

GESUNDHEITSSYSTEM BRD MODUL MFC-GES

Q-Fitness Academy

Inh. Win Silvester, Saarbrückener Str. 66, 53117 Bonn
Tel.: 0228 – 645052, info@q-fitness.de

Stand: 01.2016

Verfasser: Win Silvester

Fotos: Creative Commons

Layout: Alexander Ockel

Seien Sie vorsichtig mit Gesundheitsbüchern –

Sie könnten an einem Druckfehler sterben.

(Mark Twain)

Hinweis:

Die Aussagen, Hinweise und Ratschläge in diesem Manual sind sorgfältig erarbeitet worden, dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr. Eine Haftung der Verfasser für Personen-, Sach- und Vermögensschäden, die aus den im Manual gemachten Hinweisen und Ratschlägen resultieren, ist ausgeschlossen.

1. EINLEITUNG	5
1.1. ÖFFENTLICHE GESUNDHEIT	8
1.2. PRÄVENTION	9
2. GESUNDHEITSVORSORGE	14
3. REHABILITATION	15
4. DER ARZT	16
4.1. DAS GENFERE GELÖBNIS DES WELTÄRZTEBUNDES	16
5. DER PATIENT	20
6. PROBLEME IM GESUNDHEITSSYSTEM	21
6.1. INTERESSENSKONFLIKTE	21
7. RECHTLICHE GRUNDLAGEN	24
7.1. GESETZ GEGEN DEN UNLAUTEREN WETTBEWERB	24
7.2. GESETZ ÜBER DIE WERBUNG AUF DEM GEBIETE DES HEILWESENS	24
7.3. DIE PATIENTENVERFÜGUNG	24
8. GESUNDHEITSBILDUNG	25
9. FAZIT	26
10. LITERATUR	28
11. LINKS	28

1. Einleitung

Die Fortschritte der modernen Medizin haben viele Schrecken der letzten Jahrhunderte zumindest in unseren Breitengraden fast vollständig ausgerottet: Seuchen gibt es nicht mehr, moderne bildgebende Verfahren erlauben die Früherkennung möglicher Gefahren, Chirurgie und Pharmazie finden immer zielgerichtetere Methoden und Medikamente, Menschen zu helfen.

Zur Gesundheit im ganzheitlichen Sinne gehört jedoch sehr viel mehr. Die Konzepte der Salutogenese, der positiven Psychotherapie und der modernen Glücksforschung zeigen Wege auf, Menschen dem Ziel ganzheitlicher Gesundheit näher zu bringen.

Das deutsche Gesundheitssystem, entstanden im 19. Jh, hatte das Ziel, die Erwerbsfähigkeit der arbeitenden Klasse wiederherzustellen (nach Krankheit oder Unfall). Und genau so ist Gesundheit auch heute noch im Sozialgesetzbuch verankert.

Mehr als je zuvor ist die Medizin heute eine gesellschaftliche und nicht mehr eine rein individuelle Tätigkeit. Sie wird im Rahmen einer vom Staat und von Wirtschaftsunternehmen bereitgestellten Organisations- und Finanzierungsstruktur ausgeübt. Sie ist im Hinblick auf ihre Wissensgrundlagen und ihre Therapien auf die öffentliche und die privatwirtschaftliche medizinische Forschung und Produktentwicklung angewiesen. Sie bedarf für viele ihrer Verrichtungen komplexer Gesundheitseinrichtungen. Sie behandelt Krankheiten und Beschwerden, die ihrem Ursprung nach ebenso gesellschaftlicher wie biologischer Art sind.¹

Aufgabe: Verschaffen Sie sich einen Überblick über den Aufbau des deutschen Gesundheitssystems über die Bundeszentrale für politische Bildung.

Quelle:

<https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/>

Folgende Inhalte sind zu erarbeiten: Merkmale des deutschen Gesundheitswesens: Bismarcks Erbe

- Institutionen und Akteure im Gesundheitswesen
- Finanzierung: die gesetzliche Krankenversicherung (GKV)
- Die Pflegeversicherung
- Versorgung und Regulierung
- Lobbyismus in der Gesundheitspolitik

¹ Ethik S. 52

Um zu verstehen, warum das System heute so ist, wie wir es kennen, ist es hilfreich, die Historie zu verstehen

Mittelzuweisung

In jedem Land der Welt, auch in den reichsten unter ihnen, besteht eine schon heute tiefe und ständig zunehmende Kluft zwischen den Erfordernissen und Wünschen im Bereich der Gesundheitsversorgung und den verfügbaren Mitteln,

um diese Leistungen zu ermöglichen. Aufgrund dieser Kluft müssen die vorhandenen Ressourcen auf eine bestimmte Weise rationiert werden. Eine Rationierung im Gesundheitswesen oder, wie es häufiger heißt, „Mittelzuweisung“ erfolgt auf drei Ebenen:

- Makroebene

Auf der höchsten Ebene („Makroebene“) entscheiden die Regierungen, welcher Teil des Gesamtbudgets in die Gesundheit gehen soll, welche Gesundheitsleistungen kostenlos erbracht und welche entweder direkt von Patienten oder von ihren Krankenkassen bezahlt werden müssen; ferner wie viel im Rahmen des Haushalts Ärzten, Pflegepersonal und anderen Heilberuflern als Vergütung zufließen soll, was Krankenhäuser und andere Einrichtungen für Kapital- und Betriebskosten erhalten sollen sowie was für Forschung, die Ausbildung von Gesundheitsfachleuten oder die Behandlung bestimmter Krankheiten wie Tuberkulose oder AIDS usw. aufzuwenden ist.

- Mesoebene

Auf der institutionellen Ebene („Mesoebene“), zu der Krankenhäuser, Kliniken, Einrichtungen der Gesundheitsversorgung usw. gehören, entscheiden die Behörden über die Art der Mittelzuweisung: Welche Leistungen sollen erbracht werden, wie viel soll für Personal, Ausrüstungen, Sicherheit, andere Betriebskosten, Renovierungsarbeiten, Erweiterungsbauten usw. ausgegeben werden.

- Mikroebene

Auf der Ebene des individuellen Patienten („Mikroebene“) entscheiden Heilberufler, insbesondere Ärzte, welche Untersuchungen angeordnet werden sollten, ob eine Überweisung an einen anderen Arzt erforderlich ist, ob der Patient stationär aufgenommen werden sollte, ob ein Markenpräparat an Stelle eines Generikums nötig ist usw.

Schätzungen zufolge sind Ärzte für die Veranlassung von 80% der Gesundheitskosten verantwortlich, und trotz des Vordringens des Managed Care-Modells verfügen sie immer noch über einen beträchtlichen Ermessensspielraum in Bezug auf die Ressourcen, zu denen ihre Patienten Zugang erhalten.

