



105. Deutscher Ärztetag vom 28. bis 31. Mai 2002 in Rostock**Tagesordnungspunkt II****"Individualisierung oder Standardisierung in der
Medizin? - Orientierung des Arztbildes in einer
sich wandelnden Gesellschaft"****Referat des Präsidenten der Arbeitsgemeinschaft der
Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF),
Prof. Dr. Albrecht Encke, Frankfurt am Main**

Der technische und Erkenntnisfortschritt der Medizin in Diagnostik und Therapie, die nicht zuletzt damit verbundene demographische Entwicklung und die weltweit notwendige Diskussion über die Finanzierbarkeit bzw. Allokation der vorhandenen Ressourcen in den verschiedenen Gesundheitssystemen haben zu einer breiten gesellschaftlichen Auseinandersetzung, vorwiegend unter ökonomischen Aspekten, geführt. Politiker, anerkannte und selbsternannte Gesundheitsexperten, Kostenträger und die Leistungserbringer (Krankenhausträger, Ärzteschaft, Industrie, nichtärztliche Heilberufe) vertreten unterschiedliche Konzepte und Forderungen.

In dieser Situation fühlt sich die Ärzteschaft zu einer Standortbestimmung des eigenen Berufsbildes verpflichtet. Die Bundesärztekammer (BÄK) und die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) haben eine gemeinsame Arbeitsgruppe gebildet, die den Ihnen vorliegenden Entschließungsantrag formuliert und darüber hinaus wichtige Denkanstöße gegeben hat. In meinem Referat gehe ich von folgenden Prämissen aus:

1. Das Bild des Arztes, d.h. sein Selbstverständnis hat sich in seiner grundsätzlichen ethischen Einstellung nicht verändert, muß aber unter den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen eine Ergänzung erfahren.
2. Die Krankenbehandlung ist personenorientiert. Eine Krankheitsbehandlung erfordert Regelkenntnisse. Die rasanten Fortschritte der Regelerkenntnisse drohen die Patientenorientierung zu verdrängen.
3. Der Arzt ist nach wie vor der geeignetste Anwalt des akut, chronisch oder prospektiv erkrankten Menschen.
4. Die ohne Zweifel notwendigen gesundheitsökonomischen Überlegungen dürfen die primäre Bedeutung der Persönlichkeit des Arztes in der Arzt-Patienten-Beziehung und das dringendste Anliegen des Patienten - Hilfe, Heilung, zumindest Linderung der Beschwerden - nicht verdrängen.

"Die Medizin wird Naturwissenschaft sein oder sie wird nicht sein". Diesem, dem großen Straßburger Internisten Bernhard Naunyn (1839-1925) zugeschriebenen Zitat möchte ich eins des Chirurgen Martin Kirschner (1879-1942) hinzufügen: "Nicht die Operation, sondern der Operateur rettet den Patienten".

Von meinem Vorredner Friedrich Wilhelm Kolkmann haben Sie eben gehört, daß die Medizin keine reine Naturwissenschaft, sondern eine empirisch begründete Hand-lungswissenschaft ist, die sich komplexer wissenschaftlicher Methoden bedient. Entscheidend ist das Primat einer wissenschaftlich begründeten Medizin.

Die wissenschaftliche Chirurgie - mein eigenes Fachgebiet - begann vor 150 Jahren mit Theodor Billroth, der im Jahre 1852 in Berlin promovierte. Im gleichen Jahr schrieb übrigens die preußische Staatsregierung per Gesetz die Gleichwertigkeit der Chirurgie mit anderen medizinischen Fachgebieten fest. Der auch für den Laien sichtbare Siegeszug der operativen Medizin führte einerseits zur "Überhöhung" des Arztes (Chirurgen), andererseits in den letzten Jahren zunehmend auch zur Kritik an dessen Autorität und seiner ethischen Verlässlichkeit.

