

Gute fachliche Praxis in der Medizin –

Oder: „Die Kunst, heute ein guter Arzt zu sein“

Günter Ollenschläger

In:

E. Brandt, U. Smeddinck (Hrsg) Gute fachliche Praxis - Zur Standardisierung von Verhalten.

Berlin, Berliner Wissenschaftsverlag 2005 , S.137-145

www.ollenschlaeger.net

I. Gute fachliche Praxis in der Medizin – aktuelle Rahmenbedingungen

Das deutsche Gesundheitswesen steht derzeit in der Kritik, wie die folgenden Ausführungen des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung vom Januar 2004 belegen: *"Mangelnde Qualität trotz hoher Ausgaben, unzureichende Berücksichtigung der Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten, durch Korruption und Betrug"* [1]. Gibt eine solche Darstellung auch nicht die Einschätzung der breiten Bevölkerung wider [2, 3]; so kann sie doch als Indikator für die grundsätzlich veränderten Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit gelten. Nicht nur in Deutschland, sondern weltweit nimmt der Rechtfertigungsdruck der ärztlichen Profession für ihr Handeln gegenüber der Gesellschaft stetig zu [4, 5, 6]. Und dies in einer Zeit, in der der Patient zum Kunden wird und der Arzt zum Dienstleister, wo Praxen und Krankenhäuser zu "Profit-Center" mutieren. [7]. Und in einem Umfeld, das durch ein Missverhältnis zwischen medizinischen Möglichkeiten und begrenzten Ressourcen charakterisiert ist [4].

In diesem Zusammenhang ist es verständlich, dass Ranglisten über die "besten Ärzte Deutschlands" oder Beurteilungskriterien für den "guten Arzt" (s. Tab. 1) in der Laienpresse Hochkonjunktur haben. Es erklärt auch die Fülle der Fachpublikationen, die sich gerade in letzter Zeit mit der Problematik auseinandersetzen, was den "guten Arzt" ausmache [siehe z.B. 8, 9, 10].

Tabelle 1: Beurteilungskriterien für einen guten Arzt aus der Sicht einer Frauenzeitschrift (Dee, 1997, zitiert bei [9])

<p>So finden Sie den richtigen Mediziner: Entscheidende Fragen zum Praxisbesuch</p> <ul style="list-style-type: none">- Nimmt sich der Doktor ausreichend Zeit für das Gespräch?- Spricht er über seine Fortbildungsmaßnahmen?- Informiert der Arzt über seine Therapie?- Wie reagiert er auf kritische Fragen?- Weist er auch auf andere Behandlungsmöglichkeiten hin, mit Vorteilen und Nachteilen?- Nennt er ggf. weitere Informationsquellen wie Literatur und Anlaufstellen?- Wenn er bei der Behandlung der Krankheit keine Erfolge sieht, überweist er zügig an Spezialisten?- Wenn ein Klinikaufenthalt notwendig wird: gibt er Hilfestellung bei der Wahl des Krankenhauses? Ist er behilflich, ein Bett zu finden?- Erinnert er seinerseits an wichtige Kontrolltermine?- Informiert das Praxispersonal, wenn sich die Wartezeit erheblich verlängert?- Gibt es für Befundfragen (wie Laborwerte) Telefonsprechzeiten? Ruft der Arzt ggf. den Patienten zurück?- Macht er Hausbesuche?- Hat er spezielle Sprechstunden für Berufstätige? <p>Schlüsselfragen vor chirurgischen Eingriffen</p> <ul style="list-style-type: none">- Wie oft führt der Operateur den geplanten Eingriff im Jahr aus?- Wie viele große Narkosen macht der Anästhesist jährlich?- Wie viele Patienten sind nach dem Eingriff wieder arbeitsfähig? <p>I. Wie lange dauert im Schnitt der Klinikaufenthalt?</p>
--

Vor diesem Hintergrund werden nachfolgend die aktuellen und künftigen Erwartungen des Patienten an gute fachliche Praxis in der Medizin skizziert (Abschnitt II) sowie neue Erwartungen und Anforderungen an ärztliche Kompetenzen (Abschnitt III).