Die auf jeder dieser Ebenen getroffenen Entscheidungen enthalten eine wichtige ethische Komponente, da sie auf Wertvorstellungen beruhen und weit reichende Folgen für die Gesundheit und das Wohlergehen des Einzelnen wie der jeweiligen Gemeinschaft haben. Auch wenn Ärzte von Entscheidungen auf allen Ebenen betroffen sind, engagieren sie sich doch am stärksten auf der Mikroebene. Hier liegt darum der Schwerpunkt der nachfolgenden Darlegungen.

Von Ärzten wurde traditionell erwartet, allein den Interessen ihrer eigenen Patienten zu dienen, ohne den Bedürfnissen anderer Rechnung zu tragen. Ihre ethischen Grundwerte des Mitgefühls, des Sachverstands und der Eigenständigkeit waren auf die Deckung der Bedürfnisse ihrer eigenen Patienten ausgerichtet. Dieses individualistische Herangehen an die ärztliche Ethik überlebte den Übergang vom ärztlichen Paternalismus zur Patientenautonomie, bei der der Wille des einzelnen Patienten zu dem Hauptkriterium für die Entscheidung wurde, welche Mittel er erhalten sollte. In letzter Zeit ist allerdings ein anderer Wert, die Gerechtigkeit, zu einem wichtigen Faktor der medizinischen Entscheidungsfindung geworden. Sie zieht einen stärker gesellschaftlich geprägten Ansatz für die Ressourcenverteilung nach sich, bei dem die Bedürfnisse anderer Patienten berücksichtigt werden. Diesem Ansatz zufolge sind Ärzte nicht nur für ihre eigenen Patienten, sondern in gewissem Maße auch für andere verantwortlich.²

Dieses neue Verständnis der Rolle des Arztes bei der Ressourcenallokation kommt in den Ethikkodizes vieler nationalen Ärzteorganisationen sowie in der

Deklaration von Lissabon zu den Rechten des Patienten des Weltärztebundes zum Ausdruck, wo es heißt:

„In den Fällen, wo für eine spezielle Behandlung, die nur in begrenztem

Maße zur Verfügung steht, unter mehreren Patienten eine Auswahl getroffen werden muss, haben all' diese Patienten das Recht auf ein faires

Auswahlverfahren für diese Behandlung. Diese Auswahl muss auf medizinischen Kriterien beruhen und darf niemanden diskriminieren.“³

² Ethik, S. 56

³ Ethik, S. 56

Eine Möglichkeit für Ärzte, ihre Verantwortung für die Mittelzuteilung wahrzunehmen, liegt in der Vermeidung verschwenderischer und ineffizienter Praktiken, selbst wenn Patienten um diese bitten. Der übermäßige Einsatz von Antibiotika ist nur ein Beispiel für eine ebenso verschwenderische wie schädliche Praxis. Viele weitere verbreitete Behandlungen haben sich in randomisierten klinischen Studien bei den Krankheitsbildern, gegen die sie eingesetzt werden, als unwirksam erwiesen. Für viele Krankheitsbilder stehen klinische Therapieleitlinien zur Verfügung, die dazu beitragen, zwischen wirksamen und unwirksamen Behandlungen zu unterscheiden. Ärzte sollten sich mit diesen Leitlinien vertraut machen, zum einen, um Mittel einzusparen, zum anderen, um ihre Patienten optimal zu therapieren.⁴

wichtige Faktoren, doch gesellschaftliche Faktoren wie Wohnung, Ernährung und Beschäftigung sind mindestens so bedeutsam.

Diese Aufgabe sehen wir auch für den MFC: informiere Dich umfassend über die ärztlichen Leitlinien und valide Quellen und kläre Deine Klienten über den aktuellen Wissensstand auf - nach bestem Wissen und Gewissen. Die letzte Entscheidung trifft jedoch immer der Patient im Einvernehmen mit dem verantwortlichen Arzt.

1.1. Öffentliche Gesundheit

Die Medizin des 20. Jahrhunderts erlebte das Entstehen einer unglücklichen Unterscheidung zwischen „öffentlicher Gesundheit“ und anderen Formen der Gesundheitsversorgung (der mutmaßlich „privaten“ oder „individuellen“ Gesundheitsversorgung). Das ist deshalb unglücklich, weil die Öffentlichkeit aus Einzelpersonen besteht und Maßnahmen zum Schutz und zur Verbesserung der öffentlichen Gesundheit zu gesundheitlichen Vorteilen für den Einzelnen führen.

Verwirrung entsteht auch dann, wenn „öffentliche Gesundheit“ als „öffentlich finanzierte Gesundheitsversorgung“ (d. h. Gesundheitsversorgung, die über das

Steuersystem eines Landes oder eine allgemeine Pflichtversicherung finanziert wird) verstanden und im Gegensatz zu einer „privat finanzierten Gesundheitsversorgung“ (d.h. einer Gesundheitsversorgung, für die der Einzelne direkt oder über eine private Krankenversicherung bezahlt und die gewöhnlich nicht allgemein verfügbar ist)

gesehen wird.⁵

Maßnahmen im Interesse der öffentlichen Gesundheit wie Impfkampagnen und Notfallreaktionen auf das Ausbrechen ansteckender Krankheiten sind für die Gesundheit des Einzelnen

⁴ Ethik, S. 57

⁵ Ethik, S. 59

Ärzte sind nur selten in der Lage, an den gesellschaftlichen Ursachen der Krankheiten ihrer jeweiligen Patienten etwas zu ändern, auch wenn sie die Patienten an die jeweils verfügbaren Sozialdienste überweisen sollten. Sie können jedoch, vielleicht auch nur indirekt, zu langfristigen Lösungen dieser Probleme beitragen, indem sie an Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit und der Gesundheitsaufklärung teilnehmen, Umweltgefährdungen überwachen und

melden, negative Gesundheitswirkungen aufgrund sozialer Probleme wie Missbrauch und Gewalt erkennen und publik machen und Verbesserungen des öffentlichen Gesundheitswesens befürworten.

