

# Die Kunst, heutzutage ein guter Arzt zu sein

Günter Ollenschläger

## Hintergrund und Problemstellung

Das deutsche Gesundheitswesen steht in der Kritik: In einer aktuellen Werbebroschüre des BMGS wird es unter anderem wie folgt charakterisiert: „Mangelnde Qualität trotz hoher Ausgaben, unzureichende Berücksichtigung der Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten, Korruption und Betrug fügen der GKV großen Schaden zu“ [1]. Solche als Polemik interpretierten Darstellungen sind weder spezifisch für unser Gesundheitssystem [2], noch werden sie allgemein von der Bevölkerung geteilt [3, 4]. Jedoch können sie als Indikator für grundsätzlich veränderte Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit gelten: Die Medizin als Ganzes ist weltweit stärker auf den Prüfstand der gesellschaftlichen Bewertung geraten, verbunden mit einem steigenden Rechtfertigungsdruck der Ärzteschaft für ihr Handeln [5, 6, 7]. Vor diesem Hintergrund 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 [8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16].

Dabei gilt es vor allem, Antwort auf die Frage zu finden, was gerade heute einen guten Arzt ausmacht. In einer Zeit, in der der Patient zum Kunden wird und der Arzt zum Dienstleister, wo Praxen und Krankenhäuser zu „Profit-Center“ mutieren [13]. In einem Umfeld, das durch ein Missverhältnis zwischen medizinischen Möglichkeiten und begrenzten Ressourcen charakterisiert ist [5].



Abb. 1 Hermann Nothnagel (1841–1905) Dozent/Professor in Berlin, Breslau, Freiburg, Jena, Wien: Antrittsvorlesung Wien 1882: „Nur ein guter Mensch kann ein guter Arzt sein“

Ist die Vorstellung vom selbstlos handelnden Arzt „Nur ein guter Mensch kann ein guter Arzt sein“; Hermann Nothnagel, 1882 [17] mit bedingungsloser Zuwendung zum Patienten (wie G. Jonitz kürzlich postulierte [18] unter diesen Bedingungen noch uneingeschränkt aufrecht zu halten? Oder beschreibt nicht eher der dem Kassenarzt und Schriftsteller Alfred Döblin zugeordnete Ausspruch „Wir sind alle nur so private Sozialbeamte mit ärztlicher Erfahrung“ [19] die heutige Situation des Arztberufs?

Die genannten Positionen erscheinen auf den ersten Blick miteinander unvereinbar zu sein. In Wahrheit können sie aber als zwei spezielle Aspekte des Spannungsfeldes, in dem der Arzt seinen Beruf ausüben darf, angesehen werden. Dabei ist dieses Spannungsfeld durch die unterschiedlichsten Erwartungen der zahlreichen Interessengruppen an Verhalten und Arbeitsergebnisse des Arztes gekennzeichnet.

Dementsprechend hängt die Beantwortung der Frage, was heutzutage einen guten Arzt ausmacht, wesentlich von der Perspektive ab, aus der die Bewertung der ärztlichen Qualität erfolgt: aus der Sicht der Patienten, der Mitarbeiter, der externen Kooperationspartner, von Krankenkassen, Wissenschaft, Politik etc. [20, 21].

Erwartungen von Patienten an die Qualität des Arztes

Der alte Arzt spricht lateinisch, der junge Arzt englisch. Der gute Arzt spricht die Sprache des Patienten (Ursula Lehr) [23]

In den gesundheitspolitischen Diskussionen werden in letzter Zeit insbesondere die geänderten Erwartungen der Patienten/Konsumenten an den Arzt thematisiert. Auf diese Perspektive soll im Folgenden beispielhaft eingegangen werden.

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 [22]. Und sie verlangen mit Recht, dass man sie als Betroffene in die Lage versetzt, informiert und selbstverantwortlich entscheiden zu

So finden Sie den richtigen Mediziner:  
Entscheidende Fragen zum Praxisbesuch

- 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?

Schlüsselfragen vor chirurgischen Eingriffen:

- 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?
- Wie lange dauert im Schnitt der Klinikaufenthalt?