Die Abschnitte IV und V befassen sich mit der Rolle der Evidenzbasierten Medizin und evidenzbasierter Leitlinien für die Entwicklung ein vermehrt an Zweckmäßigkeit und Nutzen orientiertes Gesundheitssystem. Unter Verweis auf die neue „Charta zur ärztlichen Berufsethik“ wird abschließend daran appelliert, bei der ärztlichen Tätigkeit die legitimen Bedürfnisse des einzelnen Kranken gegenüber dem steigenden ökonomischen Druck zu verteidigen: der gute Arzt ist Anwalt des sich ihm anvertrauenden Patienten.

II. Erwartungen des Patienten an gute fachliche Praxis in der Medizin

In letzter Zeit werden insbesondere die geänderten Erwartungen der Patienten an den Arzt thematisiert. Auf diese Perspektive soll im folgenden beispielhaft eingegangen werden [11].

Patienten hinterfragen heutzutage häufiger und intensiver die Leistungen und Ergebnisse der Behandlung in Klinik und Praxis. Sie erwarten, dass vom Arzt ihre Wertvorstellungen und Präferenzen berücksichtigt werden [12]. Und sie verlangen mit Recht, dass man sie als Betroffene in die Lage versetzt, informiert und selbstverantwortlich entscheiden zu können [13]. Aus diesem Grund bewerten qualitätsbewusste Patienten nicht nur die erhaltene medizinische Versorgung, sondern immer mehr auch die Qualität von Kommunikation und Information (s. Tab. 2).

Tabelle 2: Erwartungen von Patienten an ihren Arzt [Dierks 1995 in 13]

Rang	Erwartungen von Patienten an den Arzt
1	genügend Zeit haben
2	förderliche Persönlichkeitsmerkmale zeigen (Geduld, Ehrlichkeit, Zuhören können)
3	ausführliche und verständliche Informationen geben können
4	fachliche Kompetenz
5	Autonomie gewähren
6	Empathie zeigen
7	eigene Grenzen erkennen
8	erreichbar sein
9	Menschlichkeit zeigen
10	kundenorientiert arbeiten

Umfassende und verständliche Aufklärung und Beratung sind Grundvoraussetzungen dafür, dass Patienten ihre Eigenverantwortung im Rahmen des medizinischen Betreuungsprozesses wahrnehmen können [14].

Tabelle 3: Themen und Probleme, die für Patienten relevant sind – Mängelliste des Berliner Selbsthilfeforums [15]

- Ärzte hören zu wenig zu, haben zu wenig Zeit
- Aufklärung und Beratung sind unzureichend
- Ärzte sprechen in einer unverständlichen Wissenschaftssprache
- Ärzte haben einseitige Definitionsmacht, es wird Druck ausgeübt in Richtung bestimmter Behandlungsmethoden
- Ärzte legen ihre Interessen und Informationsquellen nicht offen (Pharmainteressen)
- Patienten stehen bei Behandlungsfehlern allein
- Patienten wissen nicht, was der Arzt für die Behandlung abrechnet
- Wartezeiten und Dienstleistungsqualität sind unzureichend

Trotzdem werden der Wunsch des Patienten nach Informationen und seine Fähigkeit, diese zu nutzen, oft unterschätzt bzw. häufig ignoriert. (s. Tab. 3). So zeigte eine Repräsentativ-Befragung des Infas-Instituts, dass für gut ein Viertel der Befragten die Informationen des Arztes nicht hinreichend verständlich sind (Infas-Institut 1998- zitiert bei [4]).

Es ist deshalb nur zu verständlich, dass wirksame Maßnahmen zur Verbesserung von kommunikativer Kompetenz und Informationsmanagement in Arztpraxis und Klinik immer dringlicher angemahnt werden [4, 12, 13].

III. Neue Erwartungen und Anforderungen an ärztliche Kompetenz

Gesteigerte Erwartungen von Patienten an gute fachliche Praxis sind nur **ein** Beispiel für veränderte Rahmenbedingungen der ärztlichen Berufsausübung.