1.2.Prävention

„Für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) sind der Schutz vor Krankheiten und die Förderung der Gesundheit unverzichtbare Aufgaben, um Lebensqualität und Leistungsfähigkeit ihrer Versicherten unabhängig von Geschlecht und sozialer Stellung langfristig zu erhalten und ihnen ein gesundes Altern zu ermöglichen. Der Wandel des Krankheitsspektrums zu den chronisch-degenerativen Erkrankungen, der demographische Alterungsprozess und die sich verändernden Anforderungen in der Arbeitswelt machen eine Intensivierung vorbeugender, auf die Minderung gesundheitlicher Belastungen und die Stärkung gesundheitlicher Potenziale und Ressourcen gerichteter Strategien und Interventionen erforderlich.“⁶

⁶ Leitfaden Prävention (2010), S. 5

27.12.2012

12,3 Millionen Euro: AOK Rheinland/Hamburg mit Rekordausgaben im Präventionsbereich

Düsseldorf. Die AOK Rheinland/Hamburg hat im Jahr 2011 rund 12,3 Millionen Euro für Präventionsleistungen ausgegeben und investierte damit soviel wie noch nie in die Gesundheitsförderung. Die Zahl entspricht einem Wert von etwa 4,30 Euro pro Versicherten und liegt deutlich über dem bundesweiten Schnitt der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit 3,87 Euro. In Zeiten, in denen die Politik auf höhere Ausgaben im Bereich der Prävention drängt, zeigt sich: Die AOK Rheinland/Hamburg ist vielen Mitbewerbern schon einen Schritt voraus.

Zu den Präventionsangeboten gehören beispielsweise Aktivitäten zur Verbesserung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens sowie Nichtraucherkampagnen in Schulen. „Prävention ist für uns als Gesundheitskasse von essentieller Bedeutung. Einen Schwerpunkt legen wir bewusst auf die sogenannten Setting-Angebote – also Maßnahmen, die im direkten Lebensumfeld der Menschen stattfinden“, sagt Rolf Buchwitz, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der AOK Rheinland/Hamburg. Bei diesen gesundheitsfördernden Maßnahmen in Schulen, Kindergärten, Altenheimen und Stadtteilen konnte die AOK Rheinland/Hamburg alleine 2011 in über 5000 Settings mehr als 1,7 Millionen Menschen erreichen. Ein weiterer Schwerpunkt liegt in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Hier wurden 2012 650 Unternehmen betreut und beraten.

Besonders am Herzen liegt der AOK Rheinland/Hamburg die Kinder- und Jugendgesundheit. Denn die Basis für ein gesundheitsbewusstes Leben wird bereits früh gelegt. AOK-Projekte wie „Tiger Kids – Kindergarten aktiv“, „Gesund macht Schule“ oder „Fit durch die Schule“ erfahren schon lange eine positive Resonanz. Auch 2013 sollen diese ausgebaut und neue Ideen und Ansätze im Präventionsbereich entwickelt werden.

Der GKV-Spitzenverband und der Medizinische Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS) hatten in der vorvergangenen Woche den Präventionsbericht 2012 vorgestellt. Die Regierungskoalition in Berlin verständigte sich zudem in diesen Tagen darauf, die Ausgaben der Krankenkassen für Prävention in Zukunft auf sechs Euro pro Versicherten erhöhen zu wollen.

AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse

Die Krankenkassen sind somit maßgeblich an der Finanzierung und Umsetzung präventiver und gesundheitsfördernder Programme beteiligt.

derung in der
Kommune / im
Stadtteil

Die GKV hat erstmals im Jahr 2000 eine Handlungsanleitung zu den primärpräventiven Aktivitäten und zur betrieblichen Gesundheitsförderung verfasst: den „Leitfaden Prävention“.⁷

Der Leitfaden beschreibt die Vorgehensweise im Setting-Ansatz unter den Überschriften:

- Gesundheitsfördernde Kindertagesstätte
- Gesundheitsfördernde Schule

Für den individuellen Ansatz formuliert der Leitfaden folgende Handlungsfelder:

- Bewegungsgewohnheiten
- Ernährung
- Stressmanagement
- Suchtmittelkonsum

In der betrieblichen Gesundheitsförderung lauten die Handlungsfelder:

- Arbeitsbedingte körperliche Belastungen
- Betriebsverpflegung
- Psychosoziale Belastungen (Stress)
- Suchtmittelkonsum

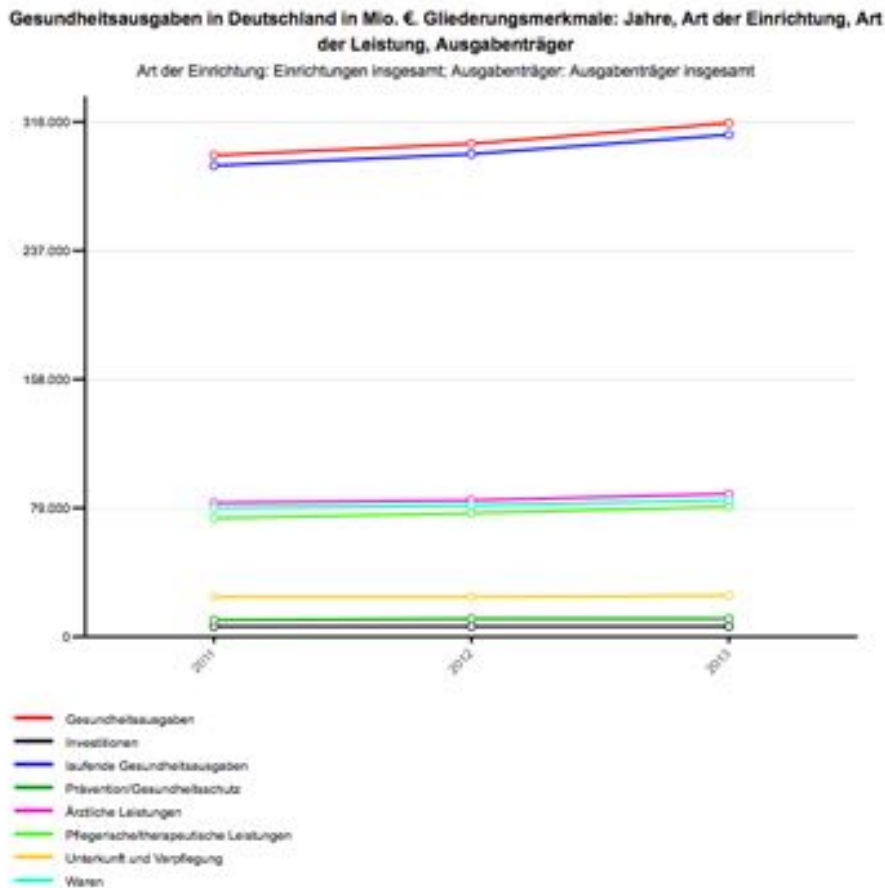
Im Dezember 2014 wurde eine neue Version des Präventionsgesetzes auf den Weg gebracht.

Primärprävention

Sekundärprävention

Tertiärprävention

Die Prävention ist ein ganz wichtiger Teil unseres Gesundheitssystems, wie an der untenstehenden Grafik sichtbar wird (dunkelgrüner Balken).