Derzeit überwiegen in den Medien Negativberichte und Kritik am ärztlichen Handeln, in der Gesundheitspolitik Maßnahmen zur Reduzierung oder stärkeren Kontrolle der ärztlichen Berufsautonomie, innerärztlich ein hohes Maß an Berufsunzufriedenheit und - besonders bedenklich - bei unserem ärztlichen Nachwuchs die grundsätzliche Kritik der ärztlichen Aus- und Weiterbildung sowie ein (schneller) Verlust der idealistischen Berufsmotivation ("kranken Menschen helfen zu wollen"). Hierzu haben vor allem äußere Faktoren beigetragen: die Ausbeutung der ärztlichen Arbeitskraft auf der einen und ein unsinniges Arbeitszeit-gesetz auf der anderen Seite, eine im Vergleich mit anderen Berufen unakzeptable Reduzierung der Einkommenserwartung, eine Überfrachtung mit nichtärztlichen Aufgaben und Vorschriften, insbesondere im Bereich der bereits mehrfach angesprochenen Dokumentation. - Jürgen v. Troschke spricht von einer De-Professionalisierung des Arztberufes.

De-Professionalisierung des Arztberufes

- „Entzauberung „ von Theorie, Praxis und Lehre
- Glaubwürdigkeitsverluste
- „Ökonomisierung“ des professionellen Selbstverständnisses
- Machtverluste gegenüber den anderen Gesundheitsberufen
- Reduzierung der Selbstverwaltungsautonomie
- drohende Verluste des Sicherstellungsauftrages
- wachsende gesellschaftliche Kontrolle
- Status- und Reputationsverluste

J. v. Troschke, 2002

Die Fortschritte der Medizin in Diagnostik und Therapie bedingen, daß Wissen von Spezialisten gebündelt werden muß (z.B. durch interdisziplinäre Kompetenzzentren oder -netze, in der Onkologie, Gefäßmedizin, Transplantation, Intensivmedizin), daß der Erkenntnisfortschritt dem Patienten ohne Zeitverzug zugute

kommen muß, er vor unnötigen manchmal gefährlichen invasiven diagnostischen und therapeutischen Eingriffen geschützt wird, und nicht zuletzt dürfen die Vorzüge unseres bisherigen sehr sozialen Gesundheitssystems nicht durch vorwiegend gesundheitsökonomische Überlegungen geopfert werden.

Der Internist Hans Peter Schuster hat die Ansprüche an das Arztbild der Gegenwart in der angesprochenen Arbeitsgruppe von BÄK und AWMF treffend formuliert:

ANSPRÜCHE AN DAS ARZTBILD DER GEGENWART

(H.P. Schuster, 2002)

- Managementkompetenz im unmittelbar Kompetenz in wissenschaftlicher Medizin (Fundiertes eigenes Wissen; Berücksichtigung äußeren, evidenzbasierten Wissens; Glaubwürdigkeit der Wissens-kompetenz, z.B: durch CME)
- Kompetenz durch Erfahrung
- Kompetenz durch persönliche Haltung und Zuwendung
- Selbstkritik und insbesondere Verantwortung bezüglich des Risikos ärztlicher Fehlentscheidungen
- Kompetenz als Anwalt der Patienten (Mitverantwortung für die Aufteilung verfügbarer Ressourcen)
- Kommunikative Kompetenz (Arztgruppen, andere Gesundheitsberufe, Selbsthilfegruppen, nichtärztund mittelba-ren ärztlichen Bereich Praxis, Krankenhaus (Qualitäts-management, Eigenverantwortung (Controlling), Information (Prävention) u.a.)

Unabdingbar ist die Kompetenz des Arztes in wissenschaftlicher Medizin durch den Erwerb fundierten eigenen Wissens, die Berücksichtigung äußeren, "evidenz"basierten Wissens und die Erhaltung der Glaubwürdigkeit seiner Wissenskompetenz durch eine kontinuierliche, m.E. auch überprüfbare Fortbildung (continuous medical education = CME). Unverzichtbar und ganz entscheidend für den hilfeschenden Patienten ist die Kompetenz des Arztes durch seine Erfahrung, sein handwerkliches Können, durch seine persönliche Haltung und seine ärztliche Zuwendung. "Ethik gründet sich auf die Definition des Menschen als einem eigenständigen, einmaligen und unersetzlichen Individuum mit einem persönlichen Sinn, mit eigenen Vorstellungen vom Leben sowie einer eigenen unantastbaren Würde. Diese ist unabhängig von Alter, Gesundheit, Krankheit, Pflegebedürftigkeit, Orientierung, Leistung und sozialem Umfeld", so der Hamburger Chirurg H. W. Schreiber.