Die Veränderungen betreffen ebenso Umfang und Verfallszeiten des medizinischen Wissens, aber auch ethische, ökonomische und strukturelle Aspekte der medizinischen Versorgung.

Hieraus ergeben sich neue Erwartungen und Anforderungen an ärztliche Kompetenzen – wie vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen kürzlich empfohlen wurde [4] (siehe Tab. 4):

- a) eine grundsätzliche Umorientierung der medizinischen Ausbildung in der Weise, dass dem Erwerb ärztlicher Kompetenzen gleichrangige Bedeutung gegeben werden sollte wie dem reinen Erwerb von Wissen
- b) stärkere Förderung / Evaluation von systematischer Fortbildung bzw. der kontinuierlichen professionellen Entwicklung.

Dabei wurde unter anderem für folgende Bereiche ein besonders großer Nachholbedarf formuliert:

- die Anwendung von klinischer Epidemiologie / evidenzbasierter Medizin
- der Umgang mit Leitlinien [4].

Tabelle 4: Beispiele für Lehrbereiche von ärztlichen Kompetenzen und mögliche assoziierte Disziplinen [4-modifiziert]

Kompetenz	Beispiel für Lehrbereich
Entscheidungskompetenz	EbM (Evidenzbasierte Medizin), Lernen nach dem Muster der Leitlinienentwicklung, gesellschaftliche und wirtschaftliche Zusammenhänge im Gesundheitswesen
Handlungskompetenz	traditionelle medizinische Fertigkeiten, psychosoziale und kommunikative Fähigkeiten, Informationsgewinnung und Informationsverarbeitung, Management im Gesundheitswesen, Telematik in der Medizin
Persönliche ärztliche Kompetenz	Lernfähigkeit, Teamfähigkeit, kommunikative und psychosoziale Fähigkeiten, Ausprägung ärztlicher Wertbilder, Ausprägung persönlicher ärztlicher Kompetenzschwerpunkte

IV. Evidenzbasierte Medizin und gute fachliche Praxis

Der entscheidende Fortschritt, der sich zur Zeit (auch) im deutschen Gesundheitswesen vollzieht, ist **der konzeptionelle Wechsel von einer allein an Wirksamkeit orientierten zu einer vermehrt an Zweckmäßigkeit und Nutzen orientierten Medizin**. In diesem Zusammenhang kommt den Methoden und Strategien der Evidenzbasierten Medizin (EbM) eine zentrale Rolle zu, da mit ihrer Hilfe medizinisches Wissen bezüglich seiner Zuverlässigkeit, Praktikabilität und Anwendbarkeit auf den individuellen Patienten überprüft werden kann [16].

Vor diesem Hintergrund hat EbM in den letzten Jahren in der deutschen Gesundheitspolitik einen besonderen Stellenwert erlangt. Deutschland ist seit Einführung des Begriffs „evidenzbasierte Leitlinien“ in das Sozialgesetzbuch (SGB V) im Jahre 1999 unseres Wissens der einzige Staat, in dem das Gesundheitswesen zur Anwendung der Strategien der Evidenzbasierten Medizin landesweit gesetzlich verpflichtet ist.

Tabelle 5: Definition und Praxis der Evidenzbasierten Medizin („EbM“) nach Sackett (16)