Quelle: gbe-bund.de

Derzeit entfielen nur ein bis zwei Prozent der Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenkassen auf Prävention. "Zehn bis 15 Prozent sind eine vernünftige Zielgröße", sagt Professor Stefan Willich von der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention.⁸

⁸ Quelle: http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/krankenkassen/article/621917/15-prozent-gkv-ausgaben-praevention-waere-vernuenftig.html (Stand 13.12.2010)

Wie wird das Geld für Prävention ausgegeben?

Leider beschränken sich Ausgaben in diesem Bereich in erster Linie auf Broschüren, Hörfunk- und TV-Spots sowie Plakate und andere Druckwerke.

Wie sinnvoll sind die Ausgaben bzw. welche Alternativen gibt es?

Sven-David Müller, 1. Vorsitzender des Deutschen Kompetenzzentrums für Gesundheitsförderung und Diätetik ist der Meinung, daß **Diätassistenten, Bewegungstherapeuten & psychologische/pädagogische Berater mehr erreichen als Broschüren & Plakate**. Bei sinnvollem Umgang mit den Ausgaben für Gesundheitsförderung ließen sich 100.000 Fachkräfte für Prävention finanzieren, errechnet er.⁹ Die Ausgaben für Gesundheitsförderung sollten zukünftig weniger in Richtung Broschüren und Plakate gehen.

Dr. Martin Schlaud von der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie merkt an, dass sozial schwache oder benachteiligte Gruppen sich in der Regel nicht über Gesundheitsthemen im Internet informieren oder Broschüren bestellen.

Sowohl Müller als auch Schlaud vertreten den Standpunkt, dass persönliche Beratung, Schulung und Information durch kompetente Fachkräfte dialogorientiert effektiver für die Gesundheitsförderung sei, als Broschüren und Co.

Daher – so Müller – sollten mehr Mittel in die Einstellung von Diätassistenten, Bewegungstherapeuten sowie psychologische und pädagogische Berater fließen.

Hans-Werner Pfeiffer vom Europäischen Verband der Sozialversicherungsärzte (EUMASS) fordert, Prävention nicht länger als Aufgabe bei den gesetzlichen Krankenkassen anzusiedeln. "Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe", sagt Pfeiffer. Obwohl mehr präventive Angebote langfristig zu Einsparungen führten, hätten Krankenkassen im Wettbewerb keinen Anreiz für breite Kampagnen. Umfangreiche Präventionsarbeit habe aus Sicht der Kassen einen zu großen Streueffekt, weil sie vielen Versicherten der Konkurrenten zugutekommt, so Pfeiffer.

Ein weiteres Problem sieht Willich in der mangelnden Unterstützung von Seiten der Ärzte. Er nimmt die Fachgesellschaften in die Pflicht, die Prävention seiner Meinung nach oft nicht als genuin ärztliche Aufgabe sehen. "Der erste Schritt wäre, dass auch unsere ärztlichen Kollegen Prävention mit in ihren medizinischen Fokus einbeziehen."¹⁰

⁹ Quelle: <http://www.svendavidmueller.de> (Stand 13.12.2010)

¹⁰ Quelle: http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/krankenkassen/article/621917/15-prozent-gkv-ausgaben-praevention-waere-vernuenftig.html (Stand 13.12.2010)

Die Ausgaben im deutschen Gesundheitswesen sind im internationalen Vergleich relativ hoch: Dem gegenüber steht aber keine bedeutend „höhere“ Gesundheit der Bevölkerung. Da ist also zu schauen, inwieweit Handlungsbedarf besteht, die Ausgabenstruktur zu analysieren und ggfs. zu optimieren.

2. Gesundheitsvorsorge

Ab einem bestimmten Alter macht es Sinn, auf Vorsorgeuntersuchungen hinzuweisen. Das erhöht die Professionalität der Betreuung und ermöglicht eine intensivere Vernetzung mit medizinischen Fachberufen.

	ab 30 Jahre	ab 40 Jahre	ab 50 Jahre	ab 60 Jahre
weiblich	jährlich: Brustuntersuchung		alle zwei Jahre: Mammographie-Screening www.mammo-programm.de	
männlich				

3. Rehabilitation

"In der Bundesrepublik Deutschland ist die medizinische Rehabilitation in das gegliederte System der sozialen Sicherung mit seinen unterschiedlichen Zuständigkeiten und Trägerstrukturen eingebunden. Träger und Leistungsrahmen der Rehabilitation sind gesetzlich umfassend geregelt (siehe Tabelle 11)."¹¹

Übersicht über die Trägerstruktur der medizinischen Rehabilitation

Gesetzliche Rentenversicherung (GRV)	Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) z. B. AOK, Ersatzkrankenkassen	Gesetzliche Unfallversicherung (GUV) z. B. Berufsgenossenschaften
<p>Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können einem Versicherten oder Rentner gewährt werden, wenn (§10 SGB VI)</p> <ul style="list-style-type: none"> · die erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit abgewendet, · die bereits geminderte Erwerbsfähigkeit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder · deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann. 	<p>Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden gewährt, (§§27, 40 SGB V) um</p> <ul style="list-style-type: none"> · drohender Behinderung; · Pflegebedürftigkeit; vorzubeugen oder sie nach Eintritt · zu beseitigen; · zu bessern oder · eine Verschlimmerung zu verhüten. 	<p>Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden erbracht (§7 SGB VII)</p> <ul style="list-style-type: none"> · aufgrund eines Arbeitsunfalls oder · nach Eintritt einer anerkannten Berufskrankheit. <p>Die Leistungen sollen den Gesundheitsschaden (§26 SGB VII)</p> <ul style="list-style-type: none"> · beseitigen; · bessern; · eine Verschlimmerung verhüten oder · die Folgen mildern.

¹¹ LL COPD, S. 70

"Aufgrund dieser Rechtslage und basierend auf dem bio-psycho-sozialen Krankheitsfolgenmodell der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sollen durch die medizinische Rehabilitation persistierende krankheitsbedingte Fähigkeitsstörungen (Einschränkungen der Aktivitäten) oder Beeinträchtigungen der Teilhabe am beruflichen und gesellschaftlichen Leben abgewendet, beseitigt, gemindert, in ihre Verschlimmerung verhütet oder ihre Folgen gemildert werden. Deshalb zielt die Rehabilitation nicht nur auf die Beseitigung bzw. Kompensation der körperlichen Krankheitsaspekte ab, sondern zusätzlich immer auch auf die resultierenden psychischen und sozialen Krankheitsfolgen und ihre Bewältigung."¹²

4. Der Arzt

In nahezu der gesamten bekannten Geschichte und so gut wie allen Teilen der Welt war es immer schon etwas Besonderes, Arzt zu sein. Menschen gehen zum Arzt in der Hoffnung auf Hilfe bei ihren dringendsten Bedürfnissen – Erlösung von Schmerzen und Leiden und Wiederherstellung der Gesundheit und des Wohlbefindens. Sie gestatten es dem Arzt, jeden Teil ihres Körpers – auch die intimsten – zu betrachten, zu berühren und zu manipulieren. Sie tun dies, weil sie darauf vertrauen, dass ihr Arzt in ihrem wohlverstandenen Interesse handelt.