Das in der Geschichte menschlicher Beziehungen einmalige Vertrauen, das ein Kranker seinem Arzt und in den operativen Fächern insbesondere dem Operateur entgegenbringt, muß durch ein ausgeprägtes Verantwortungsbewußtsein erwidert werden. Der Kranke ist in seiner Entscheidung zu einem Eingriff von dem Wissen, der Erfahrung, dem Können, der Persönlichkeit und der kulturellen und gesellschaftlichen Einbindung des Arztes abhängig. Er muß ihm vertrauen und eben dies kann er nur auf der Basis der gemeinsamen Anerkennung verbindlicher Regeln. Moderne Risikoeingriffe oder z.B. die Einleitung und Fortführung einer intensivmedizinischen Behandlung machen es dabei für die unmittelbar Beteiligten oft schwer, verlässliche Grenzen zu erkennen, da die Maßstäbe ständig fortgeschrieben werden. Was gestern noch als Grenzüberschreitung galt, ist heute nicht selten bereits unerläßlicher Bestandteil eines erfolgversprechenden Therapiekonzeptes.

Dennoch gilt unverändert: Es gibt keine Ausnahme von der ärztlichen Ethik; und juristisch wiegt die

voluntas aegroti als absolut verbindlich und höher als das vom Arzt oder gar einer Institution eingeschätzte Salus aegroti.

Angesichts der technischen Möglichkeiten der modernen Medizin hat die Ausbildung, vielleicht besser ausgedrückt die Heranbildung des jungen Arztes zu einer Arztpersönlichkeit, die sich ihrer ethischen Verantwortung für den ihr anvertrauten individuellen Patienten bewußt ist, auch in Zukunft unveränderte, vielleicht sogar vermehrte Bedeutung. Denn Ausbildung kann heute zum Teil in externen Kursen und virtuell vermittelt werden, Bildung lebt vom Vorbild des Lehrers und dem Austausch von Lehrer und Schüler bzw. Älterem und Jüngerem in einer begründeten Hierarchie.

Die ärztliche Selbstkritik und die Übernahme der Verantwortung bezüglich des Risikos ärztlicher Fehlentscheidungen ist unverändert bedeutsam und angesichts der Chancen, aber auch der Risiken der modernen Medizin ebenfalls ein wesentlicher Teil ärztlicher Kompetenz. In den USA kommen pro Jahr 44.000 - 98.000 Menschen durch Behandlungsfehler zu Tode und noch mehr zu Schaden.

Ärztinnen und Ärzte sind der geeignetste Anwalt des individuellen Patienten, tragen aber durch ihre Mitwirkung bei der Aufteilung verfügbarer Ressourcen auch eine hohe allgemeine Verantwortung. Wir dürfen einerseits keine qualitätsgefährdenden Kompromisse bei der Behandlung des Einzelnen und bei der Erstellung von "Leitlinien" eingehen, müssen aber vernünftige Kostenaspekte gegenüber der Solidargemeinschaft aller Krankenversicherten sehr wohl berücksichtigen. Der erste Satz unserer Berufsordnung lautet nämlich: " Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes".

ANSPRÜCHE AN DAS ARZTBILD DER GEGENWART (H. P. Schuster, 2002)

- **Kompetenz in wissenschaftlicher Medizin**
- **Kompetenz durch Erfahrung**
- **Kompetenz durch persönliche Haltung und Zuwendung**
- **Selbstkritik und Verantwortung bezüglich des Risikos ärztlicher Fehlentscheidungen**
- **Kompetenz als Anwalt des Patienten**
- **Kommunikative Kompetenz**
- **Managementkompetenz in unmittelbaren und mittelbaren ärztlichen Bereichen**

Kopetsch, KBV Dez. 2001

Die beiden letztangeführten Kompetenzen der Kommunikation und des Management haben in den letzten Jahren eine Ausweitung und Aufwertung erfahren und bedingen in der Tat auch eine wichtige Ergänzung des modernen Arztbildes. Der Patient hat ein Anrecht auf interdisziplinäre ärztliche Kompetenz, Konsens und Kontinuität seiner Behandlung und dies erfordert Kommunikation. Krankheitsorientierte Leitlinien und Kompetenzzentren oder -netze sind eine legitime Forderung der Gesellschaft, müssen aber durch die