- **EbM ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. EbM beinhaltet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung.**
- **Individuelle klinische Erfahrung** bedeutet das Können und die Urteilskraft, die Ärzte durch ihre Erfahrung und klinische Praxis erwerben. Expertise spiegelt sich besonders in der Identifizierung und Berücksichtigung der besonderen Situation, der Rechte und Präferenzen von Patienten bei der klinischen Entscheidungsfindung.
- **Beste verfügbare externer Evidenz** beinhaltet klinisch relevante Forschung, oft medizinische Grundlagenforschung, aber insbesondere patientenorientierte Forschung zur Genauigkeit diagnostischer Verfahren (einschließlich der körperlichen Untersuchung), zur Aussagekraft prognostischer Faktoren und zur Wirksamkeit und Sicherheit therapeutischer, rehabilitativer und präventiver Maßnahmen. Externe klinische Evidenz führt zur Neubewertung bisher akzeptierter diagnostischer Tests und therapeutischer Verfahren und ersetzt sie durch solche, die wirksamer, genauer, effektiver und sicherer sind.
- **Gute Ärzte nutzen sowohl klinische Expertise als auch die beste verfügbare externe Evidenz**, da keiner der beiden Faktoren allein ausreicht: Ohne klinische Erfahrung riskiert die ärztliche Praxis durch den bloßen Rückgriff auf die Evidenz "tyrannisiert" zu werden, da selbst exzellente Forschungsergebnisse für den individuellen Patienten nicht anwendbar oder unpassend sein können. Andererseits kann die ärztliche Praxis ohne das Einbeziehen aktueller externer Evidenz leicht veraltetem Wissen - zum Nachteil des Patienten - folgen.
- **Praxis der EbM**
 1. Ableitung einer relevanten, beantwortbaren Frage aus dem klinischen Fall
 2. Planung und Durchführung einer Recherche der klinischen Literatur
 3. Kritische Bewertung der recherchierten Literatur (Evidenz) bezüglich Validität / Brauchbarkeit
 4. Anwendung der ausgewählten und bewerteten Evidenz beim individuellen Fall
 5. Bewertung der eigenen Leistung

Nachdem der Gesetzgeber einen Bedarf für EbM in der Krankenversorgung identifiziert hat, ist zu prüfen, ob die primär Betroffenen – Ärztinnen und Ärzte in Klinik und Praxis - diese Ansicht teilen.

Die Einschätzungen sind recht widersprüchlich:

- Skeptiker bemühen vorrangig – oft unter Missinterpretation allgemein akzeptierter Definitionen (s. Tab. 5) - die Gefahren einer „unangemessenen Standardisierung der Patientenversorgung“ (Stichwort: „Kochbuchmedizin“) als Argument gegen EbM.

- Befürworter heben hervor, dass EbM das Potenzial habe, neben einer generellen Optimierung der Prozesse und Ergebnisse im Gesundheitswesen ärztlichen Praktikern ein neues, auch intellektuelles Vergnügen an ihrer Arbeit zu geben und ihr Selbstbewusstsein zu stärken [17].

Tabelle 6: Chancen von EbM in der ärztlichen Routine (nach [18])

<p>EbM</p> <p>....ermöglicht höhere Transparenz im Gesundheitswesen</p> <p>....verringert Abhängigkeit von Expertenmeinung oder Pharmamarketing</p> <p>....kann unbegründete Varianz in der gesundheitlichen Versorgung verringern</p> <p>....kann einen Beitrag zur Erreichung einer bestmöglichen Versorgung für mehr Patienten leisten</p> <p>....kann zu mehr Kosteneffektivität bzw. einer besseren Aufwand-Nutzen-Relation beitragen</p>

Besonders eindrucksvoll wurde diese Einschätzung kürzlich von H. Wächtler unter dem Titel „*Begegnung mit Evidenz-basierter Medizin aus einer Landpraxis heraus*“ in folgender Weise formuliert: *Der Weg zur EbM hat mich aus der Isolation der Landarztpraxis ... hinausgeführt. Im PC-Zeitalter sind Informationen im ländlichen Abseits (fast) so gut zugänglich wie an den Universitäten. Der fachliche Austausch mit Kollegen regional und überregional belebt und erleichtert den Praxisalltag, der Kontakt mit den Patienten wird offener und partnerschaftlicher, wobei der Prozess der Entscheidungsfindung allerdings nicht einfacher, sondern eher differenzierter und komplexer geworden ist. Unsicherheiten sind zumindest besser benennbar.* [19]

Voraussetzungen für die Realisierung des von H- Wächtler propagierten Vorgehens sind

- I. Motivation und Entscheidung zur Ergänzung der erfahrungsgestützten ärztlichen Kompetenz durch evidenzgestützte Kompetenz im beruflichen Alltag
- II. Erlernen der entsprechenden Techniken sowie deren Anwendung in der ärztlichen Routine [16, 20]

V. Leitlinien und gute fachliche Praxis in der Medizin

Besondere Bedeutung für die Realisierung der evidenzbasierten Medizin kommt - neben dem systematischen Qualitätsmanagement - der Verfügbarkeit bzw. Nutzung praxistauglicher, evidenzbasierter Informationen am Arbeitsplatz – und hier insbesondere medizinischen Leitlinien zu [21, 22] – zur Definition siehe Tabelle .