4.1. DAS GENFER GELÖBNIS DES WELTÄRZTEBUNDES

Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand:

Ich gelobe feierlich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen.

Ich werde meinen Lehrern die schuldige Achtung und Dankbarkeit erweisen,.

Ich werde meinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben.

Die Gesundheit meines 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.

Meine Kolleginnen und Kollegen sollen meine Schwestern und Brüder sein.

¹² LL COPD, S. 70

Ich werde mich in meinen ärztlichen Pflichten meinem Patienten gegenüber nicht beeinflussen lassen durch Alter, Krankheit oder Behinderung, Konfession, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung oder soziale Stellung.

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

Dies alles verspreche ich feierlich und frei auf meine Ehre.¹³

Ein Arzt sollte immer, auch angesichts faktischer, ethischer oder rechtlicher Schwierigkeiten, seinem Gewissen folgen und nur dem Wohl des Patienten dienen.

Es scheint kaum vorstellbar, dass die Begründer der ärztlichen Ethik, wie z.B. Hippokrates, ihre Werke schon vor mehr als 2000 Jahren veröffentlichten, die Ärzteschaft jedoch heute noch nicht über ein grundlegendes, weltweit verwendetes Curriculum für die Unterrichtung in ärztlicher Ethik verfügt.

Das erste Ethikhandbuch des Weltärztebundes will diese Lücke schließen. Das Handbuch geht auf die 51. Generalversammlung der Weltärztebund **im Jahre 1999** zurück. Die dort versammelten Ärzte beschlossen als Vertreter von Ärzteorganisationen aus der ganzen Welt, „den medizinischen Fakultäten überall auf der Welt dringend **nahe zu legen, die Unterrichtung der ärztlichen Ethik und der Menschenrechte als Pflichtfach in ihre Curricula aufzunehmen**“.

Entsprechend diesem Beschluss wurde ein Prozess eingeleitet, um für alle Medizinstudenten und Ärzte ein grundlegendes Lehrmittel zur ärztlichen Ethik auszuarbeiten.¹⁴

Vereinfacht gesagt ist **Ethik die Lehre von der Moral** – das sorgfältige, systematische Nachdenken über frühere, gegenwärtige und künftige moralische Entscheidungen und Verhaltensweisen und deren Analyse. Die Moral ist die wertbezogene Dimension der Entscheidungsfindung und des Verhaltens des Menschen.

Zur Sprache der Moral gehören Substantive wie „Rechte“, „Verantwortung“ und

„Tugenden“ sowie Adjektive wie „gut“ und „schlecht“ (oder „böse“), „richtig“ und „falsch“, „gerecht“ und „ungerecht“.

¹³ Ethik, S. 20

¹⁴ aus dem Vorwort zu "Handbuch der ärztlichen Ethik", WMA, S. 9

Diesen Begriffsbestimmungen zufolge geht es bei der Ethik primär um Wissen,

bei der Moral dagegen um Handeln. Ihre enge Verbindung liegt in dem Bemühen der Ethik, rationale Kriterien bereitzustellen, damit Menschen auf eine bestimmte Weise statt auf andere Weise entscheiden oder sich verhalten können.¹⁵

Mitgefühl, Sachverstand und Eigenständigkeit sind die drei Grundtugenden eines Arztes.

Mitgefühl, das als Verständnis für und Anteilnahme an der Not eines anderen Menschen definiert ist, besitzt für die Ausübung der Medizin grundlegende

Bedeutung. Um mit den Problemen des Patienten umzugehen, muss der Arzt die Symptome, die der Patient aufweist und die diesen zugrunde liegenden Ursachen ermitteln und den Wunsch verspüren, dem Patienten zu einer Besserung zu

verhelfen. **Patienten sprechen auf eine Behandlung besser an, wenn sie den Eindruck haben, dass der Arzt ihre Besorgnisse teilt und sie selbst als Menschen und nicht nur ihre Krankheit behandelt.**

Von einem Arzt wird ein sehr hohes Maß an Sachverstand erwartet und verlangt. Fehlender Sachverstand kann bei einem Patienten zum Tode oder zu einer schweren Erkrankung führen. Ärzte absolvieren eine lange Ausbildung, um diesen Sachverstand zu erwerben, doch sehen sie sich angesichts der schnellen Fortschritte der medizinischen Wissenschaft der ständigen Herausforderung gegenüber, diesen Sachverstand zu bewahren. Außerdem müssen sie nicht nur ihre wissenschaftlichen Kenntnisse und fachlichen Qualifikationen aufrechterhalten, sondern auch ihr ethisches Wissen und ihre diesbezüglichen Fertigkeiten und Einstellungen, da bei Veränderungen der medizinischen Praxis und ihres gesellschaftlichen und politischen Umfelds neue ethische Fragen auftauchen.¹⁶

Der menschliche Körper hat sich in den letzten 10 - 100.000 Jahren nicht wesentlich verändert. Durch veränderte Lebens- und Ernährungsgewohnheiten haben sich noch Anpassungen ergeben, die Grundprinzipien des Lebens sind jedoch unverändert geblieben. Diese Grundprinzipien vermitteln wir über alle Ausbildungen hinweg. Im Modul Ayurveda kompakt lernst Du eine weitere Sicht der Dinge kennen, die ebenfalls ohne jährliche Updates und ständig neue, widersprüchliche Studien auskommt. Mache Deine eigenen Erfahrungen mit dem neu erworbenen Wissen und vor allem: bleibe immer offen neues Wissen bzw. neue Aspekte. Bedenke: viele Wege führen zum Heil.

¹⁵ Ethik, S. 12

¹⁶ Ethik, S. 18

Die Eigenständigkeit – oder Selbstbestimmung – ist der medizinische Grundwert, der sich im Laufe der Jahre am stärksten verändert hat. Der einzelne Arzt hat bei der Entscheidung über die Behandlung seiner Patienten traditionell ein hohes Maß an klinischer Eigenständigkeit (Autonomie) genossen. Die Ärzte als Kollektiv (die Ärzteschaft) haben die Freiheit gehabt, die Standards der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie der ärztlichen Berufsausübung festzulegen. Diese beiden Formen der eigenständigen medizinischen Berufsausübung wurden in vielen Staaten von den Regierungen und anderen Stellen, die den Ärzten Auflagen gemacht haben, eingeschränkt. Teilweise dürfen Ärzte Therapien nicht durchführen, die in anderen Medizinsystemen als Standard erfolgreich praktiziert werden.¹⁷

Gerade in diesem Kontext können wir als MFC vermitteln und Missverständnisse aufklären bzw. Informationen beschaffen.

