

WELTÄRZTEBUND

THE WORLD MEDICAL ASSOCIATION, INC

HANDBUCH DER DEKLARATIONEN
- Deutsche Fassung -

Oktober 1999



ISBN 3-00-006270-X

Offizielle deutschsprachige Ausgabe
(Stand: 51. Generalversammlung, Oktober 1999)

Die vorliegenden Texte hat der Auslandsdienst der Bundesärztekammer in Abstimmung mit den anderen deutschsprachigen Mitgliedsorganisationen des Weltärztebundes, dem Liechtensteinischen Ärzteverein und der Österreichischen Ärztekammer, auf der Grundlage der englisch- und französischsprachigen Texte übersetzt.

Die Herausgabe der deutschsprachigen Ausgabe wurde durch die finanzielle Unterstützung der **HANS-NEUFFER-STIFTUNG** ermöglicht.

Die Vervielfältigung des Inhalts ist unabhängig vom Medium in unveränderter Form mit Quellenangabe und unter Abgabe eines Belegexemplars oder Veröffentlichungshinweises (bei On-line Medien) erwünscht.

Bemerkungen und Anregungen zum Inhalt bitten wir an den

Weltärztebund

P.O. Box 63 - 28
Avenue des Alpes
F-01212 FERNEY-VOLTAIRE Cedex

zu richten. Fragen und Anregungen zur deutschsprachigen Ausgabe nehmen die folgenden Organisationen entgegen:

Bundesärztekammer

Auslandsdienst
Herbert-Lewin-Str. 1
D-50931 KÖLN

Liechtensteinischer Ärzteverein

Gemeindezentrum
FL - 9497 TRIESENBERG
Fürstentum Liechtenstein

Österreichische Ärztekammer

Weihburggasse 10-12
Postfach 213
A-1010 WIEN

FMH - Zentralvorstand der Verbindung Schweizer Ärzte

Elfenstraße 19
CH-3000 Bern 16

ISBN 3-00-006270-X

Weltärztebund

P.O. Box 63 - 28, Avenue des Alpes
01212 FERNEY-VOLTAIRE Cedex, Frankreich

Im Juli 1945 fand in London eine informelle Konferenz von Ärzten aus mehreren Ländern mit dem Ziel statt, eine internationale Ärzteorganisation zu gründen, welche die 1926 gegründete, 23 Mitgliedstaaten umfassende "Association Professionnelle Internationale des Médecins" ersetzen sollte, die mit dem Ausbruch des Zweiten Weltkriegs ihre Arbeit eingestellt hatte. Dieses neue Gremium war der Weltärztebund.

Am 18. September 1947 kamen Delegierte aus 27 nationalen Ärzteorganisationen zur 1. Generalversammlung des Weltärztebundes in Genf zusammen und verabschiedeten die Statuten und die Satzung eines "Zusammenschlusses der repräsentativsten nationalen Ärzteorganisationen jedes Landes". Im darauffolgenden Jahr entschied sich der Vorstand (jetzt als Council bezeichnet) für New York als günstigsten Sitz seiner Geschäftsstelle und im Jahre 1964 wurde der Weltärztebund nach dem Gesetz des Staates New York als juristische Person eingetragen, und zwar als gemeinnützige Organisation für Bildung und Wissenschaft, wodurch dem Weltärztebund wertvolle Steuerbefreiungen gewährt werden. Aus ökonomischen Gründen und um die Verbindung zu anderen in der Schweiz ansässigen Ärzteorganisationen zu erleichtern, wurde die Geschäftsstelle später nach Ferney-Voltaire in Frankreich verlegt, das gleich hinter der Grenze in der Nähe von Genf liegt. Dort befindet sie sich seit 1974, obwohl der Weltärztebund immer noch nach dem Recht des Staates New York eingetragen ist und weiterhin die entsprechenden Vorteile genießt.

Der Weltärztebund wird häufig mit der Weltgesundheitsorganisation verwechselt. Beide beschäftigen sich mit internationalen Fragen des Gesundheitswesens; die WHO ist jedoch eine Behörde der Vereinten Nationen und wird von den Regierungen finanziert, deren Interessen naturgemäß politischer Art sind: daher unterliegt die WHO zwangsläufig politischen Einflüssen. Der Weltärztebund setzt sich hingegen aus freiwilligen Mitgliedern, den nationalen Ärzteorganisationen, zusammen und wird von diesen auch finanziert. Diese vertreten mehr als drei Millionen Ärzte weltweit, die einen Eid darauf abgelegt haben, die Interessen ihrer Patienten in den Vordergrund zu stellen und sich für die bestmögliche gesundheitliche Versorgung für alle einzusetzen, ungeachtet der Rasse, des Glaubens, der politischen Überzeugung oder der sozialen Stellung. Der Weltärztebund, der selbst apolitisch ist, umfaßt daher eine breite Vielfalt von Mitgliedern mit einer eben solchen Vielfalt von Sprachen, Kulturen und Gesundheitssystemen, die jedoch alle dieselben Ideale verfolgen und die nur ihren Patienten Rechenschaft schuldig sind.

Es stellt sich die Frage nach den Aufgaben des Weltärztebundes. Diese bestanden immer darin, ein freies und offenes Forum für die freimütige Diskussion nicht von klinischen Fragen, sondern von Fragen der ärztlichen Ethik, der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung, sozialmedizinischen Fragen und allgemeinen medizinischen Themen darzustellen.

Auf diesem Wege kann ein internationaler Konsens erreicht werden, auf dessen Grundlage Empfehlungen angeboten werden, in der Hoffnung, daß diese eine geeignete Orientierungshilfe für Ärzte darstellen, wenn Zweifel darüber bestehen, wie zu verfahren richtig ist. Wenn seine Stimme auch richtungweisend ist, da sie die wohlerwogene Meinung von vielen ärztlichen Experten aus aller Welt wiedergibt, hat und sucht der Weltärztebund keine wirklichen Befugnisse; dennoch hatten die im Laufe der Jahre abgegebenen Erklärungen und Stellungnahmen großes Gewicht in nationalen und internationalen Diskussionen.

Das vorliegende Handbuch ist eine Zusammenstellung der Erklärungen des Weltärztebundes zu einer Reihe von Fragen. Einige der darin enthaltenen Erklärungen mußten überarbeitet werden, aufgrund neuer Erkenntnisse, oder um den manchmal umständlichen Wortlaut, der bei der Zusammenarbeit von Beratern mit unterschiedlichen Muttersprachen unvermeidlich ist, zu verbessern. Einige werden zur Zeit noch überarbeitet und zweifelsohne werden nach reiflicher Überlegung zu gegebener Zeit weitere folgen, so wie es die Umstände erfordern. Sie zeigen, daß der Weltärztebund weit davon entfernt ist, tot, versteinert oder monolithisch zu sein, sondern in der Tat sehr lebendig ist, sich ständig weiterentwickelt und einzigartig ist als internationales Gremium, das die Interessen des Patienten gegen die heutige ständige Unterminierung seines rechtmäßigen Vorranges schützt.

Mai 1992

Inhalt

- Einleitung Weltärztebund
- 10.A Verletzungen bei Verkehrsunfällen, Erklärung
(TRAFFIC INJURY, STATEMENT)
- 10.AA Alkohol und Sicherheit im Straßenverkehr, Erklärung
(ALCOHOL AND ROAD SAFETY, STATEMENT)
- 10.B Unfallverhütung, Deklaration
(INJURY CONTROL, DECLARATION)
- 10.C Arzthaftung bei Kunstfehlern, Erklärung
(MEDICAL MALPRACTICE, STATEMENT)
- 10.10 Berufliche Autonomie und Selbstverwaltung,
Deklaration von Madrid
(PROFESSIONAL AUTONOMY AND SELF-REGULATION,
DECLARATION OF MADRID)
- 10.20 Gesundheit der Kinder, Erklärung,
(INFANT HEALTH, STATEMENT OF POLICY)
- 10.23 Selbstmord bei Jugendlichen, Erklärung
(ADOLESCENT SUICIDE, STATEMENT)
- 10.24 Verstümmelung weiblicher Genitalien, Erklärung
(CONDEMNATION OF FEMALE GENITAL MUTILATION)
- 10.25 Mißhandlung älterer Menschen, Deklaration von Hongkong
(THE ABUSE OF THE ELDERLY, DECLARATION
OF HONG KONG)
- 10.30 Gesundheitsgefährdung durch Tabakprodukte, Erklärung
(HEALTH HAZARDS OF TOBACCO PRODUCTS, STATEMENT)
- 10.31 Tabakerzeugnisse, Import, Export, Vertrieb und Werbung,
Erklärung
(TOBACCO MANUFACTURE, IMPORT, EXPORT ,SALE AND
ADVERTISING, STATEMENT)
- 10.40 Ersatz durch Generika, Erklärung
(GENERIC DRUG SUBSTITUTION, STATEMENT)
- 10.41 Ambulante Drogensubstitution bei Opiatabhängigen
(PRESCRIPTION OF SUBSTITUTE DRUGS IN THE OUTPATIENT
TREATMENT OF ADDICTS TO OPIATE DRUGS)

- 10.50 Ärztliche Versorgung in ländlichen Gebieten, Empfehlungen
(MEDICAL CARE IN RURAL AREAS, RECOMMENDATIONS)
- 10.55 Sicherheit am Arbeitsplatz, Erklärung
(SAFETY IN THE WORKPLACE, STATEMENT)
- 10.60 Aufgaben des Arztes im Umweltschutz und in der Bevölkerungsentwicklung, Deklaration
(THE ROLE OF PHYSICIANS IN ENVIRONMENTAL AND DEMOGRAPHIC ISSUES, DECLARATION)
- 10.70 Zugang zur medizinischen Versorgung, Erklärung
(ACCESS TO HEALTH CARE, STATEMENT)
- 10.75 Gesundheitsförderung, Erklärung
(HEALTH PROMOTION, STATEMENT)
- 10.80 Die ärztliche Aus- und Weiterbildung, Deklaration von Rancho Mirage
(MEDICAL EDUCATION, DECLARATION OF RANCHO MIRAGE)
- 10.81 Fünfte Weltkonferenz des Weltärztebundes über ärztliche Aus-, Weiter-, und Fortbildung, Deklaration
(WMA FIFTH WORLD CONFERENCE ON MEDICAL EDUCATION, DECLARATION)
- 10.90 Gesundheitssicherstellung in nationalen Gesundheitssystemen, Zwölf Grundsätze
(TWELVE PRINCIPLES OF PROVISION OF HEALTH CARE IN ANY NATIONAL HEALTH CARE SYSTEM)
- 10.110 Familienplanung und das Recht der Frau auf Empfängnisverhütung; Erklärung
(FAMILY PLANNING AND THE RIGHT OF A WOMAN TO CONTRACEPTION)
- 10.120 Resistenz gegen Antibiotika, Erklärung
(STATEMENT ON RESISTANCE TO ANTIMICROBIAL DRUGS)
- 10.140 Gewalt in der Familie, Erklärung
(DECLARATION ON FAMILIY VIOLENCE)
- 10.150 Verantwortung des Arztes hinsichtlich der Qualität der medizinischen Versorgung, Erklärung
(STATEMENT ON PROFESSIONAL RESPONSIBILITY FOR STANDARDS OF MEDICAL CARE)

- 10.160 Leitlinien für eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung der gesundheitlichen Versorgung, Deklaration
(DECLARATION WITH GUIDELINES FOR CONTINUOUS QUALITY IMPROVEMENT IN HEALTH CARE)
- 10.180 Ärztedichte, Entschließung
(RESOLUTION ON THE MEDICAL WORKFORCE)
- Medikamentöse Behandlung von Tuberkulose, Erklärung
(STATEMENT ON DRUG TREATMENT OF TUBERCULOSIS)
- 10.210 Arbeitsbeziehungen zwischen Ärzten und Pharmazeuten in der medizinischen Therapie, Erklärung
(STATEMENT ON THE WORKING RELATIONSHIP BETWEEN PHYSICIANS AND PHARMACISTS)
17. A Internationale Ärztliche Standesordnung und Deklaration von Genf
(MEDICAL ETHICS, INTERNATIONAL CODE AND DECLARATION OF GENEVA)
17. B Definition des Todes, Deklaration von Sydney
(STATEMENT ON DEATH, DECLARATION OF SYDNEY)
- 17.C Empfehlungen für Ärzte, die in der biomedizinischen Forschung am Menschen tätig sind, Deklaration von Helsinki
(DECLARATION OF HELSINKI GUIDING PHYSICIANS IN BIOMEDICAL RESEARCH INVOLVING HUMAN SUBJECTS)
- 17.D Erklärung zum therapeutischen Schwangerschaftsabbruch, Deklaration von Oslo
(STATEMENT ON THERAPEUTIC ABORTION, DECLARATION OF OSLO)
- 17.F Deklaration von Tokio
(DECLARATION OF TOKYO)
- 17.FF Leibesvisitation bei Häftlingen, Erklärung
(BODY SEARCHES OF PRISONERS, STATEMENT)
- 17.FFF Hungerstreik, Deklaration von Malta
(HUNGERSTRIKERS, DECLARATION OF MALTA)
- 17.FFFF Unterstützung von Ärzten, die die Mitwirkung an Folterungen oder anderen Formen grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlungen ablehnen, Deklaration von Hamburg
(DECLARATION OF HAMBURG ON SUPPORT FOR MEDICAL DOCTORS REFUSING TO PARTICIPATE IN, OR TO CONDONE, THE USE OF TORTURE OR OTHER FORMS OF CRUEL, INHUMAN, OR DEGRADING TREATMENT.)