Tabelle 7: Medizinische Leitlinien – Definitionen [24]

Medizinische Leitlinien sind systematisch entwickelte Feststellungen mit dem Ziel, wichtige Entscheidungen von Ärzten und Patienten über eine angemessene Versorgung bei spezifischen gesundheitlichen Problemen zu unterstützen. Medizinische Leitlinien müssen flexibel sein. Das Abweichen von einer Leitlinie stellt nicht *per se* einen Behandlungsfehler dar.

Evidenzbasierte Leitlinien werden auf der Grundlage der besten verfügbaren wissenschaftlichen Belege (=Evidenz) erstellt. Sie sind das Resultat einer systematischen Zusammenstellung und Aufarbeitung der Literatur, werden regelmäßig aktualisiert oder enthalten einen Hinweis auf ihre Geltungsdauer. *Beste verfügbare Evidenz* kann je nach klinischer Fragestellung aus den Ergebnissen randomisierter Studien, systematischer Reviews, qualitativen Studien oder aus anderen Informationsquellen bestehen. Bei widersprüchlicher oder mangelnder Evidenz können Feststellungen zur erforderlichen Versorgung durch Expertenkonsens formuliert werden, der mit Hilfe eines formalisierten Konsensverfahren wie etwa der Delphitechnik zustande gekommen ist.

Der Begriff *Standard* impliziert in vielen Ländern die strikte Anwendung und nahezu ausnahmslose Befolgung in einer genau festgelegten medizinischen Situation. Weitere, anstelle von „Standard“ gebrauchte Begriffe sind „Vorschriften“, „strikte“ Indikationen oder Kontraindikationen, „strikte Kriterien“, „Protokolle“ sowie „angemessene oder unangemessene Vorgehensweisen“. Ein Beispiel für einen solchen Standard ist etwa die Vorschrift, vor einer Transfusion die Eignung des Blutes für den Patienten stets durch einen Verträglichkeitstest (sog. Kreuzprobe) zu überprüfen. In der Medizin wird der Begriff „Standard“ jedoch unterschiedlich benutzt. Gelegentlich braucht man ihn im Sinne von „Norm“.

Leitlinien sind Instrumente, mit deren Hilfe man Entscheidungen in der medizinischen Versorgung auf eine rationalere Basis stellen kann. Sie haben die Aufgabe, das umfangreiche www.ollenschlaeger.net

Wissen (wissenschaftliche Evidenz und Praxiserfahrung) zu speziellen Versorgungsproblemen zu werten, gegensätzliche Standpunkte zu klären und unter Abwägung von Nutzen und Schaden das derzeitige Vorgehen der Wahl zu definieren. [23] Ihr Ziel ist es, die Qualität der Versorgung zu verbessern und die Stellung des Patienten zu stärken. Zudem tragen sie im Idealfall zu einer Effizienzsteigerung und damit zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen bei. Aus diesem Grund hat die deutsche Ärzteschaft immer wieder die konsequente Berücksichtigung von Leitlinien in Klinik und Praxis gefordert und im vergangenen Jahrzehnt eine Fülle Leitlinien-bezogener Initiativen realisiert (Übersicht bei [24, 25])