Ärzeschaft wissenschaftlich definiert und ausgefüllt werden. Die kompetente Kommunikation mit anderen Gesundheitsberufen, Selbsthilfegruppen, der nichtärztlichen Öffentlichkeit, insbesondere der Politik ist für alle Beteiligten unabdingbar. Als Negativbeispiel möchte ich das Auseinanderdriften von ärztlicher Tätigkeit und Pflege nennen, als positives Beispiel die heute deutlich engere Kooperation zwischen Ärzteschaft und Administration im Krankenhaus. Zuletzt die besondere Managementfunktion des Arztes einschließlich der notwendigen Eigenverantwortung, z.B. für ein Qualitätsmanagement, einen Informationsaustausch, die ärztliche und nichtärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung. Wer gesellschaftliche Ressourcen verbraucht, hat der Gesellschaft gegenüber auch eine Pflicht zur Qualitätssicherung. Ältere Kolleginnen und Kollegen werden mir entgegenhalten: Haben wir diese Anforderungen an das ärztliche Profil nicht immer schon nach bestem Wissen und Gewissen erfüllt? Hierzu muß ich sagen: Im Kern ja, aber die Realität vor Ort sieht häufig anders aus.

Herr Kolkmann hat in seinem Referat die Überflutung und Behinderung der ärztlichen Tätigkeit durch Empfehlungen, Leitlinien, Richtlinien, Standards, medizinische Ratschläge nicht ärztlich tätiger Gesundheitsexperten, überzogene Forderungen bzw. Einschränkungen der Kostenträger und eine hektische, ideologielastige, wahltaktische Gesundheitspolitik mit deutlichen Nachteilen für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, aber dennoch keinen echten Einspareffekten in den Vordergrund gestellt. Die eigene Teilnahme an einer der Arbeitsgruppen des "Runden Tisches" im Gesundheitswesen (Zukunft der Versorgung in Krankenhäusern) hat mir die Schwierigkeiten bzw. Unmöglichkeit eines vernünftigen Konsens vor Augen geführt.