- 17.G Erklärung zur Umweltverschmutzung, Deklaration von Sao Paulo
(STATEMENT ON POLLUTION, DECLARATION OF SAO PAULO)
- 17.G/1 Umweltbelastung durch Lärm, Erklärung
(NOISE POLLUTION, STATEMENT)
- 17.H Die Rechte des Patienten, Deklaration von Lissabon
(THE RIGHTS OF THE PATIENT, DECLARATION OF LISBON)
- 17.I Grundsätze für die Gesundheitsfürsorge in der Sportmedizin,
Deklaration
(PRINCIPLES OF HEALTH CARE FOR SPORTS MEDICINE,
DECLARATION)
- 17.J Der todkranke Patient, Deklaration von Venedig
(TERMINAL ILLNESS, DECLARATION OF VENICE)
- 17.K Boxsport, Empfehlungen
(BOXING, RECOMMENDATIONS)
- 17.L Die Menschenrechte und die persönliche Freiheit des einzelnen
Arztes, Deklaration
(HUMAN RIGHTS AND INDIVIDUAL FREEDOM OF MEDICAL PRACTI-
TIONERS, DECLARATION)
- 17.M Handel mit Organen, Erklärung
(LIVE ORGAN TRADE. STATEMENT)
- 17.N In-vitro-Fertilisation und Embryo-Transfer, Erklärung
(IN-VITRO FERTILIZATION AND EMBRYO TRANSPLANTATION, STA-
TEMENT)
- 17.N/3 Ethische Aspekte der Embryonenreduktion, Erklärung
(ETHICAL ASPECTS OF EMBRYONIC REDUCTION,
STATEMENT)
- 17.O Unabhängigkeit und berufliche Freiheit des Arztes, Deklaration
(PHYSICIAN INDEPENDENCE AND PROFESSIONAL FREEDOM, DECLA-
RATION)
- 17.OO Vertraulichkeit und Vertretung der Patienteninteressen,
Erklärung
(PATIENT ADVOCACY AND CONFIDENTIALITY, STATEMENT)
- 17.OO/1 Ethische Probleme bei Patienten mit psychischen Erkrankungen,
Erklärung
(PATIENT ADVOCACY AND CONFIDENTIALITY, STATEMENT)
- 17.P Euthanasie, Deklaration
(EUTHANASIA, DECLARATION)

- 17.PP Ärztliche Hilfe zum Selbstmord, Erklärung
(PHYSICIAN-ASSISTED SUICIDE, STATEMENT)
- 17.Q Organtransplantation, Deklaration
(HUMAN ORGAN TRANSPLANTATION, DECLARATION)
17. R AIDS, vorläufige Erklärung
(AIDS INTERIM STATEMENT)
- 17.R/1 Berufliche Verantwortung der Ärzte bei der Behandlung von
 AIDS-Patienten, Erklärung
(THE PROFESSIONAL RESPONSIBILITY OF PHYSICIANS IN
TREATING AIDS PATIENTS, STATEMENT)
- 17.R/2 Fragen in Verbindung mit der HIV-Infektion, Erklärung
(ISSUES RAISED BY THE HIV EPIDEMIC, STATEMENT)
- 17.S Gentherapie und Gentechnologie, Erklärung
(GENETIC COUNSELING AND GENETIC ENGINEERING,
STATEMENT)
- 17.S/1 Projekt der Analyse des menschlichen Genoms, Deklaration
(THE HUMAN GENOME PROJECT, DECLARATION)
- 17.T Transplantation von fetalem Gewebe, Erklärung
(FETAL TISSUE TRANSPLANTATION, STATEMENT)
- 17.U Biomedizinische Forschung an Tieren, Erklärung
(ANIMAL USE IN BIOMEDICAL RESEARCH, STATEMENT)
- 17.V Dauerkoma (Persistent Vegetative State), Erklärung
(PERSISTENT VEGETATIVE STATE, STATEMENT)
- 17.W Mißhandlung und Vernachlässigung von Kindern, Erklärung
(CHILD ABUSE AND NEGLECT, STATEMENT)
- 17.X Versorgung von Patienten im Endstadium einer zum Tode
 führenden Krankheit mit starken chronischen Schmerzen,
 Erklärung
(THE CARE OF PATIENTS WITH SEVERE CHRONIC PAIN
IN TERMINAL ILLNESS, STATEMENT)
- 17.Y Biologische und chemische Waffen, Deklaration
(CHEMICAL AND BIOLOGICAL WEAPONS, DECLARATION)
- 17.Z Ärztliche Ethik im Katastrophenfall, Erklärung
(MEDICAL ETHICS IN THE EVENT OF DISASTERS, STATEMENT)

- 17.35 Häusliche medizinische Überwachung, "Telemedizin" und ärztliche Ethik, Erklärung
(HOME MEDICAL MONITORING, "TELE-MEDICINE" AND MEDICAL ETHICS, STATEMENT)
- 17.36 Ethik und Verantwortlichkeit in der Telemedizin, Erklärung
(STATEMENT ON ACCOUNTABILITY, RESPONSIBILITIES AND ETHICAL GUIDELINES IN THE PRACTICE OF TELEMEDICINE)
- 17.50 Richtlinien für den Fall bewaffneter Konflikte
(TIME OF ARMED CONFLICT, REGULATIONS)
- 17.90 Freiheit der Teilnahme an Ärzteversammlungen, Erklärung
(FREEDOM TO ATTEND MEDICAL MEETINGS, STATEMENT)
- 17.130 Waffen und deren Auswirkungen auf Leben und Gesundheit, Erklärung
(STATEMENT ON WEAPONS AND THEIR RELATION TO LIFE AND HEALTH)
- 17.170 Recht des Kindes auf gesundheitliche Versorgung, Deklaration
(DECLARATION OF OTTAWA ON THE RIGHT OF THE CHILD TO HEALTH CARE)
- 17.777 Patente auf medizinische Verfahren, Erklärung
(STATEMENT ON MEDICAL PROCESS PATENTS)
- 17.210 Berufszulassung von Ärzten, die sich der Strafverfolgung wegen schwerwiegender strafbarer Handlungen entziehen, Erklärung
(STATEMENT ON LICENSING OF PHYSICIANS FLEEING PROSECUTION FOR SERIOUS CRIMINAL OFFENCES.)
- 17.250 Einrichtung einer Stelle für einen Berichterstatter bei den Vereinten Nationen zur Überwachung der Unabhängigkeit und Integrität von Angehörigen medizinischer Berufe, Vorschlag
(PROPOPSAL FOR A UNITED NATIONS RAPPORTEUR ON THE INDEPENDENCE AND INTEGRITY OF HEALTH PROFESSIONALS.)
- 17.270 Nuklearwaffen, Deklaration
(DECLARATION ON NUCLEAR WEAPONS)
- 20.1/90 Therapeutischer Ersatz, EntschlieÙung
(THERAPEUTIC SUBSTITUTION, RESOLUTION)
- 20.1/95 Atomwaffentests, EntschlieÙung
(TESTING OF NUCLEAR WEAPONS, RESOLUTION)
- 20.1/96 Verstärkte Investitionen in die gesundheitliche Versorgung, EntschlieÙung
(RESOLUTION ON IMPROVED INVESTMENT IN HEALTH CARE)

- 20.1/98 SIRUS-Projekt, EntschlieÙung
(RESOLUTION ON THE SIRUS PROJECT:“TOWARDS A DETERMINATION OF WHICH WEAPONS CAUSE „SUPERFLUOUS INJURY OR UNNECESSARY SUFFERING“)
- 20.2/88 Akademische Sanktionen oder Boykotts, Erklärung
(ACADEMIC SANCTIONS OR BOYCOTTS, STATEMENT)
- 20.2/90 Menschenrechte, EntschlieÙung
(HUMAN RIGHTS, RESOLUTION)
- 20.2/91 Verbot des Rauchens auf internationalen Flügen, EntschlieÙung
(PROHIBIT SMOKING ON INTERNATIONAL FLIGHTS, RESOLUTION)
- 20.2/94 Ärztliches Verhalten bei Organtransplantationen, EntschlieÙung
(PYSICIANS' CONDUCT CONCERNING HUMAN ORGAN TRANSPLANTATION, RESOLUTION)
- 20.2/97 Klonierung, EntschlieÙung
(RESOLUTION ON CLONING)
- 20.2/98 Haager Friedensappell 1999, EntschlieÙung
(RESOLUTION OF THE HAGUE APPEAL FOR PEACE 1999)
- 20.3/88 Ärztliche Gruppenpraxis, EntschlieÙung
(MEDICAL GROUP PRACTICE, RESOLUTION)
- 20.3/96 EntschlieÙung des Weltärztebundes zu Dr. Radovan Karadzic
(RESOLUTION CONCERNING DR. RADOVAN KARADZIC)
- 20.4/88 EntschlieÙung (zu Generika)
(RESOLUTION)
- 20.4/97 Berufsverbot für Ärztinnen in Afghanistan und zum Ausschluß von Frauen von der gesundheitlichen Versorgung, EntschlieÙung
(RESOLUTION ON THE PROHIBITION OF ACCESS OF WOMEN TO HEALTH CARE AND THE PROHIBITION OF PRACTICE BY FEMALE DOCTORS IN AFGHANISTAN.)
- 20.4/99 Aufnahme der Ärztlichen Ethik und der Menschenrechte in die Lehrpläne der medizinischen Fakultäten weltweit
(INCLUSION OF MEDICAL ETHICS AND HUMAN RIGHTS IN THE CURRICULUM OF MEDICAL SCHOOLS WORLD-WIDE , RESOLUTION)
- 20.5/97 Wirtschaftsembargos und Gesundheit, EntschlieÙung
(ECONOMIC EMBARGOES AND HEALTH.)

- 20.6/81 Beteiligung von Ärzten an der Vollstreckung von Todesurteilen, Entschließung
(PHYSICIAN PARTICIPATION IN CAPITAL PUNISHMENT, RESOLUTION)
- 20.7/98 Unterstützung der Konvention von Ottawa (Konvention über das Verbot des Einsatzes, der Lagerung, der Herstellung und des Transfers von Antipersonenminen und über deren Zerstörung), Entschließung
(RESOLUTION SUPPORTING THE OTTAWA CONVENTION (CONVENTION ON THE PROHIBITION OF THE USE, STOCKPILING, PRODUCTION AND TRANSFER OF ANTI-PERSONNEL MINES AND ON THEIR DESTRUCTION)
- 20.8 Einsatz von Computern in der Medizin, Erklärung
(USE OF COMPUTER IN MEDICINE, STATEMENT)
- 20.8/98 Medizinische Versorgung von Flüchtlingen
(RESOLUTION ON MEDICAL CARE FOR REFUGEES)
- 20.9/98 Berichte über Menschenrechtsverletzungen im Gesundheitssektor im Kosovo, Entschließung
(RESOLUTION ON REPORTED VIOLATIONS OF HEALTH RELATED HUMAN RIGHTS IN KOSOVA)
- 20.10/I Entwicklung der Arztzahlen (I), Erklärung
(MEDICAL MANPOWER I, STATEMENT)
- 20.10/II Entwicklung der Arztzahlen(II), Erklärung
(MEDICAL MANPOWER II, STATEMENT)
- 20.10/III Entwicklung der Arztzahlen(III), Erklärung
(MEDICAL MANPOWER III, STATEMENT)
- 20.30 Gebrauch und Mißbrauch psychotroper Arzneimittel, Erklärung
(THE USE AND MISUSE OF PSYCHOTROPIC DRUGS, STATEMENT)
- Anhang I Dokumente und Schlüsselwörter
- Anhang II Schlüsselwörter in alphabetischer Reihenfolge
- Anhang III Neue Dokumente, 1999

WELTÄRZTEBUND

Erklärung des Weltärztebundes
zu

Verletzungen bei Verkehrsunfällen

verabschiedet von der
42. Generalversammlung des Weltärztebundes
Rancho Mirage, U.S.A., Oktober 1990

Präambel

Schwere Verletzungen bei Straßenverkehrsunfällen stellen ein Problem der öffentlichen Gesundheit dar, dessen Folgen gleichzusetzen sind mit den Folgen von Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. In manchen Ländern sind diese Verletzungen eine der Haupttodesursachen bei Jugendlichen. Zur Zeit sterben weltweit jährlich eine halbe Million Menschen auf den Straßen, etwa 15 Millionen tragen Verletzungen davon.

Kraftfahrzeugzusammenstöße ergeben sich durch das plötzliche, unvorhergesehene und manchmal verheerende Aufeinandertreffen von Mensch, Maschine und Straße. Wie bei Krankheiten ist ein Verständnis der Ätiologie des Traumas ein wichtiger Schritt zu seiner Verhinderung und Beherrschung. Vorbeugende und schützende Aspekte bilden ein gewaltiges Potential für eine wirksame Prävention. Verkehrsunfälle und ihre Folgen lassen sich durch die systematische und umfassende Anwendung von Erkenntnissen beim Automobilbau, Straßenbau und der Verkehrsplanung reduzieren, wenn sie Hand in Hand gehen mit geeigneten regulativen Maßnahmen. Zweifelsohne hat auch die Aufklärung der Öffentlichkeit einen bedeutenden Stellenwert. Obwohl Verkehrsfragen im allgemeinen für die Öffentlichkeit von großem Interesse sind, wird der Verkehrssicherheit leider nur beiläufige Beachtung zuteil, wenn auch vielleicht das Interesse zunimmt.

In motorisierten Ländern werden etwa 10% der gesamten Krankenhauskapazität von Verkehrsoptern beansprucht, ohne Berechnung der Kosten für Rehabilitation, Langzeit- oder Dauerbehinderung.

Obwohl es sicher zutrifft, daß das Verhalten der Verkehrsteilnehmer weitgehend zur Verkehrssicherheit beiträgt, hat man sich dennoch in letzter Zeit mehr auf andere Komponenten des Systems konzentriert - nämlich auf die Fahrzeuge selbst und den Zustand der Straßen. Daher ist es auch angebracht, die Politik und Verfahrenspraxis jener mit einzubeziehen, die Verantwortung für die Verkehrsplanung, die Verkehrslenkung und die Sicherheit im Straßenverkehr tragen. So hängt zum Beispiel, wenn ein Fahrzeug außer Kontrolle gerät und verunglückt, die Heftigkeit des Aufpralls von Größe, Gewicht, Härte und

anderen Eigenschaften des Objekts ab, mit dem es zusammenstößt. Deshalb sollte die Straße von Hindernissen und Barrieren wie Mauern, große Bäumen und Felsbrocken freigehalten werden.

Die Ärzteschaft hat die gleiche Verpflichtung, sich mit Straßenverkehrsunfällen zu befassen wie mit allen anderen Fragen der öffentlichen Gesundheit und sollte sich an Überwachung und Prävention dieser Problematik beteiligen. Nationale Ärzteverbände sollten Kontakte zu Regierungsstellen und Politikern unterhalten, damit diese Problematik Vorrang erhält und geeignete Maßnahmen im menschlichen, fahrzeugtechnischen und straßenbaurelevanten Bereich getroffen werden.