Neben ihrer Funktion als Instrument des Qualitätsmanagements erlangen Leitlinien aber auch zunehmende Bedeutung für die Steuerung des Gesundheitssystems und hier auch für ökonomische Aspekte. J. Gevers hat in diesem Zusammenhang eine terminologische Abgrenzung der „medizinischen Leitlinien“ (*clinical practice guidelines*) von sogenannten „Allokations-Leitlinien“ (*allocation guidelines*) vorgeschlagen.[26]. Demnach werden Allokations-Leitlinien – im Gegensatz von medizinischen Leitlinien - nicht von den Professionen der Heil- und Gesundheitsberufe auf der Grundlage von medizinischen Erkenntnissen und Erfahrungen entwickelt. Vielmehr werden sie von interessierten Kreisen (z.B. Krankenkassen oder staatlichen Institutionen) mit dem Ziel der Kostenkontrolle publiziert und sind nicht als Form des professionellen Standards z.B. der Ärzteschaft anzusehen. Ein aktuelles Beispiel aus dem deutschen Gesundheitssystem sind die „Anforderungen an Strukturierte Behandlungsprogramme nach SGB V“ [27]

VI. Gute fachliche Praxis in der Medizin heute und morgen: Medical Professionalism in the new Millennium

Veränderungen der Gesundheitssysteme und der Arbeitsbedingungen in fast allen Ländern verlangen nach aktuellen Orientierungshilfen über die grundlegenden Anforderungen und das Selbstverständnis des Arztberufes. Entsprechende Grundsatzpositionen wurden vor 2 Jahren als Konsens verschiedener europäischer und amerikanischer Fachgesellschaften unter dem Titel "Medical Professionalism in the new Millennium: A Physician Charter" (deutsche Bezeichnung: Charta zur ärztlichen Berufsethik [6] - s. Tab. 7) publiziert.

Tabelle 8: Eckpunkte der Charta zur ärztlichen Berufsethik (Medical Professionalism in the new Millennium: A Physician Charter) [6]

Grundlegende Prinzipien

1. Das Primat des Patientenwohls (*Principle of primacy of patient welfare*).

- Dieses Prinzip basiert auf der grundsätzlichen Verpflichtung, den Interessen des Patienten zu dienen.
- Altruismus trägt zu dem Vertrauen bei, das im Mittelpunkt des Arzt-Patienten-Verhältnisses steht.
- Ökonomische Interessen, gesellschaftlicher Druck und administrative Anforderungen dürfen dieses Prinzip nicht unterlaufen.

2. Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten (*Principle of patient autonomy*)

- Ärzte haben das Selbstbestimmungsrecht des Patienten grundsätzlich zu respektieren.
- Sie müssen ihren Patienten gegenüber aufrichtig sein und diese darin unterstützen, sich zu informieren und sachgerechte Entscheidungen über ihre Behandlungen zu fällen.
- Die Entscheidungen des Patienten über ihre Behandlungen sind oberstes Gebot, solange sie mit ethischen Prinzipien vereinbar sind und nicht mit unangemessenen Ansprüchen verbunden sind.

3. Die soziale Gerechtigkeit (*Principle of social justice*).

- Die Ärzteschaft ist aufgerufen, Gerechtigkeit im Gesundheitswesen zu fördern. Dies schließt die faire Verteilung der zur Verfügung stehenden Mittel ein.
- Ärzte sollen sich aktiv daran beteiligen, Diskriminierungen im Gesundheitswesen auszumerzen. Dies bezieht sich auf die ethnische Herkunft, das Geschlecht, den Sozialstatus, die Religion oder auf jede andere gesellschaftliche Kategorie.

Ärztliche Verantwortlichkeiten

1. Verpflichtung zur fachlichen Kompetenz
2. Verpflichtung zur Wahrhaftigkeit im Umgang mit Patienten
3. Verpflichtung zur Vertraulichkeit
4. Verpflichtung zur Pflege angemessener Beziehungen zum Patienten
5. Verpflichtung zur ständigen Qualitätsverbesserung
6. Verpflichtung zum Erhalt des Zugangs zu medizinischen Leistungen
7. Verpflichtung zur gerechten Verteilung begrenzter Mittel im Gesundheitswesen
8. Verpflichtung zur Nutzung wissenschaftlicher Erkenntnisse
9. Verpflichtung zum angemessenen Verhalten bei Interessenskonflikten
10. Verpflichtung zur kollegialen Verantwortung