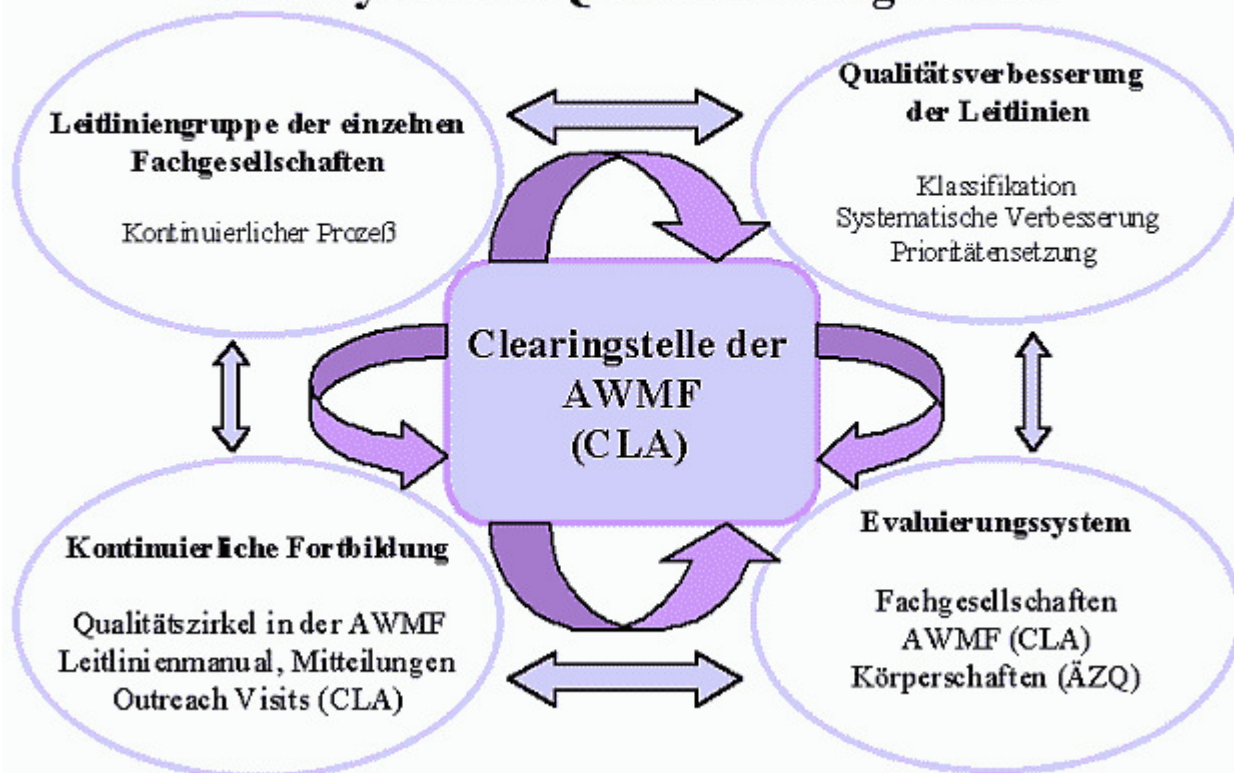
Sie stimmen sicherlich alle mit Herrn Kolkmann und mir darin übereinstimmen, daß jede ärztliche Tätigkeit und jede medizinische Maßnahme primär auf wissenschaftlicher Basis erfolgen müssen. Ich hoffe, daß Sie auch darin mit mir übereinstimmen, daß der wissenschaftliche Standard der Medizin durch die Medizinischen Fachgesellschaften definiert werden muß. Die ärztlichen und nichtärztlichen Körperschaften müssen sich der wissenschaftlichen Erkenntnisse der Fachgesellschaften bedienen, sie gegebenenfalls auf ihre Praxistauglichkeit überprüfen, dürfen sich aber in der Empfehlung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und Vorschriften grundsätzlich nicht über wissenschaftliche Erkenntnisse hinwegsetzen. Dabei setze ich voraus, daß auch der weltweite Erkenntnisfortschritt in den Wissenschaftlichen Fachgesellschaften zur Verfügung steht und berücksichtigt wird.

Die von den Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften unter Leitung der AWMF seit 1994 auf Anregung des "Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen" erarbeiteten und methodisch ständig weiterentwickelten medizinischen "Leitlinien" werden häufig von äußeren "Experten" in Zweifel gezogen oder um der schnellen Einführung gesetzlicher Bestimmungen (Koordinierungsausschuß, Disease-Managementprogramme) und mutmaßlicher Kosteneinsparungen der Krankenkassen inhaltlich verfälscht. Lauterbach und Mitarbeiter bescheinigen dem deutschen Gesundheitssystem zwar durchaus Vorteile, empfehlen aber aus gesundheitsökonomischen und gesundheitspolitischen Gründen die beliebige Übernahme von "passenden" Leitlinien aus anderen Ländern. Die Gesundheitsministerin möchte schließlich Ärzte und Krankenkassen von der Erstellung von Leitlinien ganz ausschließen und diese Aufgabe einem Nationalen Institut übertragen (FAZ vom 12. 04. 2002).

Die Hinzufügung der evidence-based medicine (EBM), einer attraktiven Wissenschaftshypothese, hat die Problematik noch verschärft. Herr Kolkmann ist auf die Definition und den Gewinn durch "evidenz"basierte Leitlinien bereits eingegangen. Wir alle wissen, daß ein nicht geringer Anteil von Erkrankungen durch "evidenz"basierte Leitlinien nicht abgebildet werden kann. Gerade in den operativen Fächern wäre die Einführung neuer Operationsmethoden oder Indikationen, wie z.B. die heute in 80% mögliche konservative Behandlung von stumpfen parenchymatösen Organverletzungen, mit Hilfe klinischer Studien überhaupt nicht möglich gewesen.

Die AWMF hat die Anregung des Sachverständigenrates aus dem Jahre 1994 aufgenommen und mit Hilfe einer kompetenten Leitlinienkommission eine Methodik zu deren Erstellung erarbeitet, deren Einhaltung aus wissenschaftlicher und ärztlicher Sicht für alle "Leitlinien" gilt.