Empfehlungen

- 1) Zur Verhütung von Straßenverkehrsunfällen ist zunächst der Straßenbau zu verbessern; dazu gehört nicht nur die Anlage einer Straße, sondern auch seine Instandhaltung. Die Infrastruktur sollte so angelegt und instandgehalten werden, daß sie der steigenden Anzahl von Kraftfahrzeugen auf den Straßen gerecht wird. Dies erfordert die Investition entsprechender öffentlicher Mittel. Man sollte die Verkehrsplanung verbessern und die Zahl der mehrspurigen geteilten Autobahnen, der kreuzungsfreien Unter- und Überführungen und der befahrbaren Seitenstreifen nach Möglichkeit erhöhen, um das Risiko von Frontalzusammenstößen auf ein Mindestmaß zu senken. Fahrbahntrennungen sollten, wo immer möglich, ebenso eingeplant werden, wie eine Abschirmung des nicht-motorisierten Verkehrs vom motorisierten Verkehr, mit besonderem Augenmerk auf die Sicherheit der Fußgänger, vorgenommen werden sollte; denn die Fußgänger machen 25% der Verkehrstoten aus.
- 2) Durch Erziehung zum richtigen Verhalten im Straßenverkehr sollten Verhaltensänderungen herbeigeführt werden - einschließlich des Verzichts auf das Rauchen während des Fahrens - und es sollten Bemühungen in den Vordergrund gestellt werden, die erkennbare Vorteile bei der Unfallvorbeugung vor dem Hintergrund des persönlichen Umfelds, der kulturellen Eingebundenheit, des Stands der nationalen Motorisierung, der Bevölkerungsdichte und der kulturellen Unterschiede aufzeigen. Hierzu gehören beispielsweise die Erziehung und die strenge Anwendung der Gesetze, die das Fahren unter Alkoholeinfluß verbieten. Der richtig angelegte Sicherheitsgurt bietet ein hohes Maß an Schutz: Fahrzeuginsassen sollten sich immer anschnallen. Gesetze zur Gurtanlegepflicht waren bisher hilfreich.
- 3) Die Sicherheit der Fußgänger ist durch Gesetzesbildung im technischen Bereich, ihre Durchführung, die Instandhaltung sowie durch Erziehung und Schaffung von Abgrenzungszonen zu gewährleisten.
- 4) Um die Verletzungsgefahr zu verringern, sollte die Ärzteschaft für die Einführung von folgenden Sicherheitsmaßnahmen eintreten: Sicherheitsgurte, Schutzhelme, Sicherheitsglasfenster und -windschutzscheiben, sichere Türschlösser, Teleskoplenksäulen und Fahrzeuginnenausstattungen, die weniger Verletzungsgefahren darstellen.
- 5) Die Hersteller sollten Fahrzeuge konstruieren, die den Insassen optimalen Schutz bieten. Es sollte eine regelmäßige Sicherheitsinspektion der Fahrzeuge eingeführt werden.

- 6) Die Versorgung am Unfallort ist häufig von größerer Wichtigkeit für das Überleben und für den Grad der möglichen Genesung als zu jedem späteren Zeitpunkt der Akutversorgung. Dabei sollte ein gutes Kommunikationssystem für den schnellen Einsatz von Helfern und Transportmitteln zum raschen Abtransport der Opfer Vorrang haben. Die Ausbildung der Erstversorger am Unfallort ist zu verbessern.

WELTÄRZTEBUND

Erklärung des Weltärztebundes
zu

Alkohol und Sicherheit im Straßenverkehr

verabschiedet von der
44. Generalversammlung des Weltärztebundes
Marbella, Spanien, September 1992

Präambel

Todesfälle und Verletzungen durch Straßenverkehrsunfälle mit Fußgängern und Kraftfahrzeugzusammenstöße stellen ein bedeutendes Problem für die Volksgesundheit dar. Weil so viele junge Leute unter den auf den Straßen Getöteten und Verletzten sind, kommen die durch Verkehrsunfälle verlorenen Lebensjahre den Auswirkungen der großen modernen Epidemien wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs gleich.

In vielen Ländern, in denen der Alkoholgenuß als Teil des täglichen Lebens akzeptiert wird, hat sich gezeigt, daß unter Alkoholeinfluß stehende Autofahrer für etwa die Hälfte aller durch Straßenverkehrsunfälle verursachten Todesfälle und schweren Verletzungen verantwortlich sind.

Daraus folgt, daß Maßnahmen, um sicherzustellen, daß unter Alkoholeinfluß stehende Personen nicht Auto fahren, zu einer erheblichen Verbesserung der Sicherheit im Straßenverkehr und zu einer merklichen Verringerung der Zahl der im Straßenverkehr Getöteten oder Verletzten führen werden.

Beim Führen eines Kraftfahrzeugs nimmt man ein gewisses Risiko auf sich. Vorsichtige Fahrer haben die Risiken, die ihnen begegnen, ständig unter Kontrolle und verhalten sich so, daß die Höhe des Risikos nie subjektiv unannehmbar wird. Alkohol verändert die subjektive Risikoeinschätzung des Autofahrers, so daß die Wahrscheinlichkeit riskanten Verhaltens steigt, während gleichzeitig die objektiv meßbare Fahrtüchtigkeit durch die sedierende Wirkung abnimmt. Hierdurch entstehen auf Alkoholeinfluß zurückzuführende Straßenverkehrsunfälle.

Derjenige, der Alkohol getrunken hat und sich zum Autofahren entschließt, steht vor einer ähnlichen Risikoentscheidung. Die sichere Bewältigung des Straßenverkehrs ist bei der Risikoabwägung zu berücksichtigen. Die subjektive Risikoeinschätzung wird durch den Alkoholeinfluß in fortschreitendem Maße verzerrt. Daher ist es erforderlich, sicherzustellen, daß Autofahrer sich überlegen, ob sie fahren wollen oder nicht, bevor sie so viel Alkohol getrunken haben, daß ihre Urteilskraft wesentlich beeinträchtigt ist. Dies setzt voraus, daß der

gesetzliche Grenzwert für die Blutalkoholkonzentration bei Autofahrern niedrig angesetzt werden muß, und zwar bei einem Wert, bei dem eine subjektive Risikoeinschätzung für praktisch jeden realistisch bleibt.

Ernstere Probleme der Volksgesundheit verlangen eine koordinierte Vorgehensweise. Im einzelnen muß jede erfolgreiche Vorgehensweise auf der Analyse des für ein bestimmtes Land und eine bestimmte Kultur spezifischen Problems beruhen. In den meisten Ländern sind an den auf Alkoholeinfluß zurückzuführenden Straßenverkehrsunfällen unverhältnismäßig viele Jugendliche und junge Erwachsene beteiligt, und es bedarf besonderer Bemühungen, den Alkoholgenuß dieser Gruppe zu reduzieren. In vielen dieser Beispiele spiegeln die Probleme des Alkohols im Straßenverkehr die Alkoholprobleme am Arbeitsplatz oder im sozialen oder häuslichen Umfeld wider.

Erfolgreiche Programme erfordern:

- die Aufklärung der Bevölkerung über die Schwere des Problems und über die Gründe, warum Alkohol für den Autofahrer gefährlich ist, mit dem Ziel, die Einstellung der Bevölkerung zum Alkohol im Straßenverkehr zu verändern;
- die Festigung dieser Einstellung mit Hilfe geeigneter Umsetzungsmaßnahmen und durch gesetzliche Sanktionen und
- die Feststellung, welche Personen ein Alkoholproblem haben und zusätzlicher Maßnahmen bedürfen.

Empfehlungen

Der Weltärztebund ruft alle nationalen Organisationen nachdrücklich dazu auf, für die folgenden Grundsätze einzutreten:

1. Auf Alkoholeinfluß zurückzuführende Straßenverkehrsunfälle stellen ein bedeutendes vermeidbares Problem für die Volksgesundheit dar. Es müssen der Bedeutung des Problems angemessene finanzielle Mittel des Gesundheitswesens hierfür bereitgestellt werden.
2. Detaillierte Präventionsmaßnahmen erfordern eine gute Kenntnis der betroffenen Altersgruppen und der betroffenen sozialen Gruppen sowie der herrschenden sozialen Gegebenheiten, die in diesen Gruppen das Problem hervorrufen. Es ist eine Forschung vonnöten, die diese Fragen detailliert untersucht. Dort, wo bestimmte soziale Gruppen als betroffen erkannt werden, müssen umfassende Maßnahmen ergriffen werden, um deren Problem zu behandeln. Hierzu kann gehören, die Verfügbarkeit von Alkohol für diese Gruppe einzuschränken und dafür zu sorgen, daß die am Verkauf von alkoholischen Getränken Beteiligten eine Mitverantwortung für die Folgen des Verkaufs tragen. Aufklärung muß auf einen Einstellungswandel abzielen, wenn nötig, gestützt von Sanktionen. Es muß ferner dafür Sorge getragen werden, daß Alkohol vom Arbeitsplatz ferngehalten wird.

3. Ein auf Alkoholeinfluß zurückzuführender Straßenverkehrsunfall muß als eines der miteinander in Wechselwirkung stehenden Alkoholprobleme, die den einzelnen betreffen können, betrachtet werden; zu weiteren Problemen zählen Arbeitsunfälle, häuslicher Streit und Gewalt sowie die eigene, mit dem Alkoholismus verbundene Erkrankung. Die rechtliche und die ärztliche Behandlung der Betroffenen müssen dies berücksichtigen.
 - a) Es sollte niemals auf eine Gelegenheit zur Rehabilitation eines Menschen, der Alkohol mißbraucht, verzichtet werden. Jeder Autofahrer, der des Fahrens unter Alkoholeinfluß oder mit übermäßigem Atem- oder Blutalkohol überführt wird, sollte auf andere Alkoholprobleme hin untersucht werden und, wenn erforderlich, in ein Rehabilitationsprogramm aufgenommen werden.
 - b) Zu diesem Zweck eingerichtete Rehabilitationsprogramme sollten aus öffentlichen Mitteln finanziert werden in Anbetracht der bedeutenden Gefährdung des öffentlichen Wohls durch ungelöste Alkoholabhängigkeit.
4. Durch die Aufklärung der Bevölkerung muß sichergestellt werden, daß der fortschreitende Einfluß des Alkohols sowohl auf die Fahrtüchtigkeit als auch auf die Risikoeinschätzung verstanden wird. Die Wirkung des Alkoholmißbrauchs auf die Gesundheit insgesamt darf nicht vergessen werden und die Bevölkerung sollte sich stärker der Tatsache bewußt sein, daß eine höhere Wahrscheinlichkeit medizinischer Komplikationen besteht, wenn der Verletzte unter Alkoholeinfluß steht.
 - a) Die allgemein gesundheitliche Botschaft sollte lauten, daß Alkoholgenuß immer gemäßigt sein sollte.
 - b) Die spezifische Botschaft sollte lauten, daß jemand, der Alkohol getrunken hat, nicht Auto fahren sollte.
 - c) Das besondere Problem der Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die unter Alkoholeinfluß Auto fahren, muß durch Aufklärungsprogramme über die Wirkung des Alkohols angegangen werden, die sich über die ganze Schulzeit erstrecken und die eine verantwortungsbewußte Einstellung zum Alkohol und zum Autofahren fördern. Gleichzeitig sollten weitere Fragen, die den Alkohol betreffen, angesprochen werden.
5. Ärzte sollten für die Notwendigkeit einer niedrigen gesetzlich erlaubten Blutalkoholkonzentration bei Autofahrern eintreten, die sicherlich 50mg auf 100ml Blut oder vergleichbare Atemkonzentrationen nicht übersteigen sollte.
 - a) Die gesetzliche Festlegung niedriger Grenzwerte ist wenig wirksam, wenn deren Umsetzung ungewiß ist. Die nationalen Organisationen sollten sorgsam in Erwägung ziehen, ob es sinnvoll ist, darauf zu bestehen, daß

i) jeder an einem größeren Straßenverkehrsunfall beteiligte Autofahrer auf seine Atem- oder Blutalkoholkonzentration hin untersucht wird.

ii) Stichprobenuntersuchungen bei Autofahrern durchgeführt werden, und zwar entweder generell oder aber zu den Zeitpunkten, wo nach Erkenntnis der Forschung auf Alkoholeinfluß zurückzuführende Straßenverkehrsunfälle mit besonders hoher Wahrscheinlichkeit auftreten.

WELTÄRZTEBUND

Deklaration des Weltärztebundes
zur

Unfallverhütung

verabschiedet von der
42. Generalversammlung des Weltärztebundes
Rancho Mirage, U.S.A., Oktober 1990

Der Weltärztebund hat auf seiner wissenschaftlichen Tagung in Hongkong im September 1989 die Probleme erörtert, die mit Unfällen und deren Verhütung im Zusammenhang stehen und empfiehlt allen nationalen Ärzteverbänden mit Nachdruck, in Zusammenarbeit mit den zuständigen staatlichen und privaten Organisationen ein Programm zu entwickeln und durchzuführen, um Verletzungen durch Unfälle zu verhindern oder unter Kontrolle zu bringen. Dieses Programm muß Bemühungen, die medizinische Versorgung und die Rehabilitation von Unfallpatienten zu verbessern, ebenfalls mit einschließen. Forschung und Ausbildung in der Unfallverhütung müssen intensiviert werden. Eine Zusammenarbeit auf internationaler Ebene stellt eine lebenswichtige und notwendige Komponente eines erfolgreichen Projektes dar.

Der Weltärztebund rät den einzelnen nationalen Ärzteorganisationen, folgende Grundelemente in ihre Programme aufzunehmen:

1. Einleitung

Unfallfolgen sind die Hauptursache von Tod und Invalidität bei Kindern und Jugendlichen. Verletzungen zerstören die Gesundheit, das Leben und die Erwerbsfähigkeit von Millionen von Menschen in jedem Jahr. Verletzungen sind jedoch vermeidbar. Es gibt Möglichkeiten, Unfallursachen zu ergründen und Verletzungen zu verhindern. Leben können gerettet und Überlebenschancen verbessert werden, wenn diese Möglichkeiten genutzt werden.

Die Überwachung der Unfallverhütung sollte als Prioritätsprojekt des öffentlichen Gesundheitswesens Anerkennung finden und koordiniert werden mit den Gesundheits- und Sozialträgern sowie mit dem Transportwesen eines jeden Landes. Die Beteiligung und Führungsposition der Ärzte sind für den Erfolg eines solchen Projektes unerlässlich.