Die Autoren der Charta haben zur ärztlichen Professionalität (d.h. mit den Worten des vorliegenden Aufsatzes zur "*Kunst, ein guter Arzt zu sein*") unter anderem in folgender Weise Stellung genommen:

- **Die ärztliche Professionalität (¹) ist die Basis für den Kontrakt zwischen Medizin und Gesellschaft.**
- *Für einen solchen Kontrakt muss gefordert werden, dass die Interessen des Patienten über die des Arztes zu stellen sind, dass Standards der ärztlichen Kompetenz und der Integrität formuliert und gewährleistet werden und dass eine fachliche Beratung der Gesellschaft zu Fragen der Gesundheit geboten wird.*
- *Voraussetzung für einen solchen Kontrakt ist das Vertrauen der Öffentlichkeit in die Integrität des einzelnen Arztes und in den Ärztestand insgesamt. haben.*

Die Ausübung der Medizin ist in unserer Zeit mit nie da gewesenen Herausforderungen verbunden. Im Zentrum der Herausforderungen stehen die sich weiter öffnende Schere zwischen den legitimen Bedürfnissen der Patienten und den hierfür zur Verfügung stehenden Mitteln, der steigende ökonomische Druck zur Veränderung der Gesundheitssysteme und die Verführungen der Ärzte, die traditionelle Verpflichtung für das Wohl der Patienten zu verlassen.

Um das Vertrauen in den Kontrakt zwischen Medizin und Gesellschaft auch in diesen turbulenten Zeiten zu wahren, erscheint es wichtig, dass die Ärzte ihre Verpflichtung zur Wahrung der ethischen Prinzipien ihres Berufsstandes (=professionalism). ausdrücklich bekräftigen. Diese Verpflichtungen beziehen sich nicht nur auf das Wohlergehen der einzelnen Patienten, sondern auch auf Bemühungen um eine Verbesserung der Gesundheitssysteme und damit auf das Wohlergehen der Gesellschaft. [6]

Literatur

-
- 1 Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung. Die Gesundheitsreform: Eine gesunde Entscheidung für alle. Berlin: BMGS, Januar 2004 http://www.die-gesundheitsreform.de/presse/Materialien/BMG_Broschuere.pdf (Zugriff: 11.Januar 2004)
 - 2 Wasem, Jürgen (2000), Die Zukunft der Gesundheitspolitik – Was erwartet die Bevölkerung?, in Leibfried, Stephan/Wagschal, Uwe (Hrsg.), Der deutsche Sozialstaat. Bilanz – Reformen – Perspektiven. Frankfurt a. M./New York, S. 427-438
 - 3 Coulter, Angela. Patients' views of the good doctor . British Medical Journal 2002;325:668-669
 - 4 Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Gutachten 2000/2001 - Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege. Deutscher Bundestag Drucksache 14/5661, 14. Wahlperiode vom 21.3.2001. Internet: www.bundestag.de
 - 5 Roelcke, Volker; Raspe ,Heiner. Ethik der Planung und Forschung im Gesundheitswesen (Editorial). Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 2003; 97: 658-659
 - 6 Medical Professionalism Project. Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. Annals of Internal Medicine 2002; 136: 243-246 . Deutsche Fassung und Kommentierung: Köbberling,

¹ Köbberling übersetzt die englische Originalformulierung <<professionalism>> hingegen mit <<Berufsethik>> [6]