Entwicklung von Leitlinien in der AWMF - ein System im Qualitätsmanagement -



Drei-Stufen-Prozeß der Leitlinienentwicklung der AWMF

1. Stufe: Expertengruppe (S 1)

- Repräsentativ zusammengesetzte Gruppe der Fachgesellschaften
- Informeller Konsens
- Verabschiedet vom Vorstand

2. Stufe: Formale Konsensusfindung (S 2)

- Vorhandene Stufe S 1
- Formale Konsensusfindungsmethode (Nominaler Gruppenprozeß, Delphi, formale Konferenz)
- Diskussion Evidenz (mit Literatur)
- Mitarbeit von Methodikern

3. Stufe: Alle Elemente systematischer Erstellung (S 3)

- Konsens
- Logik (klin. Algorithmus)
- Evidenz-Basierung
- Entscheidungsanalysen (Kosten-Effektivität)
- Outcome-Analyse

BÄK und KBV haben parallel dazu die Ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung (ÄZQ) als Clearingstelle für die Praxis geschaffen. An dieser Stelle möchte ich den beiden Moderatoren Wilfried Lorenz (AWMF) und Günther Ollenschläger (ÄZQ) für ihr Engagement und Ihre Kooperation danken. Die individuelle Behandlung von Patienten und die Anwendung wissenschaftlich begründeter Leitlinien

sind keine Gegensätze, sondern müssen sinnvoll miteinander verbunden werden. Die Berücksichtigung der evidence-based medicine in Ihrer ursprünglichen Bedeutung kann dabei durchaus hilfreich sein.

Evidenzbasierte Medizin

- "... die gewissenhafte, explizite und angemessene Anwendung der besten vorhandenen Daten ("evidence") aus der Gesundheitsforschung, um bei der Behandlung und Versorgung von konkreten Patienten Entscheidungen zu treffen"

David Sackett, BMJ 1996; 312:71-2

Kern der EBM ist die Nutzung der bestmöglichen "Evidenz" äußeren Wissens für die Behandlung des individuellen Patienten. Dabei muß dringend angemerkt werden, daß EBM nicht allein mit klinischen Studien gleichgesetzt werden darf, daß die EBM durch die Praxis bedingt verschiedene "Evidenz"grade berücksichtigen muß, und daß je nach Krankheitsbild auch Leitlinien mit geringerer "Evidenz", aber kompetentem Expertenwissen in der Praxis sehr hilfreich oder gar der einzige Weg sein können. Leitlinien sind keine Richtlinien oder Standards. Sie dürfen nicht ohne wissenschaftliche Überprüfung von einzelnen Partnern des Gesundheitssystems je nach Beliebigkeit gebraucht oder mißbraucht werden. Die vorschnelle Verankerung derartiger Begriffe in Gesetzestexte - in der Regel nach Anhörung von Interessenvertretern, aber nicht von anerkannten ärztlichen Wissenschaftlern - die Androhung, gegebenenfalls Leitlinien außerhalb unseres Landes "einzukaufen" oder gar die politische Androhung, die Erstellung von Leitlinien den Ärzten und Krankenkassen zu entziehen und einem nationalen Institut zu übertragen, ist aus Sicht der Ärzteschaft und der Medizinisch Wissenschaftlichen Fachgesellschaften völlig unakzeptabel. Hier haben wir eine Aufklärungspflicht gegenüber der Öffentlichkeit und den erkrankten Menschen. Diese wollen nämlich nicht als Kunden wirtschaftlich erfolgreich operierender Krankenhausträger oder Krankenkassen noch als attraktive oder unattraktive DRG Fälle mißbraucht, sondern unter Berücksichtigung des aktuellen Standes wissenschaftlicher Erkenntnisse mit ihrem individuellen Krankheitsbild behandelt werden. Die BÄK hat mit dem Angebot eines "Nationalen Leitlinienprogramms" unter Einbindung der Medizinisch Wissenschaftlichen Fachgesellschaften einen vernünftigen Vorschlag gemacht. Beide, BÄK und AWMF, haben bei der unter Zeitdruck erfolgten Erstellung nationaler Leitlinien für die ersten vier Krankheitsbilder des "Disease Management Programms" aus meiner Sicht ihre schnelle und flexible Kompromissbereitschaft auf dem Boden wissenschaftlicher Daten unter Beweis gestellt. Von der Politik und den Kostenträgern erwarten wir allerdings noch ein klares Bekenntnis zur Finanzierung derartiger Leitlinienprogramme.