2. Epidemiologie

Der erste Schritt eines solchen Projektes muß der Beschaffung umfangreichen Datenmaterials dienen, um Prioritäten zu setzen sowie Forschungs- und Interventionsansätze zu ermitteln. Ein wirksames Erfassungssystem aller Unfallverletzungen sollte in jedem Land errichtet werden,

um Informationen zu sammeln und zu integrieren. Krankenhäuser und Gesundheitsämter müssen ein übereinstimmendes und genaues Erfassungssystem zur Speicherung von Verletzungsdaten einrichten. Es sollte auch eine einheitliche Kodierung von Schweregraden der Verletzungen festgelegt werden.

3. Prävention

Die Prävention von Verletzungen verlangt nach Ausbildung und Erziehung, damit die Menschen lernen, ihr Verhalten zu ändern und dadurch das Verletzungsrisiko zu senken. Gesetze und Bestimmungen sollten erlassen werden, um neue Verhaltensmuster auf wissenschaftlicher Basis zu schaffen, die helfen, Verletzungen zu verhindern. Diese Gesetze sind konsequent anzuwenden, damit tatsächlich eine Verhaltensänderung eintritt. Verbesserungen von Umweltstrukturen und Produkten der Industrie, die geeignet sind, Schutz gegen Verletzungen zu bieten, sollten gefördert werden, da sie die wirksamsten Mittel zur Verhütung von Verletzungen darstellen.

4. Biomechanismen

Die biomedizinische Forschung über Verletzungsursachen und ihre Verhinderung sollte Vorrang erhalten. Ein besseres Verständnis der Biomechanismen von Verletzungen und Invalidität könnte den Schutz der Menschen weitgehend verbessern. Produkt-Designs müssen bestimmten Sicherheitsvorschriften unterliegen, die aus einem besseren Verständnis der Biomechanismen von Verletzungen heraus entwickelt wurden.

5. Behandlung

Das Verfahren am Unfallort muß durch ein wirksames Kommunikationssystem mit praktischen Ärzten optimiert werden, um die Entscheidungsfindung zu erleichtern. Schneller und sicherer Transport ins Krankenhaus muß veranlaßt werden. Ein erfahrenes Team von Unfallärzten muß im Krankenhaus zur Verfügung stehen. Ebenso müssen die für die Behandlung von Verletzten erforderlichen Geräte vorhanden sein. Dazu gehört auch der sofortige Zugang zu einer Blutbank. Die Ausbildung von Ärzten in der Versorgung von Unfallopfern ist sicherzustellen, damit ständig eine ausreichende Zahl qualifizierter Ärzte verfügbar ist.

6. Rehabilitation

Trauma-Patienten brauchen ununterbrochene Pflege, bei welcher es nicht nur um das Überleben geht, sondern auch um die Identifikation und Erhaltung von Restfunktionen. Die Rehabilitation muß die biologischen, psychologischen und sozialen Funktionen wiederherstellen und in dem Bemühen gipfeln, dem Unfallopfer ein Höchstmaß an persönlicher Autonomie und unabhängiger Lebensführung zu ermöglichen. Es muß jede Anstrengung unternommen werden, dem Patienten (und der Familie) eine stationäre Unterbringung zu ersparen. Die Rehabilitation kann auch Veränderungen der häuslichen und sozialen Umgebung des Patienten mit sich bringen.

WELTÄRZTEBUND

Erklärung des Weltärztebundes
zur

Arzthaftung bei Kunstfehlern

verabschiedet von der
44. Generalversammlung des Weltärztebundes
Marbella, Spanien, September 1992

In einigen Ländern nehmen die Arzthaftungsverfahren wegen ärztlicher Kunstfehler zu und die nationalen Ärzteorganisationen suchen nach Wegen, um das Problem zu bewältigen. In anderen Ländern kommt es selten zu Arzthaftungsverfahren, jedoch sollten die nationalen Ärzteorganisationen dieser Länder aufmerksam die Fragen und Umstände verfolgen, die zu einem Anstieg der Zahl der gegen Ärzte erhobenen Klagen führen könnten.

Mit dieser Erklärung will der Weltärztebund die nationalen Ärzteorganisationen über einige mit den Arzthaftungsverfahren verbundene Tatsachen und Fragen informieren. Die Gesetze und Rechtssysteme in den einzelnen Ländern wie auch die sozialen Traditionen und die wirtschaftliche Lage des Landes werden Einfluß auf die Bedeutung einiger Teile dieser Erklärung für jede einzelne nationale Ärzteorganisation haben. Dennoch glaubt der Weltärztebund, daß diese Stellungnahme für alle nationalen Ärzteorganisationen von Interesse sein sollte.

- 1.) Ein Anstieg der Arzthaftungsverfahren kann zum Teil aus einem oder mehreren der folgenden Umstände resultieren:
 - a) Die Zunahme des medizinischen Wissens und die Zunahme der medizinischen Technologie ermöglicht es Ärzten, medizinische Leistungen zu erbringen, die in der Vergangenheit nicht möglich waren; diese Leistungen bringen jedoch in vielen Fällen auch schwerwiegendere Risiken mit sich.
 - b) Die den Ärzten auferlegte Verpflichtung zur Kostendämpfung bei der ärztlichen Versorgung.
 - c) Die Verwechslung des erreichbaren Rechts auf gesundheitliche Versorgung mit dem Recht, Gesundheit zu erlangen und zu erhalten, was jedoch nicht garantiert werden kann.
 - d) Die oft von den Medien übernommene schädliche Rolle des Anklägers, der Mißtrauen gegen den Arzt weckt, indem er sein Können, Wissen, Verhalten und die Betreuung des Patienten in Frage stellt und Patienten veranlaßt, gegen Ärzte zu klagen.

- e) Die indirekten Folgen einer zunehmend defensiven Medizin, die durch die steigende Zahl der Arzthaftungsklagen entsteht.
- 2.) Man muß zwischen ärztlichen Kunstfehlern und vom Arzt nicht verschuldeten unerwünschten Behandlungsfolgen, die im Laufe der ärztlichen Betreuung und Behandlung auftreten, unterscheiden.
- a) Ein ärztlicher Kunstfehler impliziert das Unvermögen des Arztes, dem für die Behandlung des Patienten nötigen Standard zu entsprechen, oder einen Mangel an Fähigkeiten oder Fahrlässigkeit bei der Patientenbetreuung, der direkte Ursache für eine Schädigung des Patienten ist.
 - b) Eine Schädigung, die im Laufe der ärztlichen Behandlung auftritt, nicht vorhersehbar war und nicht durch mangelnde Fähigkeiten oder Kenntnisse seitens des behandelnden Arztes hervorgerufen wurde, ist eine unerwünschte Folge der Behandlung, für die der Arzt nicht haftbar sein sollte.
- 3.) Über die Entschädigung für durch ärztliche Behandlung geschädigte Patienten sollte, sofern nationale Gesetze dies nicht verbieten, gesondert entschieden werden, je nachdem, ob es sich um ärztliche Kunstfehler oder um unerwünschte Folgen der ärztlichen Betreuung und Behandlung handelt.
- a) Wenn eine vom Arzt nicht verschuldete unerwünschte Behandlungsfolge eintritt, so muß die Gesellschaft entscheiden, ob der Patient für den erlittenen Schaden entschädigt werden sollte und, wenn ja, aus welcher Quelle die Mittel für die Entschädigungszahlung stammen sollen. Die wirtschaftliche Lage des Landes wird entscheiden, ob solche Solidaritätsfonds zur Entschädigung des Patienten zur Verfügung stehen, ohne zu Lasten des Arztes zu gehen.
 - b) Die Gesetze jeder einzelnen Rechtsprechung werden die Verfahren zur Entscheidung über die Haftung für ärztliche Kunstfehler und für die Festsetzung der dem Patienten zu leistenden Entschädigungssumme bei Nachweis eines Kunstfehlers regeln.
- 4.) Die nationalen Ärzteorganisationen sollten einige oder alle der folgenden Maßnahmen erwägen in dem Bemühen, sowohl Ärzten als auch Patienten eine faire und gerechte Behandlung zuteil werden zu lassen:
- a) Informationsprogramme für die Öffentlichkeit über die Risiken, die mit einigen fortschrittlichen Behandlungs- und Operationsmöglichkeiten verbunden sind, sowie Fortbildungsprogramme für Ärzte über die Notwendigkeit, die aufgeklärte Zustimmung des Patienten für solche Behandlungen und Operationen einzuholen.
 - b) Öffentliche Aufklärungsprogramme, um die durch die strenge Kostenkontrolle entstehenden Probleme in der Medizin und der gesundheitlichen Versorgung aufzuzeigen.
 - c) Förderung allgemeiner Programme zur gesundheitlichen Aufklärung sowohl in der Schule als auch im sozialen Bereich.

- d) Anhebung des Niveaus und der Qualität der ärztlichen Aus- Weiter- und Fortbildung für alle Ärzte, einschließlich verbesserter praktischer Erfahrungen in der klinischen Weiterbildung.
- e) Entwicklung und Mitwirkung an Programmen für Ärzte mit dem Ziel, die Qualität der medizinischen Betreuung und Behandlung zu verbessern.
- f) Entwicklung angemessener Richtlinien für die ergänzende Unterweisung von Ärzten, deren Kenntnisse oder Fähigkeiten sich als mangelhaft erwiesen haben, einschließlich Richtlinien über die Einschränkung der ärztlichen Berufsausübung bis zur Behebung der Mängel.

Information der Öffentlichkeit und der Regierung über die Gefahr, daß verschiedene Formen von defensiver Medizin auftreten können (die Mehrfachdurchführung ärztlicher Leistungen oder, im Gegenteil, die Zurückhaltung der Ärzte oder gar die Abwendung junger Ärzte von bestimmten, mit hohem Risiko behafteten Fachrichtungen).

- g) Aufklärung der Öffentlichkeit über das mögliche Auftreten von Schädigungen bei ärztlicher Behandlung, die unvorhersehbar sind und nicht auf ärztlichen Kunstfehlern beruhen.
- h) Eintreten für den Rechtsschutz für Ärzte, wenn Patienten durch unerwünschte Folgen der Behandlung geschädigt werden, die nicht das Ergebnis von Kunstfehlern sind.
- i) Mitwirkung an der Entwicklung von Gesetzen und Verfahren, die auf Arzthaftungsklagen anwendbar sind.
- j) Entwicklung aktiven Widerstandes gegen leichtfertige Haftungsklagen und gegen von Rechtsanwälten geforderte Erfolgshonorare.
- k) Erforschung innovativer Verfahren für den Umgang mit Arzthaftungsklagen, wie zum Beispiel Schlichtungs- anstelle von Gerichtsverfahren.
- l) Ermunterung der Ärzte, selbst Versicherungen gegen Arzthaftungsklagen abzuschließen, die vom Arzt selbst oder, wenn er Arbeitnehmer ist, vom Arbeitgeber bezahlt werden.
- m) Beteiligung an Entscheidungen darüber, ob Entschädigungen für Patienten, die ohne ärztliches Verschulden bei der ärztlichen Behandlung geschädigt wurden, geboten sind.

WELTÄRZTEBUND

Deklaration des Weltärztebundes
von Madrid

Berufliche Autonomie und Selbstverwaltung

verabschiedet von der
39. Generalversammlung des Weltärztebundes
Madrid, Spanien, Oktober 1987

Der Weltärztebund hat die Bedeutung der beruflichen Autonomie und Selbstverwaltung der Ärzteschaft weltweit begrüßt und verabschiedet angesichts der vorhandenen Probleme und Herausforderungen an die berufliche Autonomie und Selbstverwaltung die folgende Deklaration:

1. Das zentrale Element beruflicher Autonomie ist die Sicherheit, daß der einzelne Arzt die Freiheit hat, seine Patienten nach seinem ärztlichen Urteil zu versorgen und zu behandeln, wie es detaillierter bereits in der Deklaration des Weltärztebundes zur beruflichen Unabhängigkeit und Freiheit in der Berufsausübung vom Oktober 1986 ausgeführt wurde (s. Dok. 17.0).
2. Der Weltärztebund und seine nationalen Ärzteorganisationen betonen erneut die Bedeutung der beruflichen Autonomie als wesentlichen Bestandteil einer hochwertigen ärztlichen Versorgung, die einen Vorteil darstellt, der dem Patienten zugute kommt und erhalten bleiben muß. Der Weltärztebund und seine nationalen Mitgliedsorganisationen setzen sich daher erneut für die Aufrechterhaltung und Absicherung der beruflichen Autonomie bei der Patientenversorgung ein, weil sie ein wesentlicher ethischer Grundsatz ist.
3. Als Folge des Rechts auf berufliche Autonomie hat die Ärzteschaft die ständige Verpflichtung zur Selbstkontrolle. Zusätzlich zu anderen Kontrollen, die auf den einzelnen Arzt einwirken, muß der ärztliche Berufsstand eigenverantwortlich für die Einhaltung beruflicher Leistungs- und Verhaltensregeln des einzelnen Arztes bleiben.
4. Der Weltärztebund fordert seine nationalen Mitgliedsorganisationen auf, ein Kontrollsystem zur Qualitätssicherung ihrer Ärzte einzurichten, zu erhalten und es aktiv mitzubestimmen. Diese Bereitschaft zur wirksamen Selbstkontrolle stellt letztendlich die berufliche Autonomie bei allen Entscheidungen zum Wohle der Patienten sicher.