- Johannes. Charta zur ärztlichen Berufsethik. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 2003; 97: 76–79
- 7 Geisler, Linus: Der gute Arzt. GEO WISSEN - Die neuen Wege der Medizin. Nr. 30, Ausgabe September 2002, S. 76-81. <http://www.linus-geisler.de/art2002/0916geo-arzt.html>
- 8 Dörner, Klaus. Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung. Schriftenreihe der Akademie für Integrierte Medizin. Stuttgart, New York: Schattauer;2001
- 9 v.Troschke, Jürgen. Die Kunst, ein guter Arzt zu werden. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber,2001
- 10 Lown, Bernhard. Die verlorene Kunst des Heilens. Anleitung zum Umdenken. Stuttgart, New York: Schattauer,2002
- 11 Ollenschläger, Günter. Die Kunst, heutzutage ein guter Arzt zu sein. Ärzteblatt Baden-Württemberg 2004, 59(3): 113-114. Internet: <http://www.ollenschlaeger.de/aebw2004> (Zugriff: 28.12.04)
- 12 Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin. Curriculum EbM. Köln 2003. Internet: www.dnebm.de
- 13 Gramsch Eberhard; Hoppe Jörg-Dieter; Jonitz Günther; Richter-Reichhelm Manfred; Ollenschläger Günter für das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (Hrsg) Kompendium Q-M-A. Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung. Köln, Deutscher Ärzteverlag 2003
- 14 Sängler Sylvia. Editorial Patienteninformationen. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 2001; 95: 529-530
- 15 Stötzner Karin. Einbindung von Patienten und ihren Anliegen in die evidenzbasierte Medizin. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 2001; 95: 131-136
- 16 Ollenschläger Günter; Gerlach Ferdinand M.; Kirchner Hanna; Weingart Olaf. Über die Umsetzung evidenzbasierter Medizin in den Alltag einer Allgemeinpraxis. Internistische Praxis 2003; 43: 811-822
- 17 Raspe Heiner. Möglichkeiten und Gefährdungen der evidenzbasierten Medizin in Deutschland. In: Kunz, Regina; Ollenschläger, Günter; Raspe, Heiner; Jonitz, Günther; Kolkmann, Friedrich Wilhelm (Hrsg) Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis. Köln: Deutscher Ärzteverlag; 2000. S. 50-61
- 18 Gerlach Ferdinand M.; Beyer Martin. EbM in der Praxis des niedergelassenen Arztes. In: Kunz R, Ollenschläger G, Raspe Heiner, Jonitz G, Kolkmann FW (Hrsg) Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis. Köln: Deutscher Ärzteverlag; 2000. S. 69-82
- 19 Wächtler Hannelore. Begegnung mit Evidenz-basierter Medizin aus einer Landpraxis heraus. Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 2002; Heft 01: 62- 63
- 20 Kunz Regina, Weingart Olaf, Jonitz Günther, Engelbrecht Justina, Antes Gerd, Ollenschläger Günter (2002). Das Curriculum Evidenzbasierte Medizin von ÄZQ und DNEbM - Einführung zum 1. Grundkurs EbM der Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Netzwerk EbM. Deutsches Ärzteblatt 2002; 99: A-2685 - 2686
- 21 Europarat. The development and implementation of quality improvement systems (QIS) in health care – Recommendation No. R(97)17. ISBN 92-871-3534-7. Europarat, Eigenverlag, Straßburg, 1998
- 22 Europarat. Methodology for drawing up guidelines on best medical practices. Empfehlung Rec (2001)13, deutschsprachige Version. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 2002; Suppl III
- 23 Helou Antonius, Lorenz Wilfried, Ollenschläger Günter, Reinauer Hans , Schwartz Friedrich Wilhelm (2000) Methodische Standards der Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien in Deutschland Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 94: 330-339
- 24 Ollenschläger Günter. Medizinischer Standard und Leitlinien - Definitionen und Funktionen. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 2004; 98: 176-179
- 25 Ollenschläger Günter, Kirchner Hanna, Sängler Sylvia, Thomeczek Christian, Jonitz Günther, Gramsch Eberhard. Qualität und Akzeptanz medizinischer Leitlinien in Deutschland – Bestandsaufnahme Mai 2004. In: Dieter Hart (Hrsg) Leitlinien und Gesundheitsrecht. Baden-Baden: Nomos Verlag, 2005 in Druck. Internet: <http://www.ollenschlaeger.de/hart04.pdf>
- 26 Gevers Sjef. The legal incorporation of clinical guidelines: a European perspective. Institut für Gesundheits- und Medizinrecht Bremen. Tagung Leitlinien und Recht, Bremen 7., 8. Mai 2004
- 27 Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Strukturierte Behandlungsprogramme zur Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker. http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/themen/gesundheit/gesetzl/index_2139.cfm (Zugriff: 28.12.2004)