbesondere für die Bekämpfung der schwerwiegenden Zivilisationskrankheiten angesprochenen Maßnahmen ein unerläßlicher Partner. Die deutsche Ärzteschaft fordert deshalb, daß ein ständiger „gesundheitspolitischer Dialog“ zwischen der Kommission und der europäischen Ärzteschaft institutionalisiert wird, vertreten durch den Ständigen Ausschuß der Europäischen Ärzte (Comité permanent) als maßgebliche europaweite Repräsentation. Die Einbeziehung der europäischen Ärzteschaft in die Vorbereitung aller gesundheitspolitischen Aktivitäten muß auch Folge der notwendigen Öffnung der Gemeinschaft zu demokratischen Prozessen sein.

27.2 Bekämpfung der Zivilisationskrankheiten

Im Vordergrund einer europäischen Gesundheitspolitik sollte die Bekämpfung der schwerwiegenden Zivilisationskrankheiten stehen. Als unmittelbar anstehende Gemeinschaftsaufgabe ist zunächst schwerpunktmäßig den Krankheiten wie AIDS, Drogenmißbrauch und Herz- und Kreislaufkrankheiten mit europaweiten Programmen entgegenzuwirken. Darüber hinaus ist von großer Bedeutung die Erforschung der Krankheiten selbst sowie der suchtverursachenden Verhaltensweisen (zum Beispiel Tabak- und Alkoholkonsum). Begleitende Maßnahmen wie Ausbildung, Aufklärung und Erziehung zu gesundheitsbewußtem Verhalten gehören als Bausteine ebenso in die Programme wie eine jährliche Gesundheitsberichterstattung.

Die deutsche Ärzteschaft weist darauf hin, daß in der Bundesrepublik Deutschland bereits akzeptable und nützliche Präventions- und Krankheitsfrüherkennungsprogramme bestehen, die ausgebaut werden können.

27.3 Krankenversicherungssysteme koordinieren

Die Sozialversicherungssysteme, insbesondere die Krankenversicherungssysteme in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union, müssen so koordiniert sein, daß die Freizügigkeit im Binnenmarkt hinsichtlich des gesundheitlichen Schutzes nicht tangiert wird. Dies erfordert nicht,

daß die Krankenversicherungssysteme harmonisiert werden müssen. Es würde auch die Kraft der Gemeinschaft überschreiten; unbeschadet der Frage, ob insoweit im Rahmen der Einzelermächtigungen des Vertrages überhaupt eine rechtliche Kompetenz bestünde. Dennoch ist eine Überprüfung der Koordinationsregeln der maßgeblichen EG-Verordnungen (zum Beispiel 1408/71) erforderlich, um eine erleichterte Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung auch nach Wahl des Patienten im Binnenmarkt zu ermöglichen; damit darf allerdings nicht eine indirekte Finanzierung durch jeweils andere Versicherungssysteme erfolgen und ein Sozialtourismus wegen der Niveauunterschiede hervorgerufen werden. Die deutsche Ärzteschaft weist darauf hin, daß die verschiedentlich in Entschließungen und Empfehlungen der EU anklingenden Überlegungen zur globalen Kostendämpfungspolitik in Europa im Gesundheitswesen bei gleichzeitiger Stabilisierung oder gar Erhöhung des Versorgungsniveaus in den Mitgliedstaaten einen Widerspruch enthalten. Die Konvergenz der Versorgungsniveaus in einzelnen Mitgliedstaaten im Hinblick auf höhere Versorgungsniveaus in anderen Mitgliedstaaten ist nicht ohne den Preis zusätzlicher finanzieller Ressourcen ausführbar. Im übrigen können aber auch die Wachstumskräfte des Gesundheitswesens durchaus einen Beitrag zur Steigerung der Wirtschaftskraft des Binnenmarktes darstellen.

27.4 Europäische Ärzteschaft weiterentwickeln — Selbstverwaltung realisieren

Die deutsche Ärzteschaft fordert, daß bei allen Maßnahmen der Gemeinschaft das Organisationsprinzip der ärztlichen Selbstverwaltung, nämlich die rechtliche Möglichkeit, durch die Selbstverwaltung der Ärzte autonom Grundsätze ärztlichen Verhaltens normieren zu können, nicht nur unangetastet bleibt, sondern auch Eingang in die Gestaltungsprinzipien des europäischen Arztrechts finden muß. Dies schließt nicht nur die autonome Definition der ärztlichen Ethik ein, sondern auch die Gestaltung der Grundsätze zur ärztlichen Berufsausübung und darüber hinaus im gesamten Bereich der Spezialisierungen der Ärzte, der Qualitätssicherung und der Fortbildung.