5. Die Qualität der Patientenversorgung und die Kompetenz des ausübenden Arztes müssen in jedem System der Selbstverwaltung an erster Stelle stehen. Die Ärzte haben die Sachkenntnis, um die erforderlichen Bewertungsmaßstäbe zu bestimmen. Diese Bewertungsmaßstäbe müssen zum Wohl der Patienten genützt werden, um eine kontinuierliche, qualifizierte Versorgung durch kompetente Ärzte sicherzustellen. In diese Verantwortung fällt auch die Verpflichtung, Fortschritte in der medizinischen Wissenschaft zu beobachten und den Nutzen therapeutischer Maßnahmen zu erfassen, die sicher und wirksam sind. Wissenschaftliche Experimente dürfen nur unter Einhaltung der in der Deklaration von Helsinki des Weltärztebundes geforderten sowie national geltender Schutzbestimmungen durchgeführt werden. Umstrittene wissenschaftliche Theorien dürfen nicht am Patienten Anwendung finden.
6. Kostenbewußtsein ist ein wesentliches Element der Selbstverwaltung. Die höchste Qualität der Versorgung läßt sich nur durch die Sicherstellung rechtfertigen, daß die Kosten so gestaltet sind, daß alle Bürger Zugang zu der Versorgung haben. Es wird nochmals betont, daß Ärzte in besonderem Maße die Voraussetzungen zur Festlegung von Bewertungsmaßstäben zur Durchführung von Kostendämpfungsbeschlüssen besitzen. Die nationalen Ärzteorganisationen müssen daher Kostendämpfungsmaßnahmen in ihr jeweiliges System der Selbstkontrolle integrieren. Allgemeine kostendämpfende Maßnahmen betreffen u.a. die verschiedensten Systeme der ärztlichen Versorgung, den Zugang zum Krankenhaus und den zweckdienlichen Technologieeinsatz. Kostendämpfung darf aber nicht dazu führen, Patienten die nötige Versorgung vorzuenthalten. Ebenso muß jedoch eine Überversorgung vermieden werden, die die Kosten in die Höhe treibt und es dadurch unmöglich macht, eine bestimmte Therapie allen denjenigen zur Verfügung zu stellen, die ihrer bedürfen.
7. Die ärztliche Berufsausübung und die persönliche Haltung der Ärzte müssen stets in Einklang mit dem für das jeweilige Land gültigen ethischen Code und der Berufsordnung stehen. Die nationalen Ärzteorganisationen müssen im Interesse der Patienten das ethische Verhalten der Ärzte untereinander fördern. Verletzungen ethischer Normen müssen unverzüglich korrigiert werden, die schuldhaft handelnden Ärzte müssen disziplinarisch belangt oder aber rehabilitiert werden. Die Verantwortung hierfür kann nur von nationalen Ärzteorganisationen übernommen und wirkungsvoll durchgeführt werden.
8. Es gibt natürlich noch weitere Gebiete der Selbstbestimmung, für die die nationalen Ärzteorganisationen Verantwortung übernehmen müssen.

Die nationalen Ärzteorganisationen sind aufgefordert, sich gegenseitig bei der Bewältigung neuer und im Entstehen befindlicher Probleme zu helfen. Der Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen den nationalen Ärzteorganisationen soll gefördert werden, um dabei unter Mithilfe des Weltärztebundes die Selbstverwaltung weiter zu festigen.

9. Der Weltärztebund und seine nationalen Ärzteorganisationen müssen auch die Öffentlichkeit darüber unterrichten, daß die Ärzteorganisation des jeweiligen Landes über ein wirksames und verlässliches System der Selbstkontrolle verfügen. Die Öffentlichkeit muß erkennen, daß sie sich auf dieses Kontrollsystem der Selbstverwaltung und dabei auf ein ehrliches und objektives Urteil in Fragen der ärztlichen Praxis und Versorgung der Patienten verlassen kann.

10. Die von der nationalen Ärzteorganisation für die Allgemeinheit übernommene Verantwortung zur Durchführung eines Systems der beruflichen Selbstkontrolle verstärkt und sichert das Recht des Arztes, seine Patienten ohne Eingriffe in seine ärztlichen Entscheidungen und Überzeugungen zu behandeln.

Eine verantwortungsbewußte Haltung des einzelnen Arztes und ein wirksames und zuverlässiges System der Selbstkontrolle durch die nationale Ärzteorganisation sind notwendige Voraussetzungen, um die Öffentlichkeit davon zu überzeugen, daß für alle Patienten die bestmögliche medizinische Versorgung durch kompetente Ärzte sichergestellt ist.

WELTÄRZTEBUND

Erklärung des Weltärztebundes
zur

Gesundheit der Kinder

verabschiedet von der
39. Generalversammlung des Weltärztebundes
Madrid, Spanien, Oktober 1987

Vorwort

In Anbetracht der hohen Kindersterblichkeit in mehreren Gebieten der Erde beschließen der Weltärztebund und seine nationalen Mitgliedsorganisationen ein Programm zur Senkung der Morbidität und Mortalität von Kindern in Entwicklungsländern.

Das Konzept für dieses Programm wurde von der American Medical Association in Zusammenarbeit mit den Centers for Disease Control (CDC) entwickelt und ist inzwischen als "Weltärztebund Kinder-Gesundheitsprogramm" bekannt geworden. Die AMA ist zuständig für die Durchführung des Programms im Auftrag des Weltärztebundes, sie wird dabei vom CDC technisch beraten.

Die indonesische Ärzteorganisation und die Ärzteorganisation von Thailand leiteten Pilotprojekte in ihren Ländern ein. Die Finanzierung hatte die United States Agency for International Development (USAID) übernommen.

Die Rolle des Weltärztebundes

Das Kinderhilfsprogramm ist ein Unternehmen auf privater Basis; unter der Leitung des Weltärztebundes dient diese Initiative vornehmlich Ländern der Dritten Welt. Damit soll ein wesentlicher Beitrag zur Senkung der Morbidität und Mortalität von Kindern der Dritten Welt geleistet werden - ein Ziel, das sich auch andere internationale und regierungsabhängige Organisationen gesteckt haben.

Der Hauptstoß dieser Initiative ist auf die aktive Beteiligung von Ärzten in der Dritten Welt an den Hilfsmaßnahmen gerichtet, z. B. bei der oralen Rehydrations-therapie, der Immunisierung und den Ernährungsprogrammen zur spürbaren Besserung des körperlichen Zustandes der Kinder. Die Mobilisierung der Ärzte in ihrer beruflichen und privaten Eigenschaft als einflußreiche Bürger ist zur Durchführung dieser Maßnahme von größter Wichtigkeit. Die nationale Ärzteorganisation ist dabei der ideale Ansprechpartner.

Der Weltärztebund und seine Mitgliedsorganisationen arbeiten eng mit den Gesundheitsministerien und anderen behördlichen und privaten Organisationen der Länder zusammen, in denen das Kinderhilfsprogramm durchgeführt wird. Es wird in zunehmendem Maß erkannt, daß private Initiativen zur wesentlichen Kraft bei der Durchführung nationaler Programme zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung und zur Senkung der Kindersterblichkeit werden.

Der Weltärztebund mit seinen Mitgliedsorganisationen, die weltweit mehr als zwei Millionen Ärzte vertreten, will mit Publikationen und Informationen über bessere Überlebenschancen für Kinder eine breite Öffentlichkeit erreichen. Der Weltärztebund soll der Katalysator zur Motivierung der Ärzteorganisationen in Entwicklungsländern sein, an Überlebensprogrammen für Kinder teilzunehmen, wobei die Immunisierung gegen sechs durch Prävention vermeidbare Krankheiten und andere Maßnahmen im Mittelpunkt stehen. Die nationalen Ärzteorganisationen in den Industrieländern werden dabei Hilfestellung geben. Unter der Führung des Weltärztebundes werden die nationalen Ärzteorganisationen in Kooperation die erforderlichen Ressourcen erschließen, um das Programm auch in der Zukunft zu sichern.

Zielsetzungen

Die Programmpunkte des Pilotprojektes, das später auch für andere Länder gelten soll, sind folgende:

- Vollständige Immunisierung der Kinder gegen die sechs durch Impfung vermeidbaren Krankheiten
- Orale Rehydrations-therapie bei Diarrhoe
- Immunisierung aller Schwangeren gegen Tetanus
- Zweijahresabstand zwischen Geburten
- Bruststillen der Neugeborenen für mindestens vier bis sechs Monate und die Umstellung auf entsprechend angepaßte Nahrung zum geeigneten Zeitpunkt
- Regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen bei allen schwangeren Frauen
- Geburtsgewicht von mind. 2500 Gramm. Strategien

Der Weltärztebund arbeitet mit anderen privaten und öffentlichen Organisationen im Bemühen zusammen, Leben zu retten und den Tod von ca. 14 bis 15 Millionen Kindern unter fünf Jahren zu verhindern, die jährlich an Krankheiten und Unterernährung sterben. Millionen dieser Kinder sterben, obwohl lebensrettende Präventions- und Behandlungsmaßnahmen mit relativ geringem Kostenaufwand möglich wären. Die Weltärztebund-Pilotprogramme zur Kindergesundheit werden replikationsfähige Strategien entwickeln, die sich selbst tragen können und die jedes Land selbst betreiben kann.

Es ist sehr wichtig, daß die Ärzte und ihre nationalen Organisationen die Aktion unterstützen, relativ preiswerte Impfstoffe gegen die sechs Krankheiten, Diphtherie, Keuchhusten, Tetanus, Masern, Polio und Tuberkulose verfügbar zu haben. Das Weltärztebund-Programm soll Teil des weltweiten Zieles sein, bis zum Ende dieses Jahrzehntes 80 % der Kinder der Welt dort zu immunisieren, wo es möglich ist und anschließend auch in den Ländern, wo sich die bislang größten Schwierigkeiten bei der Durchsetzung ergeben haben.

Parallel zur Immunisierung soll auch die Kindersterblichkeit durch Diarrhoe, an der jährlich fünf Millionen Kinder sterben, durch die Rehydrations-therapie gesenkt werden. Orale Rehydrations-therapie ist sehr effektiv gegen Dehydratation, der am häufigsten letalen Komplikation der Diarrhoe. Wenn die Flüssigkeiten und Mineralien nicht ergänzt werden, sterben untergewichtige oder fehlernährte Kinder schnell vor Schwäche.

Bei der Entwicklung dieser Therapie haben die Wissenschaftler die Rolle der Glukose bei der Beschleunigung der Absorption von Salz und Wasser durch die Darmwand herausgestellt, durch die lebenswichtige Flüssigkeiten rasch substituiert werden können. Die USAID hat festgestellt, daß eine einfache Kombination von Zucker, Salz und Wasser in einem bestimmten Mischungsverhältnis (in Verbindung mit Bikarbonat oder Trisodiumcitrat), oral in häufigen kleinen Dosen verabreicht, in 95 % aller Fälle die Dehydratation innerhalb von drei bis sieben Stunden aufhebt. Zucker, Salz und Wasser allein im richtigen Mischungsverhältnis kann bei rechtzeitiger Anwendung die Dehydratation verhindern. Diese Methode ist nicht nur weitaus billiger als Infusionstherapie oder Medikamente, die dadurch überflüssig werden, sie ist auch besser für das Kind und kann in der Ambulanz, stationär und zu Hause angewandt werden.

Die Mütter, als Hauptfürsorgende für die Gesunderhaltung der Kinder, müssen angelernt werden, die Flüssigkeiten richtig zu mischen, sie richtig zu verabreichen, das Kind auch im übrigen richtig zu ernähren und Hilfe zu holen, wenn das Kind durch die Krankheit schwer gefährdet ist. Bei der Vorbereitung der Aufklärungs- und Trainingsprogramme muß das jeweils kulturelle Milieu einer Gesellschaft berücksichtigt werden.

Zur Aufklärung der Mütter über die Notwendigkeit und die richtige Anwendung der oralen Rehydrations-therapie müssen die Ärzte die Therapie kennen und sie entsprechend unterstützen. Wenn sie diese akzeptieren, wird die Anerkennung durch Mütter und Gesundheitshelfer folgen. Da jedoch noch viele Ärzte gewohnt sind, Diarrhoe mit Medikamenten und Infusionstherapie zu behandeln, können hier die nationalen Ärzteorganisationen eine wichtige Rolle spielen bei der Aufgabe, ihre Mitglieder - und auch Nichtmitglieder - von der Wirksamkeit der ORT zur Rettung von Millionen von Kindern weltweit zu überzeugen.

Geschulte Ärzte können die Gesundheitshelfer und - noch wichtiger - die Mütter in der häuslichen Anwendung unterrichten. Die weiterhin alarmierenden Zahlen der Kindersterblichkeit in vielen Ländern beweisen deutlich, daß die Regierungsprogramme allein keine Abhilfe schaffen können. Die Regierungen erkennen ihrerseits die Notwendigkeit weiterer privater Initiativen.

Schlußfolgerung

Der Sieg im Kampf gegen Krankheiten ist weder leicht noch schnell zu erringen. Der Weltärztebund hat es sich zur Aufgabe gemacht, das Leben von Millionen von Kindern durch gezielte Hilfsprogramme zu retten. Die Mitgliederorganisationen des Weltärztebundes in Industrie- und Entwicklungsländern tragen gemeinsam die Verantwortung, für alle Völker der Erde eine gute gesundheitliche Versorgung sicherzustellen und in diesem Bestreben das Überlebensprogramm für Kinder zu unterstützen.

WELTÄRZTEBUND

Erklärung des Weltärztebundes
zum

Selbstmord bei Jugendlichen

verabschiedet von der
43. Generalversammlung des Weltärztebundes
Malta, November 1991

In den letzten Jahrzehnten hat sich ein drastischer Wandel der Todesursachen bei Jugendlichen gezeigt. Vor 50 Jahren starben Jugendliche überwiegend eines natürlichen Todes, wohingegen sie heute eher an vermeidbaren Ursachen sterben. Zu diesem Wandel gehört ein weltweiter Anstieg der Selbstmordrate bei Jugendlichen sowohl in Entwicklungs- als auch in Industrieländern. Die Berichterstattung über Selbstmorde ist wahrscheinlich unvollständig wegen des mit der Selbsttötung verbundenen kulturellen und religiösen Stigmas und der mangelnden Bereitschaft einzugestehen, daß bestimmte Traumata, wie zum Beispiel Autounfälle, selbst herbeigeführt werden.

Selbstmord bei Jugendlichen ist eine Tragödie, die nicht nur den einzelnen, sondern auch die Angehörigen, gleichaltrige Freunde und die größere Gemeinschaft, in der der Jugendliche lebte, betrifft. Von den Eltern, Freunden und Ärzten, die sich vorwerfen, die Warnsignale nicht erkannt zu haben, wird der Selbstmord oft als persönliches Versagen erlebt. Ebenso wird er als Versagen der Gemeinschaft betrachtet, indem er vor Augen führt, daß die moderne Gesellschaft oft keine schützende, unterstützende und gesunde Umgebung bietet, in der Kinder heranwachsen und sich entwickeln können.

Die zum Selbstmord bei Jugendlichen beitragenden Faktoren sind unterschiedlich; dazu gehören: Depression, emotionale Isolierung, Verlust des Selbstwertgefühls, extreme emotionale Belastung, psychische Störungen, romantische Phantasien, Sensationslust, Drogen- und Alkoholmißbrauch sowie die Verfügbarkeit von Waffen und anderen Mitteln zur Selbsttötung. Meist ist der Selbstmord eher das Ergebnis eines Zusammenwirkens mehrerer Faktoren als eines einzigen isolierten Faktors. Das Fehlen eines durchgängigen Persönlichkeitsprofils erschwert es, selbstmordgefährdete Jugendliche zu erkennen.