Tab. 1 Beurteilungskriterien für einen guten Arzt aus der Sicht einer Frauenzeitschrift (Dee, 1997, zitiert bei [10])

Redaktion:  
Prof. Dr. med. Dr. phil. Urban Wiesing,  
Dr. med. Georg Marckmann,  
Universität Tübingen,  
Institut für Ethik und Geschichte der Medizin,  
Schleichstraße 8,  
72076 Tübingen

Rang	Erwartungen von Patienten an den Arzt
1	genügend Zeit haben
2	förderliche Persönlichkeitsmerkmale zeigen (Geduld, Ehrlichkeit, Zuhörenkönnen)
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

Tab. 2 Erwartungen von Patienten an ihren Arzt [Dierks 1995 in 21]

- 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

Tab. 3 Themen und Probleme, die für Patienten relevant sind – Mängelliste des Berliner Selbsthilfeforums [24]

können [21]. 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). Umfassende und verständliche Aufklärung und Beratung sind Grundvoraussetzungen dafür, dass Patienten ihre Eigenverantwortung im Rahmen des medizinischen Betreuungsprozesses wahrnehmen können [23]. 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 [5]). Es ist deshalb nur zu verständlich, dass wirksame Maßnahmen zur Verbesserung von kommunikativer Kompetenz und Informationsmanagement in Arztpraxis und Klinik immer dringlicher angemahnt werden [5, 21, 22, 23].

Aktuelle Erwartungen an ärztliche Kompetenz

Veränderte Erwartungen von Patienten an den Arzt sind nur ein Beispiel für veränderte Rahmenbedingungen der ärztlichen Berufsausübung. Die Veränderungen betreffen ebenso Um-

fang und Verfallszeiten des Wissens, aber auch ethische, ökonomische und strukturelle Aspekte der medizinischen Versorgung. Hieraus ergeben sich neue Erwartungen und Anforderungen an ärztliche Kompetenzen (s. Tab. 4).

In diesem Zusammenhang empfahl der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

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.

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

Tab. 4 Beispiele für Lehrbereiche von ärztlichen Kompetenzen und mögliche assoziierte Disziplinen [5-modifiziert]

der kontinuierlichen professionellen Entwicklung [5]. Dabei wurden als Bereiche mit besonders großem Nachholbedarf unter anderem hervorgehoben:

- das Training psychosozialer und kommunikativer Fähigkeiten
- der Umgang mit Leitlinien
- die Anwendung von klinischer Epidemiologie/evidenzbasierter Medizin [5].

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 [25].

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. 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

- 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 externe 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

Tab. 5 Definition und Praxis der Evidenzbasierten Medizin („EbM“) nach Sackett [25]

„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 [26].

Besonders eindrucksvoll wurde diese Einschätzung kürzlich von H. Wächtler unter dem Titel „Begegnung mit Evidenz-basierter Medizin aus einer Landpraxis heraus“ formuliert. Als Zwischenbilanz ihres Erfahrungsberichtes schreibt die Autorin: „(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“ [28].

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

- Motivation und Entscheidung zur Ergänzung der erfahrungsgestützten ärztlichen Kompetenz durch evidenzgestützte Kompetenz im beruflichen Alltag
  - Erlernen der entsprechenden Techniken sowie deren Anwendung in der ärztlichen Routine [25, 29]
- Besondere Bedeutung kommt dabei – neben dem systematischen Qualitätsmanagement – der Verfügbarkeit/Nutzung praxistauglicher, evidenzbasierter Informationen am Arbeitsplatz (Leitlinien, Übersichtsarbeiten, Patienteninformationen) zu [30, 31].

Die Kunst, heute ein guter Arzt zu sein: 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 [7] – s. Tab. 7) publiziert.

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<sup>1</sup> 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.