Der Status des Arztes ist von Land zu Land und sogar innerhalb des jeweiligen Landes unterschiedlich. Im Allgemeinen scheint es jedoch einen Niedergang zu geben. Viele Ärzte haben den Eindruck, dass sie nicht mehr so geachtet werden wie früher. In einigen Ländern hat sich die Kontrolle über die Gesundheitsversorgung immer mehr von den Ärzten hin zu professionellen Managern und Bürokraten verlagert, von denen einige die Ärzte eher als Hindernisse denn als Partner für Reformen des Gesundheitswesens betrachten. Patienten, die Anweisungen ihres Arztes früher widerspruchslos hinnahmen, bitten den Arzt nun bisweilen, seine

Empfehlungen zu rechtfertigen, wenn diese von Ratschlägen anderer Heilberufler oder aus dem Internet abweichen. Manche Verrichtungen, die vormals nur von Ärzten vorgenommen werden konnten, werden nun auch von medizinisch-technischen Assistenten, Pfleger(inne)n oder anderen Vertretern medizinischer Assistenzberufe angeboten.¹⁸

¹⁷ Ethik, S. 19

¹⁸ Ethik, S. 17

5. Der Patient

Die Rechte des Patienten, Deklaration von Lissabon

(beschlossen auf der 34. Generalversammlung des Weltärztebundes in Lissabon, 1981)

Die folgende Deklaration enthält einige der wesentlichen Grundrechte, welche die Ärzte für die Patienten sicherstellen wollen. Wenn die Gesetze oder die Regierung eines Landes dem Patienten diese Rechte durch Maßnahmen vorenthalten, sind die Ärzte gehalten, geeignete Mittel und Wege zu suchen, diese Rechte dennoch zu gewähren.

- a) Der Patient hat das Recht auf freie Arztwahl.
- b) Der Patient hat das Recht, von einem Arzt behandelt zu werden, der seine klinischen und ethischen Entscheidungen frei und ohne Einfluss von außen treffen kann.
- c) Der Patient hat das Recht, einer Behandlung nach angemessener Aufklärung zuzustimmen oder sie abzulehnen.
- d) Der Patient hat das Recht zu erwarten, dass der Arzt über seine medizinischen und persönlichen Daten Schweigen bewahrt.
- e) Der Patient hat das Recht, in Würde zu sterben.
- f) Der Patient hat das Recht auf geistige und moralische Unterstützung, die er auch ablehnen kann; das schließt das Recht auf den Beistand eines Geistlichen seiner Religion ein.

Aus verschiedenen Gründen vertrauen Patienten immer weniger ihrem Arzt.

Vertrauen ist jedoch die Grundlage für fast alles. Wir als Trainer und Coaches können teilweise die Lücke schließen bzw. eine Brücke bauen und vermitteln zwischen den Welten.

Der Mensch ist die Medizin des Menschen - sagt ein afrikanisches Sprichwort. In einem Medizinsystem, das für zwischenmenschlichen Kontakt keine Zeit hat, braucht es Menschen, die sich diese Zeit nehmen: Dich!

6. Probleme im Gesundheitssystem

6.1. Interessenskonflikte

Eine Klinik oder auch ein Arzt in seiner Praxis muss Geld verdienen. Der eigene Unterhalt sowie der Unterhalt der Mitarbeiter müssen gesichert werden. Gleichzeitig sollen die Patienten optimal versorgt werden.

In der Wirtschaft gibt es ein einfaches Prinzip: bessere Qualität --> höherer Profit. Gilt dieses Prinzip auch in der Medizin?

Interessenskonflikte entstehen, wenn z. B. ein Arzt für jeden einzelnen Test oder einzelne Behandlungen bezahlt wird statt pauschal durch fee-for-service payments. Serviceleistungen werden reduziert, wenn der Arzt dafür nicht entlohnt wird (z. B. Beratung / Information oder Hausbesuche). Stattdessen können chirurgische Eingriffe und bildgebende Verfahren teuer abgerechnet werden.

Beispiele:

- in einer Gemeinde von 300 000 Menschen in den USA wurden in einem Jahr allein 52.000 CTs durchgeführt!
- Das Zeitbudget für eine Behandlung beim Physiotherapeuten liegt bei 20 Minuten.
- Das Zeitbudget für den Patienten eines Psychiaters liegt bei 10 Minuten pro Monat.
- Um als Spezialist zu gelten, muss ein Arzt eine bestimmte Anzahl von Operationen vorweisen. Wie wird er entscheiden, wenn er einen Patienten berät?

Pseudo-Forschung

Wenn ein neues Medikament auf den Markt kommt, werden Ärzte oft in weitere "Studien" mit einbezogen, d.h. sie bekommen vom Pharma - Unternehmen eine Aufwandsentschädigung dafür, dass sie Patienten das neue Medikament verordnen und die Wirkungen in einem kurze Fragebogen dokumentieren. Für diesen Aufwand erhalten sie zwischen 10,- und 1.000 Euro pro Patient! Oft wird in diesem Zusammenhang der Patient gar nicht darüber informiert, warum er plötzlich ein neues Medikament bekommt.

Individuelle Präferenzen

Krankenhäuser führen bestimmte Operationen oder Behandlungen unterschiedliche oft durch, z. B. Kaiserschnitt. In manchen Kliniken ist er "Standard", in anderen die Ausnahme.

Weitere Beispiele:

Bleiben wir beim Beispiel Gebärmutterkrebs und Prostatakrebs. In einem Bundesstaat in den USA (= vergleichbare Verhältnisse)

Frauen (über 70 Jahre), denen die Gebärmutter irgendwann einmal entfernt wurde:

20%	70%
-----	-----

Männer, die sich einer Prostataoperation unterzogen hatten:

15%	60%
-----	-----

In Hessen wurde an 78 Kliniken der Einsatz brusterhaltender Massnahmen untersucht:¹⁹

0%	100%
----	------

Regionen mit hohem Einsatz von teurer Betreuung weisen folgende Punkte auf:

- leicht schlechtere Mortalitätsraten
- Der Zugang wird als schlechter wahrgenommen
- weniger Patientenzufriedenheit²⁰

Ein anderes Problem: wenn eine Klinik in teures Equipment investiert hat, muss dieses auch genutzt und damit amortisiert werden!