Die gesundheitliche Versorgung Jugendlicher wird am besten dadurch gewährleistet, daß Ärzte umfassende Betreuung leisten, wozu sowohl die medizinische als auch die psychosoziale Beurteilung und Behandlung gehören. Kontinuierliche, umfassende Betreuung gibt dem Arzt die Möglichkeit, die nötigen Informationen einzuholen, um Jugendliche, die durch Selbstmord oder anderes selbstzerstörerisches Verhalten gefährdet sind, zu erkennen. Dieses Betreuungsmodell trägt auch dazu bei, ein Arzt-Patienten-Verhältnis aufzubauen, das der sozialen Unterstützung dient und nachteilige Einflüsse, denen Jugendliche in ihrem Umfeld unterliegen, abschwächen könnte.

Der Weltärztebund erkennt die Komplexität der biopsychosozialen Entwicklung Jugendlicher, die sich verändernde soziale Welt, mit der Jugendliche konfrontiert werden, und die Einführung neuer, tödlicher Mittel der Selbsttötung. Als Reaktion auf diese besorgniserregenden Tatsachen empfiehlt der Weltärztebund den nationalen Ärzteorganisationen, die folgenden Richtlinien für Ärzte anzunehmen:

1. Jeder Arzt sollte während des Studiums und der Weiterbildung an einer Unterweisung über die biopsychosoziale Entwicklung Jugendlicher teilnehmen.
2. Der Arzt sollte dazu ausgebildet werden, frühzeitig Anzeichen und Symptome körperlicher, emotionaler und sozialer Nöte jugendlicher Patienten zu erkennen.
3. Der Arzt sollte dazu ausgebildet werden, die Selbstmordgefährdung seines jugendlichen Patienten einzuschätzen.
4. Der Arzt sollte in der Behandlung und den Überweisungsmöglichkeiten, die für die jeweiligen Formen selbstzerstörerischen Verhaltens des jugendlichen Patienten angemessen sind, unterwiesen werden.
5. Bei der Betreuung von Jugendlichen mit ernstem Trauma sollte der Arzt die Möglichkeit in Erwägung ziehen, daß die Verletzungen selbst herbeigeführt wurden.
6. Systeme der gesundheitlichen Versorgung sollten die Einrichtung psychologischer Beratungsstellen zur Selbstmordprävention erleichtern und die sozialmedizinische Betreuung von Patienten, die einen Selbstmordversuch unternommen haben, abdecken.
7. Es sollten epidemiologische Untersuchungen über Selbstmord, Risikofaktoren und Möglichkeiten der Prävention durchgeführt werden.

WELTÄRZTEBUND

Erklärung des Weltärztebundes
zur

Verstümmelung weiblicher Genitalien

verabschiedet von der
45. Generalversammlung des Weltärztebundes
Budapest, Ungarn, Oktober 1993

Präambel

Von Verstümmelung weiblicher Genitalien sind weltweit mehr als 80 Millionen Frauen und Mädchen betroffen. Sie wird von vielen ethnischen Gruppen in mehr als 30 Ländern praktiziert.

In vielen der anderen Länder wird dieses Problem seit einiger Zeit diskutiert, insbesondere weil dort ethnische Gruppen leben, die aus Ländern kommen, in denen die Verstümmelung weiblicher Genitalien üblich ist: Einwanderer, Flüchtlinge, Menschen, die vor Hunger und Krieg geflohen sind.

Wegen ihrer Auswirkungen auf die körperliche und seelische Gesundheit von Frauen und Kindern ist die Verstümmelung weiblicher Genitalien ein Anlaß zur ärztlichen Besorgnis. Weltweit werden Ärzte mit den Auswirkungen dieses traditionellen Verfahrens konfrontiert. Manchmal werden sie aufgefordert, diese Verstümmelung durchzuführen.

Es gibt verschiedene Formen von Verstümmelung weiblicher Genitalien. Sie kann in einer primären Beschneidung bei jungen Mädchen, gewöhnlich im Alter zwischen 5 und 12 Jahren, bestehen oder einer sekundären Beschneidung, zum Beispiel nach der Entbindung. Das Ausmaß der primären Beschneidung kann variieren: von einem Einschnitt in die Vorhaut der Klitoris bis hin zu einer pharaonischen Beschneidung oder Infibulation (Genitalienverschluß) mit Entfernung der Klitoris und der Labia minora und Vernähen der Labia majora, so daß nur eine minimale Öffnung für den Abfluß des Urins und der Menstruationsblutung übrig bleibt.

Je nach Ausmaß der Beschneidung beeinträchtigt die Verstümmelung der weiblichen Genitalien die Gesundheit der Frauen und Mädchen. Forschungsergebnisse weisen die schwerwiegende dauerhafte Gesundheitsschädigung nach. Akute Komplikationen der Verstümmelung weiblicher Genitalien sind: Hämorrhagien, Infektionen, Blutungen angrenzender Organe, heftige Schmerzen. Spätere Komplikationen sind schmerzhafte Narben, chronische Infektionen, urologische und geburtshilfliche Komplikationen sowie psychologische und soziale Probleme. Die Verstümmelung weiblicher Genitalien hat ernste Konsequenzen für die Sexualität und deren Erleben. Es gibt eine Vielzahl von Komplikationen bei der Entbindung (Probleme in der Aus

treibungsphase, Fistelbildung, Risse, Inkontinenz). Auch bei der am wenigsten drastischen Variante, dem Klitoriseinschnitt, können Komplikationen und funktionelle Auswirkungen nicht ausgeschlossen werden.

Es werden verschiedene Gründe zur Erklärung angeführt, warum die Verstümmelung weiblicher Genitalien existiert und weiterhin praktiziert wird: Bräuche und Tradition (um die Jungfräulichkeit junger Mädchen zu erhalten und die weibliche Sexualität einzuschränken), soziale Gründe. Diese Gründe sind nicht gewichtiger als die bedeutenden Gesundheitsschädigungen.

Keine der größeren Religionen erwähnt weibliche Beschneidung ausdrücklich und/oder unterstützt diese Praxis. Die gegenwärtige medizinische Einschätzung ist, daß die Verstümmelung weiblicher Genitalien die körperliche und seelische Gesundheit von Frauen und Mädchen schädigt. Verstümmelung weiblicher Genitalien wird von vielen als eine Form der Unterdrückung von Frauen angesehen.

Im großen und ganzen gibt es starke Tendenzen, die Verstümmelung weiblicher Genitalien offener zu verurteilen:

- Es gibt aktive Kampagnen gegen diese Praxis in Afrika. Viele afrikanische Frauenführerinnen und afrikanische Staatsoberhäupter haben sich nachdrücklich gegen diese Praxis ausgesprochen.
- Internationale Organisationen wie die WHO, die Menschenrechtskommission der Vereinten Nationen und UNICEF haben empfohlen, spezielle Maßnahmen zu ergreifen, um die Verstümmelung weiblicher Genitalien zu beenden.
- Regierungen mehrerer Länder haben eine Gesetzgebung hierzu entwickelt oder die Verstümmelung weiblicher Genitalien in ihr Strafrecht aufgenommen.

Schlußfolgerung

Der Weltärztebund verurteilt die Praxis der Genitalverstümmelung, einschließlich der Beschneidung von Frauen und Mädchen und verurteilt die Beteiligung von Ärzten an der Durchführung solcher Praktiken.

Empfehlungen

1. Unter Berücksichtigung der psychologischen Rechte und der "kulturellen Identität" der Betroffenen sollten Ärzte Frauen, Männer und Kinder über die Verstümmelung weiblicher Genitalien informieren und sie an der Durchführung oder Förderung der Verstümmelung weiblicher Genitalien hindern. Ärzte sollten Gesundheitsförderung und eine gegen die Verstümmelung weiblicher Genitalien gerichtete Beratung zum Bestandteil ihrer Arbeit machen.
2. Als Konsequenz sollten Ärzte über genügend Informationen und Unterstützung für diese Arbeit verfügen. Die Ausbildungsinhalte sollten hinsichtlich der Verstümmelung weiblicher Genitalien erweitert und/oder entwickelt werden.

3. Ärzteorganisationen sollten das öffentliche und ärztliche Bewußtsein bezüglich der schädigenden Auswirkungen der Verstümmelung weiblicher Genitalien anregen.
4. Ärzteorganisationen sollten Regierungsmaßnahmen zur Verhinderung der Praxis der Verstümmelung weiblicher Genitalien anregen.
5. Ärzteorganisationen sollten bei der Organisation von präventiven und rechtlichen Maßnahmen kooperieren, wenn ein Kind von der Verstümmelung weiblicher Genitalien bedroht ist.

WELTÄRZTEBUND

Deklaration des Weltärztebundes
von Hongkong zur

Mißhandlung älterer Menschen

verabschiedet von der
41. Generalversammlung des Weltärztebundes
Hongkong, September 1989
und
revidiert von der 126. Vorstandssitzung
Jerusalem, Israel, Mai 1990

Ältere Menschen können unter bestimmten pathologischen Problemen leiden, wie z.B. unter motorischen Störungen, psychischen Leiden und Orientierungsschwierigkeiten. Diese Probleme können eine Betreuung bei den täglichen Aktivitäten erforderlich machen und dadurch einen Zustand der Abhängigkeit schaffen. Dieser Umstand kann dazu führen, daß ihre Familien und die Gesellschaft sie als Last empfinden und die Betreuung und Fürsorge auf ein Minimum beschränken. Vor diesem Hintergrund muß das Thema der Mißhandlung älterer Menschen betrachtet werden.

Mißhandlung älterer Menschen kann sich auf vielerlei Art manifestieren, zum Beispiel als physische, psychologische, finanzielle und/ oder materielle Mißhandlung und Ausbeutung. Unterschiedliche Definitionen der Mißhandlung älterer Menschen erschweren Vergleiche von Untersuchungsergebnissen über Art und Ursache des Problems.

Es gibt einige vorläufige Hypothesen über die Ursachen der Mißhandlung älterer Menschen, darunter die Abhängigkeit von Dienstleistungen anderer Personen; das Fehlen enger familiärer Bindungen; Gewalt in der Familie; fehlende finanzielle Mittel; psychopathologische Faktoren bei den Mißhandelnden; Versäumnisse der Gesellschaft; allgemeine institutionelle Umstände wie geringe Entlohnung und schlechte Arbeitsbedingungen für das Pflegepersonal, die zur Interessenlosigkeit und Vernachlässigung der Pflichten gegenüber den pflegebedürftigen alten Menschen führen.

Die Tatsache der Vernachlässigung alter Menschen wird mehr und mehr als Problem erkannt, sowohl von der Medizin wie auch den Sozialleistungsträgern. Ärzte übernahmen eine führende Rolle in der Bewegung gegen die Mißhandlung von Kindern, indem sie das Problem definierten und damit an die Öffentlichkeit traten und so die Politiker zum Handeln zwangen. Das Problem der Mißhandlung alter Menschen ist jedoch erst in jüngster Zeit von den Ärzten zur Kenntnis genommen worden.

Der erste Schritt zur Verhinderung von Vernachlässigung und Mißhandlung alter Menschen ist eine Steigerung der Aufmerksamkeit und eine Verbesserung des Wissens bei Ärzten und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe. Sind stark gefährdete Personen und Familien erst einmal erkannt werden, können Ärzte bereits in der Phase der Primärprävention von Vernachlässigung mitwirken, indem sie die entsprechenden Gemeindestellen oder Sozialämter benachrichtigen. Die Ärzte können die gefährdeten Patienten auch direkt beraten und betreuen.

I. Allgemeine Grundsätze

1. Alte Menschen haben den gleichen Anspruch auf Versorgung, Betreuung und Respekt wie alle anderen Menschen.
2. Der Weltärztebund erkennt die Verpflichtung des Arztes an, bei der Prävention gegen physische und psychische Mißhandlung alter Patienten mitzuwirken.
3. Der Arzt muß sicherstellen, daß der Patient die bestmögliche Versorgung erhält, ganz gleich, ob er vom älteren Patienten direkt, vom Pflegeheim oder der Familie konsultiert wird.
4. Wenn der Arzt im Sinne dieser Erklärung eine Mißhandlung vermutet oder nachweisen kann, muß er die Situation mit den Verantwortlichen im Pflegeheim oder der Familie klären. Wenn ein Fall von ill treatment festgestellt wird oder bei einem Todesfall Zweifel aufkommen, sind die zuständigen Behörden zu verständigen.
5. Um die betagten Mitmenschen in jeder Umgebung wirksam zu schützen, sollte ihnen das Recht auf freie Arztwahl niemals vorenthalten werden. Die nationalen Ärzteorganisationen sollen sicherstellen, daß die freie Arztwahl in solchen Fällen durch das Sozialversorgungssystem ihres Landes ermöglicht wird.

Desweiteren gibt der Weltärztebund folgende Empfehlungen an die Ärzte, die an der Versorgung älterer Menschen beteiligt sind und fordert alle nationalen Ärzteorganisationen auf, diese Deklaration ihren Mitgliedern und der Öffentlichkeit bekannt zu geben.

II. Empfehlungen

Ärzte, die in der Versorgung älterer Menschen tätig sind, sollten:

- Fälle von Mißhandlung und/oder Vernachlässigung alter Menschen identifizieren;
- die aus Mißbrauch und Vernachlässigung resultierenden Verletzungen diagnostizieren und therapieren;
- objektiv bleiben und keine Verurteilungen aussprechen;
- versuchen, mit der Familie eine therapeutische Verbindung aufzubauen oder zu erhalten (häufig ist der Arzt der einzige, der über einen längeren Zeitraum Verbindung zum Patienten und der Familie unterhält);
- alle Verdachtsfälle von Mißhandlung und/oder Vernachlässigung alter Menschen entsprechend lokaler Rechtsvorschriften melden;

- wenn irgend möglich die Unterstützung eines multidisziplinären Teams, beispielsweise ärztliche Dienste, psychiatrische Betreuung, Rechtsberatung, u.s.w. in Anspruch nehmen;
- die Entwicklung und Nutzung gemeindeeigener Hilfseinrichtungen, wie Heimbetreuung, Pflegevertretung und Streßerleichterung für stark gefährdete Familien fördern.