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 Verfügungen 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

<sup>1</sup> Koberling übersetzt die englische Originalformulierung „professionalism“ hingegen mit „Berufsethik“

## EbM

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

Tab. 6 Chancen von EbM in der ärztlichen Routine (nach [27])

## Grundlegende Prinzipien

- Das Primat des Patientenwohls (Principle of primacy of patient welfare)
  - Dieses Prinzip basiert auf der grundsätzlichen Verpflichtung, den Interessen des Patienten zu dienen.
  - Altruismusträgt zudem Vertrauen bei, das im Mittelpunkt des Arzt-Patienten-Verhältnisses steht.
  - Ökonomische Interessen, gesellschaftlicher Druck und administrative Anforderungen dürfen dieses Prinzip nicht unterlaufen.
- 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.
- 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

- Verpflichtung zur fachlichen Kompetenz
- Verpflichtung zur Wahrhaftigkeit im Umgang mit Patienten
- Verpflichtung zur Vertraulichkeit
- Verpflichtung zur Pflege angemessener Beziehungen zum Patienten
- Verpflichtung zur ständigen Qualitätsverbesserung
- Verpflichtung zum Erhalt des Zugangs zu medizinischen Leistungen
- Verpflichtung zur gerechten Verteilung begrenzter Mittel im Gesundheitswesen
- Verpflichtung zur Nutzung wissenschaftlicher Erkenntnisse
- Verpflichtung zum angemessenen Verhalten bei Interessenkonflikten
- Verpflichtung zur kollegialen Verantwortung

Tab. 7 Eckpunkte der Charta zur ärztlichen Berufsethik (Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter) [7]

Wohlergehen der einzelnen Patienten, sondern auch auf Bemühungen um eine Verbesserung der Gesundheitssysteme und damit auf das Wohlergehen der Gesellschaft.“ [7].

Anschrift des Verfassers:  
 Prof. Dr. Dr. med. G. Ollenschläger,  
 FRCP Edin  
 Leiter des Ärztlichen Zentrums  
 für Qualität in der Medizin (ÄZQ)  
 Aachener Straße 233–237  
 50931 Köln  
 E-Mail: ollenschlaeger@azq.de

## Literatur

- 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](http://www.die-gesundheitsreform.de/presse/Materialien/BMG_Broschuere.pdf) (Zugriff: 11. Januar 2004)
- Hurwitz, B., Vass, A.: What's a good doctor, and how can you make one? By marrying the applied scientist to the medical humanist. *BMJ* 2002; 325: 667–8
- Wasem, J.: (2000) Die Zukunft der Gesundheitspolitik – Was erwartet die Bevölkerung?, in Leibfried, S., Wagschal, U. (Hrsg.): Der deutsche Sozialstaat. Bilanz – Reformen – Perspektiven. Frankfurt a. M./New York, S. 427–438
- Coulter, A.: Patients' views of the good doctor. *BMJ* 2002; 325: 668–669

- 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](http://www.bundestag.de)
- Roelcke, V., Raspe, H.: Ethik der Planung und Forschung im Gesundheitswesen (Editorial). *Z ärztl Fortbild Qual sich* 2003; 97: 658–659
- Medical Professionalism Project. Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. *Ann Intern Med.* 2002; 136: 243–246. Deutsche Fassung und Kommentierung: Köbberling J. Charta zur ärztlichen Berufsethik. *ZaeFQ sich* 2003; 97: 76–79
- Wettreck, R.: „Arzt sein – Mensch bleiben“: Eine Qualitative Psychologie des Handelns und Erlebens in der modernen Medizin; Münster: LIT Verlag; 1998
- Dörner, K.: Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung. Schriftenreihe der Akademie für Integrierte Medizin. Stuttgart, New York: Schattauer; 2001
- v. Trotschke, J.: Die Kunst, ein guter Arzt zu werden. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber, 2001
- Lown, B.: Die verlorene Kunst des Heilens. Anleitung zum Umdenken. Stuttgart, New York: Schattauer, 2002
- Kreussler, H.: „Was macht den Arzt?“ – Eröffnungsveranstaltung 2001 der Akademie für medizinische Fort- und Weiterbildung. Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 03/2001 S. 7–9
- Geisler, L.: Der gute Arzt. *GEO WISSEN – Die neuen Wege der Medizin.* Nr. 30, Ausgabe September 2002, S. 76–81