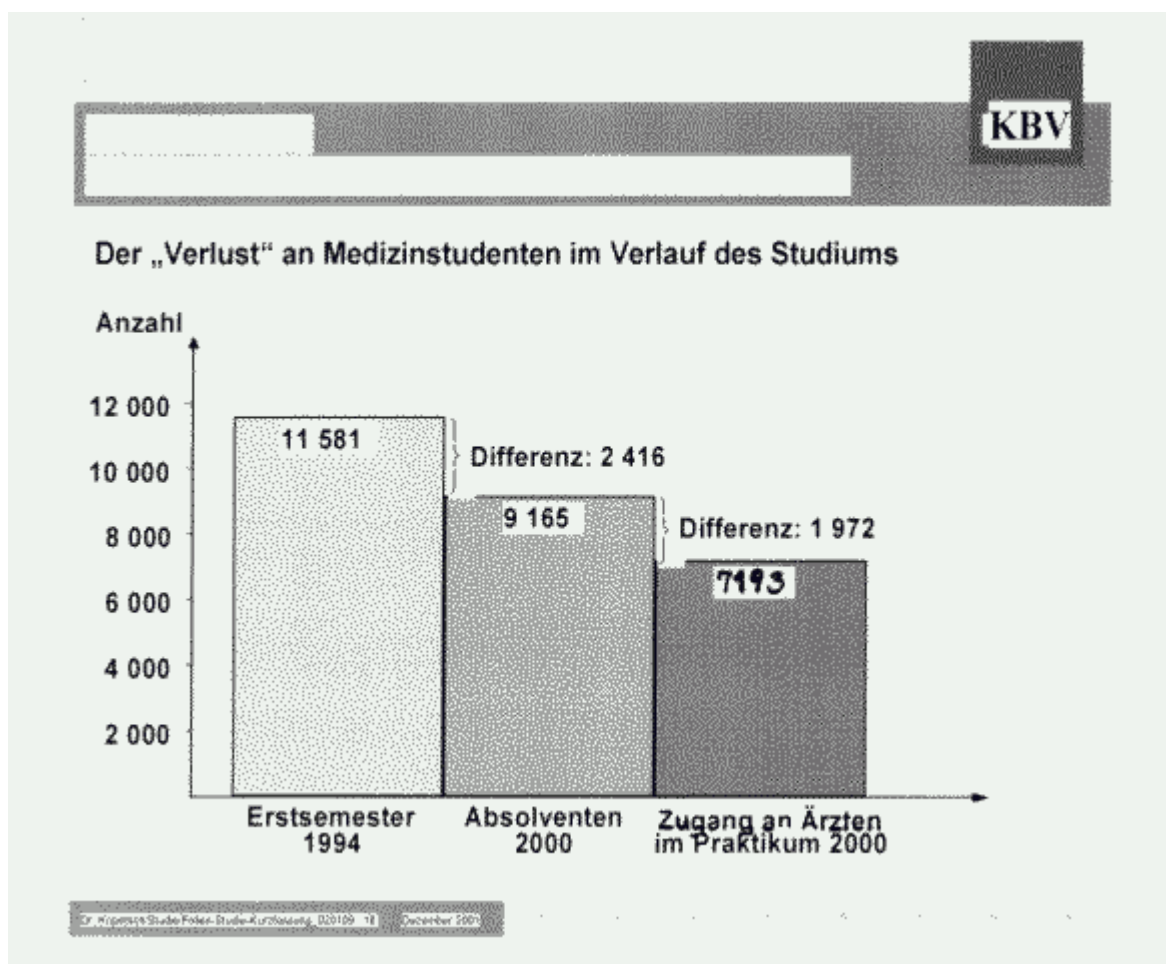
Lassen Sie mich als zweites Beispiel der Veränderung des Arztbildes auf den gegenwärtigen Nachwuchsmangel eingehen. Durch Erhebungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) wissen

wir, daß die Zahl der Medizinstudenten bei konstanter Zahl von Studienanfängern in den letzten sieben Jahren um 11,3% zurückgegangen ist.