WELTÄRZTEBUND

Erklärung des Weltärztebundes
zur

Gesundheitsgefährdung durch Tabakprodukte

verabschiedet von der 40. Generalversammlung des Weltärztebundes
Wien, Österreich, September 1988
und

revidiert von der 49. Generalversammlung des Weltärztebundes,
Hamburg, Deutschland, November 1997

PRÄAMBEL

1. Jährlich sterben weltweit drei Millionen Menschen durch den Konsum von Tabakprodukten. Wenn sich die derzeitigen Rauchgewohnheiten nicht grundlegend ändern, werden wahrscheinlich bis zum Jahr 2020 oder 2030 10 Millionen Menschen infolge des Konsums von Tabakprodukten sterben und 70% der Opfer werden auf die Entwicklungsländer entfallen. Die internationale Gemeinschaft der Einrichtungen für öffentliche Gesundheit hat durch die Weltgesundheitsorganisation in zunehmendem Maße ihre Besorgnis über diese alarmierende Entwicklung zum Ausdruck gebracht. Außerdem belasten die schädlichen Substanzen im Tabakrauch die Gesundheit der Nichtraucher, die sich in der nahen Umgebung der Raucher aufhalten.
2. Die Tabakindustrie behauptet, sich verpflichtet zu haben, die gesundheitlichen Auswirkungen des Tabakkonsums wissenschaftlich feststellen zu lassen, sowohl durch interne Forschung als auch durch die Förderung externer Forschungsarbeiten im Rahmen gemeinsam finanzierter Industrieprogramme. Die Tabakindustrie hat jedoch ständig Informationen über die gesundheitsschädlichen Auswirkungen des Rauchens zurückgehalten und dementiert. So hat sie jahrelang behauptet, es gebe keinen schlüssigen Beweis, daß Rauchen Krankheiten verursache, wie zum Beispiel Krebs und Herzkrankheiten. Die Tabakindustrie behauptet außerdem, Nikotin mache nicht süchtig. Diese Behauptungen sind von der internationalen Ärzteschaft wiederholt als unrichtig zurückgewiesen worden, und das ist auch der Grund, warum sich letztere entschieden für ein Verbot der massiven Werbekampagnen der Tabakindustrie einsetzt und der festen Überzeugung ist, daß die Ärzteorganisationen bei der Bekämpfung des Tabakkonsums eine führende Rolle spielen sollten.
3. Die Tabakindustrie und ihre Mitgliedsorganisationen haben jahrelang Forschungsarbeiten unterstützt und bei der Erstellung von Berichten mitgewirkt. Durch die Einbeziehung in diese Aktivitäten geben einzelne Forscher und / oder ihre Organisationen der Tabakindustrie einen An-

schein von Glaubwürdigkeit, sogar in den Fällen, wo die Tabakindustrie die Forschungsergebnisse nicht direkt für ihre Marketingaktionen verwenden kann. Die Einbeziehung der Tabakindustrie im Bereich der Forschung stellt außerdem einen erheblichen Interessenkonflikt mit den Zielen der Gesundheitsförderung dar.

EMPFEHLUNGEN

4. Wenn nicht bereits entsprechende Maßnahmen getroffen wurden, fordert der Weltärztebund alle nationalen Mitgliedsorganisationen und alle Ärzte auf, die folgenden Maßnahmen zur Einschränkung der Gesundheitsrisiken des Rauchens und des anderweitigen Konsums von Tabakprodukten durchzuführen:
 - (i) Eine öffentliche Standpunkterklärung gegen das Rauchen und den Konsum von Tabakprodukten.
 - (ii) Einführung eines Rauchverbots für alle Arbeitssitzungen sowie gesellschaftlichen und feierlichen Veranstaltungen der nationalen Ärzteorganisation in Übereinstimmung mit der Entscheidung des Weltärztebundes, ein ähnliches Verbot für seine eigenen Sitzungen einzuführen.
 - (iii) Entwicklung, Unterstützung und Durchführung von Programmen zur Aufklärung des eigenen Berufsstandes und der Öffentlichkeit über die Gesundheitsrisiken des Tabakkonsums. Von besonderer Wichtigkeit ist die Aufklärungsarbeit bei Kindern und Jugendlichen. Programme für Nichtraucher und Nichtverbraucher von Tabakerzeugnissen zur Vorbeugung sind genauso wichtig wie die Aufklärungsarbeit bei Rauchern.
 - (iv) Einzelne Ärzte sollten als Vorbilder herausgestellt werden (durch Nichtrauchen) und eine führende Rolle in der Erziehung der Öffentlichkeit zum Tabakkonsumverzicht aus Gesundheitsgründen übernehmen. In allen Krankenhäusern und Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung sollte Rauchverbot herrschen.
 - (v) Alle Angebote seitens der Tabakindustrie in bezug auf finanzielle Unterstützung abzulehnen und medizinische Fakultäten, Forschungsinstitute und einzelne Forscher aufzufordern, desgleichen zu tun, um der Tabakindustrie damit jede Möglichkeit zu nehmen, auf diese Art an Glaubwürdigkeit zu gewinnen.
 - (vi) Eintreten für den Erlaß von Gesetzen:
 - a) Alle Packungen, die Tabakprodukte enthalten, sowie Anzeigen und Werbematerial sollten einen Hinweis auf die gesundheitliche Gefährdung durch Tabakkonsum tragen.
 - b) Beschränkung der Raucherlaubnis in öffentlichen Gebäuden, Linienflugzeugen, Schulen, Krankenhäusern, Kliniken und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens.
 - c) Einschränkungen bei Anzeigen und Werbung für Tabakprodukte.

- d) Verbot aller Werbemaßnahmen sowie verkaufsfördernden Aktionen für Tabakprodukte, mit Ausnahme des Verkaufsortes.
- e) Verbot des Verkaufs von Zigaretten und anderer Tabakprodukte an Kinder und Jugendliche.
- f) Rauchverbot auf allen Inlandflügen und auf allen internationalen Linienflügen und Verbot des zollfreien Verkaufs von Tabakwaren auf den Flughäfen.
- g) Keine öffentlichen Zuschüsse für Tabak und Tabakerzeugnisse.
- h) Untersuchungen über die noch bestehenden Rauchgewohnheiten und die Wirkung von Tabakprodukten auf die Gesundheit der Bevölkerung. Erstellung öffentlicher Aufklärungsprogramme.
- i) Verbot der Werbung, des Vertriebs und Verkaufs von neu entwickelten Tabakprodukten, die z. Zt. nicht im Handel sind.
- j) Erhöhung der Tabaksteuer und Verwendung der zusätzlich eingenommenen Finanzen für Maßnahmen der gesundheitlichen Versorgung.

WELTÄRZTEBUND

Erklärung des Weltärztebundes
zu

Tabakerzeugnissen, Import, Export, Vertrieb
und Werbung

verabschiedet von der
42. Generalversammlung des Weltärztebundes
Rancho Mirage, U.S.A., Oktober 1990

Der Weltärztebund erkennt die Gefahr von Tabakprodukten für die menschliche Gesundheit. (Eine entsprechende Erklärung des Weltärztebundes wurde im September 1988 verabschiedet.)

Der Weltärztebund richtet daher den dringenden Appell an alle Nationen, die Gesundheit ihrer Bürger durch wirksame Verbote und Beschränkungen in der Herstellung, der Einfuhr, der Ausfuhr, dem Handel von Tabakwaren oder der Werbung für Tabakwaren zu schützen.

Der Weltärztebund appelliert ferner an alle nationalen Ärzteorganisationen, geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um die Regierungen bei der Durchführung von Verboten und Beschränkungen in der Herstellung, der Einfuhr, der Ausfuhr, dem Handel von oder der Werbung für Tabakwaren zu unterstützen.

WELTÄRZTEBUND

Erklärung des Weltärztebundes
zum

Ersatz durch Generika

verabschiedet von der
41. Generalversammlung des Weltärztebundes
Hongkong, September 1989

Definition

Ersatz durch Generika wird in dieser Stellungnahme als Abgabe eines anderen Markenarzneimittels oder eines Nicht-Markenarzneimittels anstelle des verordneten Arzneimittels definiert; d.h., es hat die genau vergleichbare chemische Zusammensetzung in derselben Dosierungsform, es wird aber von einem anderen Hersteller vermarktet.

Einleitung

Wenn derartige Arzneimittel aufgrund unterschiedlicher Herstellungsverfahren und/oder unterschiedlicher Bioverfügbarkeit einzelner Substanzen nicht bio-äquivalent sind, kann sich auch die vorausgesetzte therapeutische Vergleichbarkeit dieser Substanzen ändern. Wenn also Ersatz innerhalb dieser Arzneimittelgruppe vorgenommen wird, die nicht die gleiche Bio-Verfügbarkeit haben, kann der Patient seinerseits nachteilig davon betroffen sein, d.h. er kann an einer Arzneimittelunverträglichkeit leiden, oder die Therapie kann nicht anschlagen. Aus diesen Gründen sollte dem Arzt von nationalen Zulassungsbehörden die Bio-Äquivalenz der verordneten Arzneimittel verschiedener Herkunft bestätigt werden. Dieser Grundsatz ist auch für Arzneimittel gleicher Herkunft wünschenswert. Qualitätskontrollverfahren sollten durchgeführt werden, um die Bio-Äquivalenz einzelner Chargen sicherzustellen. Bei der Arzneimittelauswahl sollten medizinische Überlegungen angestellt werden, bevor das für eine bestimmte Indikation eines Patienten ausgewählte Arzneimittel verordnet wird. Sobald diese ersten Überlegungen erfolgt sind, sollte der Arzt einen Kostenvergleich ähnlicher verfügbarer Arzneimittelprodukte vornehmen; deshalb sollte der Arzt die Art und Menge des Arzneimittelproduktes, welche er für das Beste im Sinne des medizinischen und finanziellen Interesses des Patienten hält, auswählen. Wenn der Patient seine Einwilligung zur Auswahl des Arzneimittels gegeben hat, sollte dieses nicht ohne die Zustimmung des Patienten oder des behandelnden Arztes geändert werden. Selbst wenn Drittzahler/Krankenversicherungsträger generischen Arzneimittlersatz vorschreiben, muß jede Anstrengung unternommen werden, um die Verordnungsfreiheit des Arztes zu erhalten. Das Versagen derartiger Grundsätze kann zum Schaden

des Patienten sein, und Ärzte können nicht für derartig schwerwiegende Folgen haftbar gemacht werden. Nationale ärztliche Standesvertretungen sollten für Patienten wie Ärzte gleichermaßen alles tun, was möglich ist, um diese Grundsätze aufrechtzuerhalten.

Empfehlungen

1. Ärzte sollten sich mit speziellen Gesetzgebungen und/oder Bestimmungen über den Ersatz durch Generika dort, wo sie praktizieren, vertraut machen.
2. Bei Behandlungsbeginn sollten Ärzte sorgfältig die Dosis, die eine optimale Wirksamkeit und Sicherheit darstellt, abwägen, vor allem bei Patienten mit chronischen Krankheiten, die einer längeren Therapiedauer bedürfen oder Patienten aus bestimmten Bevölkerungsschichten, von denen man annimmt, daß sie auf das Arzneimittel nicht in der gewohnten Weise ansprechen.
3. Sobald eine Medikation gegen chronische Krankheiten verordnet und begonnen wurde, sollte ein Ersatz durch Generika oder Markenarzneimittel nicht ohne die Erlaubnis des behandelnden Arztes vorgenommen werden. Falls doch ein Ersatz durch Generika oder Markenarzneimittel erfolgt, sollte der Arzt sorgfältig die Dosis abwägen, um die therapeutische Äquivalenz des Arzneimittelproduktes sicherzustellen.
4. Der Arzt hat die Pflicht, ernsthafte Arzneimittelnebenwirkungen oder Therapiemißerfolge, die in Zusammenhang mit Arzneimittelersatz stehen könnten, zu melden; die Ergebnisse sollten dokumentiert und den entsprechenden Arzneimittelzulassungsbehörden und den entsprechenden Ärzteverbänden gemeldet werden.
5. Nationale Ärzteverbände sollten regelmäßig das Erscheinen generischer Ersatzmittel überwachen und ihre Mitglieder über die Entwicklungen beraten, die für die Patientenversorgung von besonderer Bedeutung sind. Falls notwendig, sollte Ärzten Informationsberichte bedeutsamer Entwicklungen zur Verfügung gestellt werden.
6. Nationale Ärztesellschaften sollten in Zusammenarbeit mit entsprechenden Arzneimittel-Zulassungsbehörden die Bio-Verfügbarkeit aller gleichartiger Arzneimittelprodukte bewerten und sicherstellen, unabhängig davon, ob es sich um ein Generika oder um ein Markenarzneimittel handelt, damit eine sichere und wirksame Behandlung gewährleistet wird.
7. Nationale Ärzteverbände sollten sich jeden Eingriff in die Verordnungsfreiheit des Arztes im besten medizinischen und finanziellen Interesse des Patienten entgegenstellen.

WELTÄRZTEBUND

Erklärung des Weltärztebundes
zur

ambulanten Drogensubstitution bei Opiatabhängigen

verabschiedet von der 47. Generalversammlung des Weltärztebundes
in Bali, Indonesien, September 1995

PRÄAMBEL

In vielen Gebieten auf der ganzen Welt entstehen durch die Opiatabhängigen derzeit tragische Situationen. Diese tragischen Situationen kommen in den folgenden vier Bereichen vor:

1. Gesundheit: physische und psychische Verfassung des Drogenabhängigen; Verbreitung von Virusinfektionen wie z.B. AIDS und Hepatitis B oder C durch den gemeinsamen Gebrauch infizierter Spritzen und durch ungeschützten Sexualverkehr;
2. Zerrüttung der Familie, des beruflichen und sozialen Umfeldes;
3. Entwürdigung des einzelnen: Anreiz zur Prostitution beider Geschlechter, um Drogen finanzieren zu können, Hospitalisierung, Haft etc.
4. öffentliche Sicherheit: Beschaffungskriminalität, um entweder Drogen oder das Geld für Drogen zu erhalten.

Der Weltärztebund, betroffen über einen derart weitverbreiteten medizinisch-psychosozialen Notstand, muß Empfehlungen für Ärzte formulieren, die mit der Behandlung Opiatabhängiger befaßt sind. Dieses Thema wurde bereits in der Erklärung des Weltärztebundes über den Gebrauch und Mißbrauch psychotroper Medikamente (Dok. 20.30) kurz angesprochen. Die aktuelle Situation erfordert jedoch spezifischere und umfassendere Leitlinien als die in dieser Erklärung vorgelegten.