27.5 Ständigen Ausschuß der Europäischen Ärzte einbeziehen

Der Ständige Ausschuß der Europäischen Ärzte (CP) muß sich zu einem offiziellen Ansprechpartner der Ärzteschaft für die EG-Institution weiterentwickeln und mittel- und langfristig den Status einer Ärztekammer

oder einer vergleichbaren Organisation erhalten, um als europäisch verfaßte Ärzteschaft die EG-Kommission, das Europäische Parlament und andere europäische Institutionen aus ärztlicher Sicht beraten zu können. Der Ständige Ausschuß muß insbesondere in die Weiterentwicklung der Ärzte-Richtlinien in jedweder Hinsicht vorab einbezogen werden.

27.6 Prinzip der Unabhängigkeit des Arztes rechtlich sichern

Die Unabhängigkeit des Arztes ist Grundprinzip seines Berufsverständnisses und wichtigste Voraussetzung für eine gute Versorgung der Patienten. Sie muß auch in der europäischen Gesetzgebung gewahrt bleiben. Dies bedeutet die Anerkennung der Berufsordnungen der Ärzteschaften in Europa, welche in weitestgehend übereinstimmender Weise nicht nur in den nationalen Regelungen, sondern in entsprechenden europäischen Empfehlungen (vgl. dazu die Grundsätze der ärztlichen Ethik, verabschiedet von der Internationalen Kammerkonferenz und vom Ständigen Ausschuß der Europäischen Ärzte) Berufspflichten im Verhalten untereinander und im Verhalten zu ihren Patienten formulieren. Daher darf die Gemeinschaftsgesetzgebung nicht die mit dieser Besonderheit des ärztlichen Berufs verbundenen Grundprinzipien durch ihre Gesetzgebung tangieren. Deshalb lehnt die deutsche Ärzteschaft nachhaltige Bestrebungen der Europäischen Union ab, die sogenannte Dienstleistungshaftung der Ärzte entweder im Rahmen einer allgemeinen Richtlinie oder im Rahmen einer speziellen Richtlinie zu regeln. Ebenso lehnt die deutsche Ärzteschaft Bestrebungen der Europäischen Union ab, im Rahmen von wettbewerbsrechtlichen Vorschriften beispielsweise das Werbeverbot für Ärzte, welches als Grundsatz europaweit besteht, gemeinschaftsrechtlich zu regeln.

27.7 Wachsende Arztzahlen — Ausbildungskapazitäten anpassen

In ganz Europa stellt die wachsende Zahl der Ärzte ein Problem dar. Insbesondere berührt die wachsende Zahl von Medizinstudierenden die Qualität der ärztlichen Ausbildung. Der Ständige Ausschuß der Europäischen Ärzte hat daher bereits vor längerer Zeit eine Weiterentwicklung der Ärzte-Richtlinien dahingehend gefordert, im Rahmen der allgemeinen Ausbildungsgrundsätze als Grundlage der gegenseitigen Anerkennung der Grunddiplome ergänzende Qualitätsvorschriften vorzusehen, die das Verhältnis von Studierenden und ausbildenden Ärzten und Ausbildungskapazitäten allgemein regeln. Die deutsche Ärzteschaft erinnert

an diesen Vorschlag und fordert die Kommission der EG auf — ebenso aber auch den Beratenden Ausschuß der Ärzte der EG bei der Kommission —, diesen Vorschlag zu prüfen.

28. Gesundheitspolitik weltweit

28.1 Medizin international

Medizinische, gesundheits- und sozialpolitische Probleme in vielen Ländern der Welt erfordern unter Beachtung ethnischer Unterschiede und der nationalen Selbständigkeit der Gesundheitssysteme gute, grenzüberschreitende Zusammenarbeit der Ärzte. Erkenntnis- und Erfahrungsaustausch dürfen an nationalen Grenzen nicht haltmachen; sie sind Grundlage für die Weiterentwicklung und die Qualität der medizinischen Versorgung. Von besonderer Bedeutung ist hier die Zusammenarbeit mit den verschiedenen internationalen Fachgesellschaften, der Weltgesundheitsorganisation und dem Weltärztebund. Sie ist auch in besonderer Weise geeignet, der medizinischen Ethik in der internationalen Gesundheitspolitik stärkeres Gewicht zu verleihen.