- Stein, R.: Die Profession im Rollenkonflikt – Wie bleibt man ein „guter Arzt“? *Berliner Ärzte* 09/2002
- Universität Witten-Herdecke. Pressemitteilung: Was ist ein guter Arzt? (14. 11. 2002) Veranstaltungsreihe „Horizonte der Medizin“ begibt sich auf Spurensuche. <http://notesweb.uni-wh.de/wg/orga/wgorganisation.nsf/name/pmcontent-DE?OpenDocument&ID=CE027BC2DC967F46C1256C7100469C10> (Zugriff: 4. 1. 2004)
- Toellner, R.: Ein guter Arzt – was ist das? *Ärzteblatt Baden-Württemberg* 7/2003
- Nothnagel, H.: Antrittsvorlesung Wien 16. 10. 1882. Zitiert in: Österreichische Akademie der Wissenschaften, ORF (Hrsg.) *Wissenschaft entdecken. Der österreichische Wissenschaftskalender 2004*, 16. Oktober. <http://www.bmbwk.gv.at/>
- Jonitz, G.: Schaltjahr (Editorial) *Berliner Ärzte* 01/2004; [http://www.aerztekammerberlin.de/10\\_Aktuelles/bae/18\\_BERLINER\\_AERZTE/BAEThemen/ThemaArtikel2004\\_01/EditorialJonitz.html](http://www.aerztekammerberlin.de/10_Aktuelles/bae/18_BERLINER_AERZTE/BAEThemen/ThemaArtikel2004_01/EditorialJonitz.html)
- Döblin, A.: (1878–1957, Kassenarzt für Nervenkrankheiten in Berlin 1911–1933). Eine kassenärztliche Sprechstunde. Zitiert von W. Göbel. <http://www.operone.de/spruch/alphaa38.htm> (Zugriff: 12. 1. 2004)
- Delbanco, T., Berwick DM, Boufford, J.I., Edgman-Levitan, S., Ollenschläger, G., Plamping, D., Rockefeller, R.G.: Healthcare in a land called People Power: nothing about me without me. *Health Expect* 2001; 4: 144–150
- Gramsch, E., Hoppe, J.D., Jonitz, G., Richter-Reichhelm, M., Ollenschläger, G., für das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (Hrsg.): *Kompodium Q–M–A. Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung.* Köln, Deutscher Ärzteverlag 2003
- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin. *Curriculum EbM.* Köln 2003. Internet [www.dnebm.de](http://www.dnebm.de)
- Sänger, S.: Editorial Patienteninformationen. *ZaeFQ sich* 2001; 95: 529–530
- Stötzner, K.: Einbindung von Patienten und ihren Anliegen in die evidenzbasierte Medizin. *ZaeFQ* 2001; 95: 131–136
- Ollenschläger, G., Gerlach, F.M., Kirchner, H., Weingart, O.: Über die Umsetzung evidenzbasierter Medizin in den Alltag einer Allgemeinpraxis. *Intern Praxis* 2003; 43: 811–822
- Raspe, H.: Möglichkeiten und Gefährdungen der evidenzbasierten Medizin in Deutschland. In: Kunz, R., Ollenschläger, G., Raspe, H., Jonitz, G., Kolkmann, F.W. (Hrsg.): *Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis.* Köln: Deutscher Ärzteverlag; 2000, S. 50–61
- Gerlach, F.M., Beyer, M.: EbM in der Praxis des niedergelassenen Arztes. In: Kunz, R., Ollenschläger, G., Raspe, H., Jonitz, G., Kolkmann, F.W. (Hrsg.) *Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis.* Köln: Deutscher Ärzteverlag; 2000, S. 69–82
- Wächtler, H.: Begegnung mit Evidenzbasierter Medizin aus einer Landpraxis heraus. *Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt* 2002; Heft 01: 62–63
- Kunz, R., Weingart, O., Jonitz, G., Engelbrecht, J., Antes, G., Ollenschläger, G. (2002): *Das Curriculum Evidenzbasierte Medizin von ÄZQ und DNEbM – Einführung zum 1. Grundkurs EbM der Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Netzwerk EbM.* Dtsch Ärztebl 2002; 99: A-2685–2686
- 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
- Europarat. Methodology for drawing up guidelines on best medical practices. Empfehlung Rec (2001) 13, deutschsprachige Version. *ZaeFQ* 2002; Suppl III