Defensive Medizin

Noone is ever sued for over-treatment.²¹

Manchmal werden Behandlungen angeboten, nicht weil sie für den Patienten sinnvoll sind, sondern schlicht und ergreifend, weil sie Standard sind und ihre Verwendung den Arzt rechtlich absichert, auch wenn er gar nicht dahinter steht. So raten über 40% der Hausärzte in der Schweiz **aus rechtlichen Gründen** zu einem PSA-Test!

¹⁹ Gigerenzer, S. 20

²⁰ Gigerenzer, S. 20

²¹ Gigerenzer, S. 22

Verfügbarkeit und Anwendbarkeit (Doable)

- Es ist einfacher, ein Medikament zu verschreiben als eine aufwändige Psychotherapie, Operation oder Manualtherapie durchzuführen.
- Auch das Abgeben eines Patienten in die Hände anderer Professionals fällt vielen Menschen schwer. Es kratzt am Ego und zeugt (falsch gedacht) von eigener Inkompetenz.
- Manchmal kann man an niemanden verweisen, der schnell Zeit hat für den Patienten.
- Der Behandler verfügt nicht über die Ressourcen, um den Patienten optimal zu betreuen (z. B. ein neues Ultraschallgerät).
- Der Patient kann sich die optimale Behandlung nicht leisten (Medikament zu teuer).

--> Ted? Infos über Bill Gates? ...

Recall

Alle die obengenannten Punkte gelten natürlich auch für den Patienten. Viele möchten einfach eine Pille nehmen und sonst nichts weiter ändern. Das Leben soll so bequem wie möglich weitergehen. Falls sich der Arzt also für eine Therapieänderung entschieden hat, muss der Patient abgeholt werden. Und der wird dieselben Widerstände zu überwinden haben wie sein Arzt. Er hat seine eigenen Ideen, Werte und Meinungen und könnte zu ganz anderen Schlüssen kommen als sein Arzt. Im schlimmsten Fall könnte er die Therapie abbrechen.

Zustimmung / Agree

Vielleicht ist die neue Therapie unbequem, aufwändig, schmerzhaft oder sonstwie unangenehm. Hier ist die Qualität des Arztes gefragt, die Neuerungen professionell anzubieten.

Done / Adherence

Weniger als 50% der Medikamentverordnungen werden exakt eingehalten.

Wird der Patient die Behandlung einhalten, mit dem Rauchen aufhören, seine Ernährung ändern, trainieren gehen und weniger Alkohol trinken? eher nicht. Wir wissen alle, wie schwierig es ist, Gewohnheiten zu verändern. Es ist ein Prozess, der sich über einen längeren Zeitraum erstreckt (5 Jahre nach dem Trans-Theoretischen-Modell). Wie wir das besser hinbekommen, findest Du im Skript Psychologie.

Gesundheitspolitik

Fig 16.4, S. 273

7. Rechtliche Grundlagen

Die Basis legt das Sozialgesetzbuch. Darüberhinaus gibt es zahlreiche weitere Gesetze, die sich auf die Arbeit im Gesundheitssystem beziehen.

Gigerenzer, S. 309

7.1. Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb

7.2. Gesetz über die Werbung auf dem Gebiete des Heilwesens

Heilmittelwerbegesetz (HWG)

Die Werbung für Medikamente ist klar geregelt. So heißt es in § 10 über verschreibungspflichtige Medikamente:

Werbung für verschreibungspflichtige Medikamente ist grundsätzlich verboten.

Dennoch gibt es Bestrebungen der Pharmalobby, diese Regelungen zu ändern. Teilweise werden die Regelungen geschickt umgangen, Bsp: Werbung für die Impfung gegen das Human Papillomavirus.²²

Auf europäischer Ebene ist die Richtlinie 2001/83/EG anzuwenden.

7.3. Die Patientenverfügung

Die für Behandlungsentscheidungen bei einem geschäftsunfähigen Patienten anzuwendenden Hauptkriterien sind seine Präferenzen, soweit diese bekannt sind. Die Präferenzen können in einer Patientenverfügung (advance directive) enthalten oder dem ernannten Entscheidungsstellvertreter, dem Arzt oder anderen Mitgliedern des Betreuungsteams mitgeteilt worden sein. Sind die Präferenzen eines nicht geschäftsfähigen Patienten unbekannt, sollten die Behandlungsentscheidungen auf den wohlverstandenen Interessen des Patienten beruhen, wobei folgende Punkte zu berücksichtigen sind:

- a) die Diagnose und Prognose des Patienten;
- b) die bekannten Wertvorstellungen des Patienten;
- c) Informationen seitens Personen, die für das Leben des Patienten von Bedeutung sind und die dazu beitragen könnten, seine wohlverstandenen Interessen zu ermitteln sowie

²² Gigerenzer, S. 310

d) Aspekte der Kultur und der Religion des Patienten, die eine Therapieentscheidung beeinflussen würden. Dieser Ansatz ist weniger sicher als das Vorgehen in dem Fall, in dem der Patient ausdrückliche Handlungsanweisungen hinterlassen hat, versetzt den Entscheidungsstellvertreter aber in die Lage, im Lichte anderer von dem Patienten getroffener Entscheidungen und seiner allgemeinen Einstellung zum Leben darauf zu schließen, wie er sich in der vorliegenden Situation entscheiden würde.²³

8. Gesundheitsbildung

Effiziente Gesundheitssysteme bedürfen informierter Ärzte und Patienten:

- Welche Therapiemethoden sind wirklich hilfreich? Für wen? in welchem Kontext?
- Auf welchen Daten beruhen die Aussagen über die Qualität von Therapiemethoden?
- Wie sollte man mit alternativer Medizin umgehen und Naturheilkunde?
- Welche Präventionsmaßnahmen und Vorsorgeuntersuchungen sind sinnvoll?

Um diese Fragen zu beantworten, bedarf es valider Informationen, auf deren Basis gute Entscheidungen getroffen werden können. Genau daran hapert es aber: Patienten sind in der Regel nicht in der Lage, die Qualität einer Behandlung zu beurteilen. Ärzte allerdings oft auch nicht!

Gigerenzer und Muir Gray identifizieren in diesem Zusammenhang "7 Sünden":

- biased funding: wer bezahlt Forschung? welche Interessen werden erfolgt?
- biased reporting in Fachjournalen: Welche Ergebnisse werden bevorzugt?
- biased Patienteninformationen
- biased Berichterstattung in den Medien
- Interessenskonflikte
- "defensive" Medizin

²³ Ethik, S. 40

- Mangelhafte Ärzteausbildung im Hinblick auf Statistik und das Verständnis medizinischer Studien

Die Folgen dieser Inkompetenz sind für alle Beteiligten im Gesundheitssystem spürbar:

- Patienten erhalten nicht die optimale Therapie
- Ärzte können nicht optimal helfen
- Krankenkassen tragen unnötig hohe Kosten, die wiederum auf die Patienten abgewälzt werden
- den kommenden Herausforderungen der nächsten Jahrzehnte kann mit dem bestehenden System nicht angemessen begegnet werden.