28.2 Gesundheitliche und soziale Versorgungsstrukturen

Die Vereinigung der Wirtschaftsräume verstärkt auch die Konvergenz der Gesundheits- und Sozialsysteme. Aufgabe der Ärzteschaft ist es, trotz ökonomischer Zwänge auf ein hohes Niveau der Gesundheitsversorgung hinzuwirken. Arbeitsschwerpunkte dabei sind Qualitätssicherung, Freiheit der ärztlichen Berufsausübung, Ressourcenallokation und Angleichung der Berufsausübungsregelungen.

Die Ärzteschaft als Interessenwahrer der Patienten und tragende Säule in jedem Gesundheitssystem warnt mit Nachdruck davor, die Angleichung der Wirtschaftssysteme auf Kosten von gesundheitlichen und sozialen Versorgungsstrukturen zu betreiben.

28.3 Verbündete für ein freiheitliches Gesundheitswesen — Unterstützung der Reformstaaten

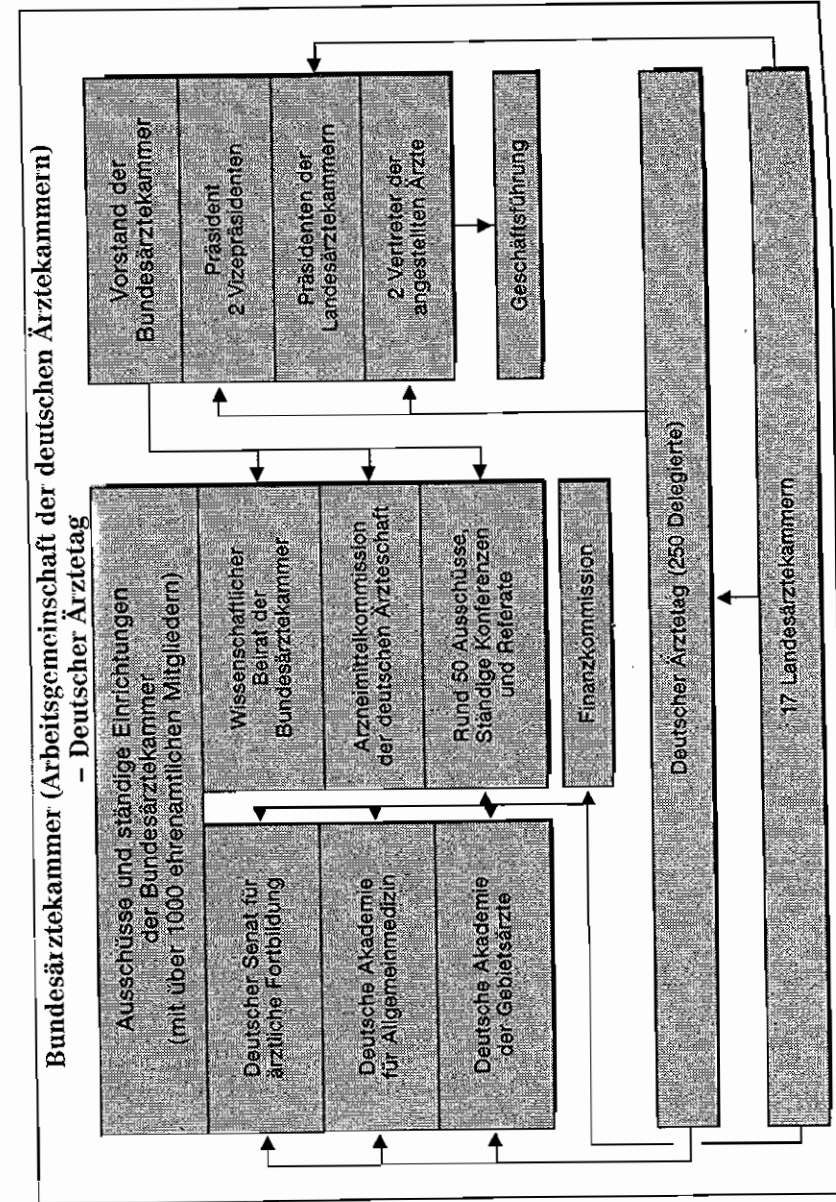
Nach dem Zusammenbruch der kommunistischen Systeme besteht in Mittel- und Osteuropa ein großes Interesse an den Sozialsystemen der westeuropäischen Staaten und insbesondere am Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland. Selbstverwaltete und beitragsfinanzierte Gesundheitssysteme haben sich gegenüber staatlich gelenkten Gesund-

heitssystemen als leistungsfähiger erwiesen. Je mehr ärztliche Organisationen sich für ein freiheitliches Gesundheitssystem einsetzen, desto besser wird auch das Niveau der gesundheitlichen Versorgung. Die deutsche Ärzteschaft ist bereit, sich am Aufbau selbstverwalteter, beitragsfinanzierter und solidarischer Gesundheitssysteme mit Rat und administrativer Unterstützung adäquat zu beteiligen.