Ärztliche Nachwuchsentwicklung:

- Zahl der Studienanfänger konstant
- Zahl der Medizinstudenten in den letzten sieben Jahren um 11,3% zurückgegangen
- Zahl der Absolventen in den letzten sechs Jahren um 23% gesunken
- Zahl der Studienabbrecher bzw. Studienplatzwechsler ansteigend (ca. 2.400 jährlich, 20% eines Studienjahrgangs)
- Zahl der Ärzte im Praktikum von 1994 bis 2000 um 25% gesunken
- Zahl der Approbationen im gleichen Zeitraum um 22% zurückgegangen
- Bei Facharztanerkennungen leicht rückläufige Tendenz

Kopetsch, KBV Dez. 2001



Die Zahl der Absolventen des Medizinstudiums ist in den letzten sechs Jahren um 23% gesunken. Die Zahl der Studienabbrecher bzw. Studienplatzwechsler ist steigend. Die Zahl der Ärzte im Praktikum hat zwischen 1994 und 2000 um ein Viertel abgenommen, die Zahl der Approbationen im gleichen Zeitraum um 22%. Auch unter den Ärzten mit abgeschlossener Ausbildung (Approbation) ist eine zunehmende Abwanderung von Ärztinnen und Ärzten in nichtärztliche Tätigkeiten oder das Ausland zu registrieren. Dies trifft in besonderer Weise die operativen Fächer. Die Gründe für berufliche Alternativen von Absolventen des Medizinstudiums - nach deren eigener Erhebung - sollten uns zu denken geben:

GRÜNDE FÜR BERUFLICHE ALTERNATIVEN VON ABSOLVENTEN DES MEDIZINSTUDIUMS

- Arbeitszeit
- Mangelhafte Strukturierung der Ausbildung
- Kurzzeitverträge
- Unattraktive Endpositionen
- Nichtärztliche Tätigkeiten (Dokumentation)
- Niedrige Einkommenserwartung
- Lebensqualität

Arbeitszeit, Arbeitszeitgesetz; mangelhafte Strukturierung der studentischen Ausbildung und der Facharztweiterbildung. Letztere wird in der Regel nicht als Bildungsordnung aufgefaßt, sondern als Strukturordnung von den verschiedenen Interessenvertretern mißbraucht. Kurzzeitverträge. Unattraktive Endpositionen. Nichtärztliche Tätigkeiten, insbesondere im Bereich der Dokumentation, die niedrige Einkommenserwartung und die veränderten Ansprüche unserer Gesellschaft auch der jüngeren Ärztegeneration, an die Lebensqualität. Alle diese Themen müssen dringend angegangen werden, um das zukünftige Arztbild für unsere nachrückenden Kollegen, darunter nicht zuletzt für die Hälfte aller, nämlich unsere Kolleginnen mit ihrer besonderen Problematik zwischen Beruf und Familie wieder attraktiv erscheinen zu lassen.

Ich fasse zusammen:

Die ethischen Grundwerte des Arztbildes - Wissenschaftlichkeit, Erfahrung, persönliche Haltung und menschliche Zuneigung - haben einen unverändert hohen Stellenwert. Die Berücksichtigung der Entwicklung der modernen Medizin und die Erwartungen unserer Gesellschaft erfordern aber zusätzliche Qualifikationen - die Überprüfung und Erhaltung fundierten wissenschaftlichen Wissens, kommunikative Kompetenz über das direkte Arzt-Patientenverhältnis hinaus, die Gewährung einer medizinischen Qualitätssicherung und eine Managementkompetenz, die nicht zuletzt auch wirtschaftliche Überlegungen für die Solidargemeinschaft ernst nimmt.

Zurück zur Liste der [Vorträge von AWMF-Repräsentanten](#)

Zurück zur [AWMF online-Leitseite](#)

© [AWMF online](#), Düsseldorf

HTML-Code optimiert: 11.06.02 11:04:20