Dem Anspruch, gute Versorgung zu gewährleisten, stehen jedoch auch Interessenskonflikte, Ignoranz, Arroganz und finanzielle Interessen / Zwänge im Weg.

Im Modul "Research Methods" erfährst Du, wie Du mit diesen Problematiken professionell umgehen kannst, wie Du Deine Kunden optimal durch den Therapiedschungel begleitest und auch für Dich selbst immer die richtigen Entscheidungshilfen findest.

9. Fazit

Unser Gesundheitssystem ist komplex. Die verschiedenen Akteure handeln nach engen Vorgaben und oft unter Abwägung unterschiedlichster Interessen. Manchmal bleiben dabei die Patienten auf der Strecke.

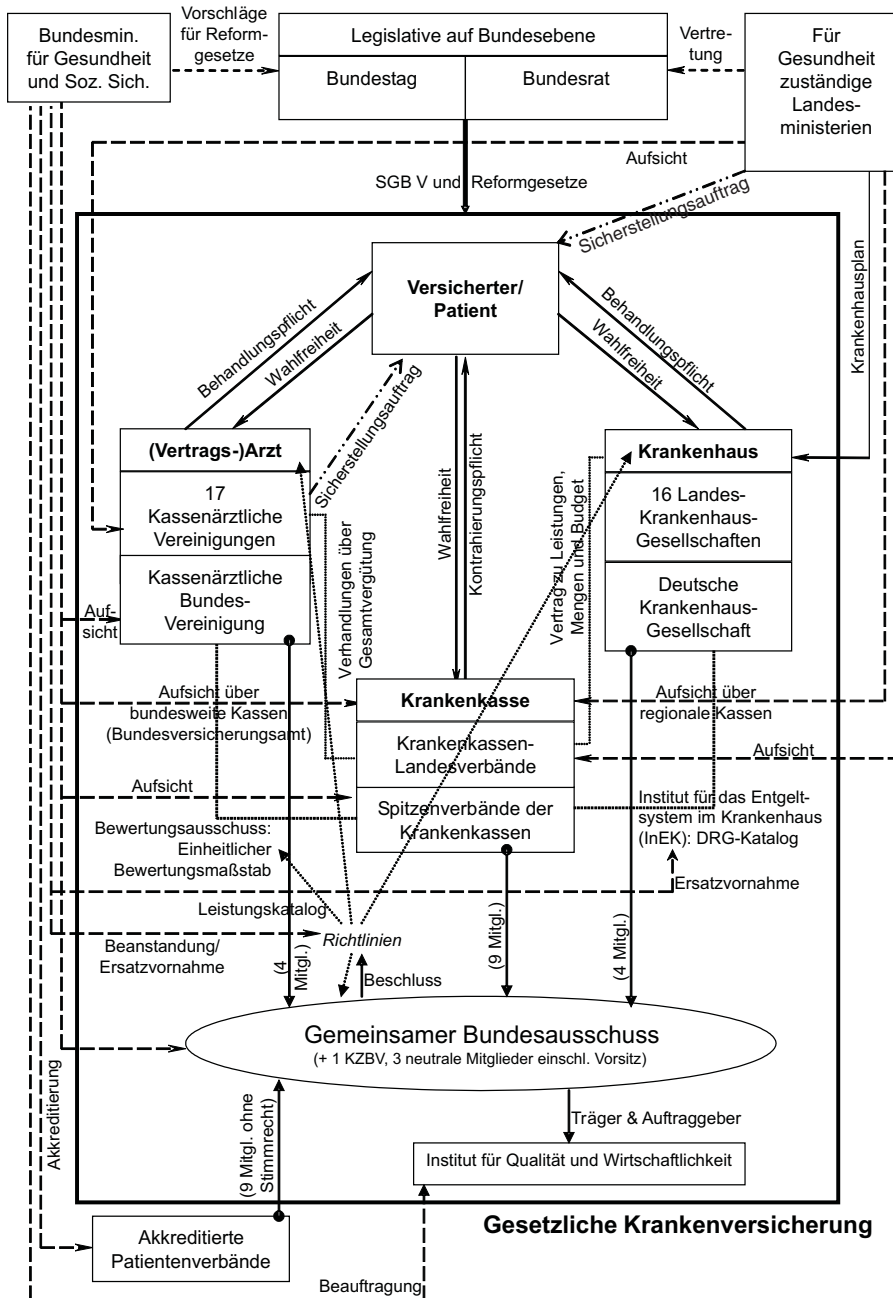
Um Kunden / Klienten im Gesundheitsbereich optimal zu betreuen ist es unserer Einschätzung nach essentiell wichtig, eine Brücke zu schlagen zwischen verschiedenen Wissenssystemen, zwischen verschiedenen erfolgreichen Medizinsystemen sowie Bewegungsdisziplinen und manualtherapeutischen Verfahren.

Daher ist es wichtig zu verstehen, wie allgemein Wissen entsteht, wie in der modernen Wissenschaft Wissen geschaffen wird: wie Daten erhoben werden, was man darauf ableiten kann und wo die Grenzen der modernen Forschung liegen.

Es wichtig, die bestehenden Strukturen und Abläufe zu kennen, um die optimale Strategie zu entwickeln für den Kunden.

Deine Aufgabe ist es, die Fehler des Systems auszugleichen durch professionelle und service-orientierte Arbeit am Kunden, durch fachliche Kompetenz und emotionale Skills.

Abb. 3. Die organisatorischen Beziehungen der Hauptakteure im deutschen Gesundheitswesen, 2005



Quelle: Busse, S. 37

10. Literatur

11. Links

Prof. Andreas Michalsen: Prävention und Medizin
<https://www.youtube.com/watch?v=4UMXUbkJ2s>

Prof. Dr. Wallach: Weniger ist mehr: Gesundheitsversorgung von morgen
<https://www.youtube.com/watch?v=haYKdbEBR3A>

Prof. Dr. Goetzsche: Das Dilemma der modernen Pharmakotherapie und mögliche Wege zu einem menschlichen Gesundheitssystem
<https://www.youtube.com/watch?v=cubaO93wF5M>

Prof. Harald Walach: Kultur des Bewusstseins
<https://www.youtube.com/watch?v=cZzSPBEJCLs>

<http://www.leitlinie-gesundheitsinformation.de/>

<http://pharma.bayer.com/dem-krebs-auf-der-spur/index.php>