28.4 Kommunikation und Kooperation

Die aktive Auseinandersetzung und der Vergleich mit Gesundheitssystemen sind sowohl Ausgangspunkt für die internationale Zusammenarbeit und die Hilfestellung beim Aufbau neuer Gesundheitssysteme als auch Analyse und Reflexion der eigenen nationalen Entwicklung. Damit sind sie Schrittmacher und Erfahrungsquelle für die Evolution auch des eigenen Gesundheits- und Sozialwesens.

Abbildung 22:



Die Abbildungen dieser gedruckten Fassung der „Gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellungen der Deutschen Ärzteschaft“ dienen der zusätzlichen Information und der graphischen Auflockerung des Textes; sie waren nicht Gegenstand der Beschlußfassung des Deutschen Ärztetages.

Für die Abbildungen wurden folgende Quellen benutzt:

- Abb. 1: Das Genfer Gelöbniß ist von der Generalversammlung des Weltärztebundes 1948 in Genf verabschiedet worden; die Muster-Berufsordnung wurde im Dt. Ärzteblatt 1/2 - 1994 veröffentlicht.
- Abb. 2: Gesundheits- und sozialpolitische Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 1980 und 1986
- Abb. 3: Grafik: Handelsblatt, Nr. 109, 9. Juni 1994; statistische Angaben: Statistisches Bundesamt
- Abb. 4: Vgl.: Dr. med. Dr. phil. Dr. rer. pol. Felix Tretter: Wissenschaftstheoretische Probleme der Umweltmedizin, in: Dt. Ärztebl. 1/2, 6. Januar 1992
- Abb. 5: Priv.-Doz. Dr. Dr. med. G. Ollenschläger, Bundesärztekammer
- Abb. 6: Abteilung für Statistik der Bundesärztekammer und Kassenärztlichen Bundesvereinigung
- Abb. 7: Abteilung für Statistik der Bundesärztekammer und Kassenärztlichen Bundesvereinigung
- Abb. 8: Statistische Angaben: Bundesärztekammer, Stand: 31. Dezember 1992
- Abb. 9: Abteilung für Statistik der Bundesärztekammer und Kassenärztlichen Bundesvereinigung
- Abb. 10 (a+b): Dr. med. P. Erwin Odenbach: Die Struktur des ärztlichen Dienstes am Krankenhaus. In: Dt. Ärztebl. 18, 1. Mai 1975, Grafik: E. Butschan
- Abb. 11: Vgl.: Norbert Jachertz: Informationspolitik, Fachpresse und KV vorneweg. In: Dt. Ärztebl. 21, 28. Mai 1994
- Abb. 12a: Anteil der Selbstmedikation im Jahre 1993 (verkaufte Packungen), „Eckpunkte“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
- Abb. 12b: Bundesfachverband der Heilmittelindustrie 1992
- Abb. 13: Institut für Gesundheits-System-Forschung, Kiel. Vgl.: F. Beske, J. G. Brecht, A.-M. Reinkemeier: Das Gesundheitswesen in Deutschland, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1993
- Abb. 14: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Frankfurt. Zusammenfassende Übersicht Rehabilitationsmaßnahmen und Rehabilitanden 1991 nach Trägerschaft und Art der Maßnahme
- Abb. 15: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Wissenschaftliche Reihe, Bd. 44, Zusammenarbeit von Ärzten und Selbsthilfegruppen, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1990. Befragt wurde eine repräsentative Zufallsstichprobe niedergelassener Ärzte
- Abb. 16: Statistische Angaben: DIW, Statistisches Bundesamt, Grafik nach Globus
- Abb. 17: Statistische Angaben und Quelle: Verband der Rentenversicherungsträger, Globus

Abb. 18: Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen, Daten und Fakten, Köln, 1994

Abb. 19: Gesundheits- und sozialpolitische Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1980 und 1986

Abb. 20: Grafik: Kassenärztliche Bundesvereinigung

Abb. 21 (a+b): Statistische Angaben: OECD, Globus, Bundesgesundheitsministerium („Daten des Gesundheitswesens“, 1993)

Abb. 22: Bundesärztekammer, Tätigkeitsbericht 1994

Redaktion: Norbert Jachertz, Franz Stobrawa

Abbildungen: Jutta Dittmar, Klaus Fröhlich