Stellungnahme:

Der Opiatabhängige ist ein Bürger mit allen Rechten und Pflichten. Ihre/seine Drogenabhängigkeit ist Ausdruck eines Leidens, das zu physischen, psychischen und sozialen Problemen führt; selbst lang anhaltende Drogenabhängigkeit sollte als vorübergehender Zustand betrachtet werden. Die Hilfe, zu der Drogenabhängige Zugang haben, sollte ihre Würde respektieren. Sie müssen mit der gleichen

Rücksichtnahme wie jeder andere Patient versorgt werden. Das Ziel der Behandlung sollte immer darin bestehen, den Drogenabhängigen wieder voll in ein unabhängiges und verantwortungsvolles Leben zu reintegrieren.

Die Behandlung Opiatabhängiger ist oft sehr schwierig. Unter den vielen Programmen, die in den verschiedenen vom Anstieg der Zahl der Drogenabhängigen betroffenen Ländern vorgeschlagen werden, werden zwei Trends sichtbar: "therapeutische Gemeinschaften" (externer Schutz) und die Drogensubstitution (interner Schutz).

Die ambulante Drogensubstitution ist sicherlich nicht die ideale Lösung (die durch weitere Forschungsarbeiten und durch wissenschaftliche Evaluierung angestrebt werden sollte) für das Problem der Drogenabhängigkeit. Diese Methode existiert jedoch als "therapeutisches Instrument", wird an vielen Orten auf der ganzen Welt eingesetzt und kann teilweise - bis eine bessere Lösung gefunden wird - dazu beitragen, das Problem in Grenzen zu halten. Das Ziel der Methode ist die Entwöhnung und die schnelle Reintegration des Patienten in sein familiäres, berufliches und soziales Umfeld, ohne seine Abhängigkeit aufrechtzuerhalten. Der behandelnde Arzt sollte sich immer um eine Herabsetzung der Dosierung bemühen.

Was wir auch tun, Drogenabhängigkeit ist ein chronisches Phänomen, gegen das wir kein "Wundermittel" haben. Die Heroinsubstitution (Verwendung von Diazetylmorphin) und die Verwendung von synthetischen Opiaten (insbesondere aber nicht ausschließlich Methadon, das seit etwa 50 Jahren bekannt ist) wirft grundlegende Probleme auf (Physiologie, Entzug, Pharmakologie etc.), klinische Probleme (Behandlungsprogramme, Verschreibung, Abgabe, Überwachung), rechtliche Probleme (Gesetze und Verordnungen) und ethische Probleme.

Daher sollte die Drogensubstitution in der ambulanten Behandlung einer Reihe von auf Nachweisbarkeit beruhenden Richtlinien unterliegen, deren Festlegung auf der im letzten Vierteljahrhundert gewonnenen Erfahrung derjenigen beruht, die, insbesondere in Europa und Nordamerika, Drogenabhängige behandelt haben. Viele Länder haben gesetzliche Vorschriften für die Behandlung von Opiatabhängigen eingeführt. Die nationalen Ärzteorganisationen sollten erforderlichenfalls versuchen, unzulängliche Rechtstexte zu verbessern.

EMPFEHLUNGEN

1. Der Arzt soll dem Patienten nicht allein auf dessen Wunsch ein Medikament verschreiben, das durch die Erkrankung des Patienten nicht medizinisch indiziert ist.
2. In der ambulanten Behandlung Opiatabhängiger sollen Ersatzdrogen nur entsprechend der auf Nachweisbarkeit beruhenden Richtlinien verschrieben werden.
3. Das höchste Ziel der Behandlung soll immer die Entwöhnung des Patienten sein, die nur langfristig erreicht werden kann.

Die Verwendung von Ersatzdrogen ermöglicht dem Patienten, sich medizinisch, psychisch oder sozial zu stabilisieren und damit unverzüglich in sein familiäres oder berufliches Umfeld zu reintegrieren. Sie dient auch dazu, das Risiko einer Virusinfektion mit AIDS oder Hepatitis B

oder C durch den Gebrauch infizierter Spritzen zu verringern. Außerdem kann die durch Heroin hervorgerufene Beschaffungskriminalität nur sinken.

4. Jegliche Behandlung durch Drogensubstitution soll nur nach einer genauen Diagnose verschrieben werden. Sie sollte von einem kompetenten Arzt überwacht werden, der über Erfahrungen in der Behandlung Drogenabhängiger verfügt und von einem entsprechend geschulten Team unterstützt wird.
5. Der Arzt soll die Zahl der von ihm behandelten Opiatabhängigen begrenzen, um eine sorgfältige und gewissenhafte Versorgung jedes einzelnen von ihnen zu gewährleisten. In jedem Falle wird er eine detaillierte Krankenakte über die Behandlung des Patienten führen und die Ergebnisse auswerten.
6. Die Verschreibung und Verabreichung von Ersatzdrogen sollte in der Art erfolgen, daß jegliche Vorratshaltung, Weiterverkauf oder andere illegale Verwendung vermieden werden.
7. Entsprechend den nationalen gesetzlichen Bestimmungen muß der Patient, um Ersatzdrogen erhalten zu können, sein Einverständnis mit regelmäßigen, unangekündigten und beaufsichtigten biologischen Untersuchungen (z. B. Urinuntersuchungen) erklären, um sicherzustellen, daß er gleichzeitig keine anderen Drogen nimmt und/oder ohne das Wissen beider Ärzte noch von einem anderen Arzt behandelt wird.

WELTÄRZTEBUND

Empfehlungen des Weltärztebundes
für

die ärztliche Versorgung in ländlichen Gebieten

verabschiedet von der
18. Generalversammlung des Weltärztebundes
Helsinki, Finnland, Juni 1964
überarbeitet von der
35. Generalversammlung des Weltärztebundes
Venedig, Italien, Oktober 1983

- I. Die Landbevölkerung hat Anspruch auf die gleiche medizinische Versorgung wie die Stadtbewohner. Obwohl es wirtschaftliche und andere Faktoren geben mag, die für die Quantität der gesundheitlichen Versorgungsmöglichkeiten auf dem Land ausschlaggebend sind, so darf dennoch die Qualität der Versorgung nicht abweichen. Jeder Staat sollte mit Nachdruck bemüht sein, die Qualifikation aller im Gesundheitswesen Tätigen auf den höchsten Stand zu bringen.
- II. Studien und Analysen von ermittelten Daten sind hilfreich für die Planung und Entwicklung von geeigneten Gesundheitsdiensten in ländlichen Gemeinden.
- III. Bildung und sozio-ökonomisches Niveau stehen in ländlichen Gebieten in Wechselbeziehung zueinander. Die Gesundheitserziehung der Bevölkerung geschieht am wirkungsvollsten, wenn die Organisationen, die Heilberufe und die Gemeinden gemeinsam an der Entwicklung und Erreichung des höchstmöglichen Standards der gesundheitlichen Versorgung arbeiten.
- IV. Die Arzt - Patient Beziehung sollte bei der Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung in den Landgebieten unangetastet bleiben.
- V. Der Staat ist verpflichtet, dafür zu sorgen, daß die Arbeitsbedingungen im öffentlichen Gesundheitsdienst attraktiv genug sind, daß auf dem Land die gleiche Entwicklung möglich ist, wie in der Stadt.
- VI. Eine angemessene Integration des Programms und der Möglichkeiten der präventiven und therapeutischen Medizin, der Hygiene und Gesundheitserziehung sollte auf dem Lande und in der Stadt sichergestellt werden.

- VII. Es sollte alles unternommen werden, um sicherzustellen, daß nur qualifizierte Ärzte verantwortliche Aufgaben in der ländlichen und städtischen Gesundheitsversorgung übernehmen. Medizinisches Hilfspersonal sollte nur vorübergehend ärztliche Aufgaben wahrnehmen. Für ausreichendes Personal im ländlichen Gesundheitsdienst ist Sorge zu tragen. Die Ausbildung sollte den Bedürfnissen der Bevölkerung angepaßt sein. In der Bedienung technischer Geräte sollten sie auf dem neuesten Stand gehalten werden.
- VIII. Die Ausbildung von Hilfspersonal, insbesondere von Schwestern, Pflegern und Hebammen sollte so ausgerichtet sein, daß sie dem kulturellen Erbe und dem Bildungsniveau des betreffenden Landes entspricht, damit eine ausreichende Besetzung in den ländlichen Gebieten gewährleistet ist. Die Ärzteschaft sollte alle Anstrengungen unternehmen, damit diese Gruppe gut ausgebildet, weitergebildet und fortgebildet wird.
- IX. Die spezifischen Krankheiten ländlicher Gebiete machen die Zusammenarbeit von Ärzten mit den Vertretern der verwandten Berufe erforderlich.
- X. Die Ärzteschaft sollte eine Führungsrolle in der Gesundheitserziehung der Landbevölkerung übernehmen. Eine Zusammenarbeit zwischen Landarzt und Landbevölkerung ist unerlässlich, um den höchstmöglichen Standard der Gesundheitserziehung zu erringen.
- XI. Die nationalen Ärzteorganisationen sollten alles in ihrer Macht Stehende unternehmen, daß Landärzte unter Bedingungen praktizieren, die nicht ungünstiger sind, als die der in Städten niedergelassenen Ärzte.
- XII. Die nationalen Ärzteorganisationen sollten eine aktive Rolle in der Entwicklung von Plänen zur Verbesserung der Gesundheitsbedingungen auf dem Lande übernehmen.

WELTÄRZTEBUND

Erklärung des Weltärztebundes
zur

Sicherheit am Arbeitsplatz

verabschiedet von der
45. Generalversammlung des Weltärztebundes
Budapest, Ungarn, Oktober 1993

Die Ärzteschaft, die sehr um die Gesundheitsförderung bemüht ist, sollte die Prävention gegen Arbeitsunfällen unterstützen.

Für jeden Arbeitnehmer sollte das größtmögliche Maß an Schutz gewährleistet sein.

Konsultationen zwischen Regierungsbehörden, Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Ärzten sind insbesondere notwendig, um eine Zusammenarbeit zu erzielen, die menschliche Werte, die untrennbar mit produktiver, gesunder Arbeit verbunden sind, respektiert.

Der Gesundheitsschutz, der Einfluß auf die Produktivität hat, muß jeden dazu ermutigen, die Sicherheit zu fördern.

Der Weltärztebund hält es für sinnvoll, die folgenden Kommentare und Empfehlungen zu geben:

Der Arzt als natürlicher Anwalt des Arbeitnehmers sollte:

1. in professioneller Unabhängigkeit handeln,
2. Arbeitgebern und Arbeitnehmern raten, die gesetzlichen Vorschriften einzuhalten,
3. den jeweiligen Behörden Empfehlungen für Gesetze zur Förderung der Sicherheit am Arbeitsplatz geben, insbesondere zur Vorschrift regelmäßiger Gesundheitsuntersuchungen,
4. Arbeitnehmer daran erinnern, daß es in ihrer eigenen Verantwortung liegt, auf ihre Sicherheit und die Sicherheit derer, mit denen sie zusammenarbeiten, und anderer an ihrer beruflichen Tätigkeit Beteiligten zu achten.

5. die Fähigkeit der Arbeitnehmer, ihre Aufgaben zu erfüllen, beurteilen,
6. sich dafür einsetzen, daß die nötige Unterweisung in Fragen der Sicherheit am Arbeitsplatz Bestandteil der ärztlichen Ausbildung wird.

WELTÄRZTEBUND

Deklaration des Weltärztebundes
über

die Aufgaben des Arztes im Umweltschutz und in der Bevölkerungsentwicklung

verabschiedet von der
40. Generalversammlung des Weltärztebundes
Wien, Österreich, September 1988

Vorbemerkung

Die wirksame Ausübung des ärztlichen Berufes verlangt, daß Ärzte und ihre Berufsorganisationen sich mit Umweltproblemen und Fragen der Bevölkerungsentwicklung befassen, da diese Faktoren einen Einfluß auf die Gesundheit einzelner Menschen und größerer Bevölkerungsgruppen ausüben können. Sie beeinflussen die Qualität und die Verfügbarkeit jener Ressourcen, die zur Erhaltung der Gesundheit und letztlich des Lebens überhaupt notwendig sind.

Insbesondere die Umweltfragen haben vier Dimensionen, die lang- und kurzfristige Auswirkungen auf die Gesundheit haben:

- A. Die Notwendigkeit, das Absinken der Umweltqualität aufzuhalten, so daß die für Leben und Gesundheit der Menschen wichtigen Ressourcen, z.B. reine Luft und sauberes Wasser, allen Menschen zugänglich sind. Die ständige Verseuchung unseres Trinkwassers durch chemische und sonstige Abfallprodukte und die Verunreinigung der Luft durch Kohlenwasserstoffe kann zu ernststen medizinischen Konsequenzen führen.
- B. Die Notwendigkeit, die unwiederbringlichen Ressourcen unter strenge Kontrolle zu stellen, z.B. den bebaubaren Mutterboden und das Öl, so daß auch künftige Generationen noch Nutzen davon haben.
- C. Die Notwendigkeit der vernünftigen und allgemeinen Familienplanung, so daß die Weltbevölkerung in Grenzen gehalten wird, damit ihr ein Überleben ermöglicht wird und die medizinischen Ressourcen verfügbar bleiben.
- D. Die Notwendigkeit, Ressourcen über nationale Grenzen hinweg zu mobilisieren, um umfassende international fundierte Lösungen für diese gewaltigen internationalen Probleme zu finden.

Das Hauptziel dieser Deklaration ist es, die Erkenntnisse dafür zu wecken, daß ein natürliches Gleichgewicht zwischen Umweltressourcen einerseits und den biologischen und sozialen Bedürfnissen für die Gesundheit andererseits erhalten bleibt. Aus der Sicht des Arztes können weder die Bevölkerungsexplosion noch die unverantwortliche Zerstörung der Umwelt hingenommen werden. Weltweit sollte sich die organisierte Ärzteschaft für die Lösung dieser Probleme einsetzen.

Grundsätzliches

1. Die Ärzteverbände sollten Umweltfragen als einen Teil ihrer Aufgaben bei der Interessenvertretung der Ärzte betrachten. Das kann bedeuten, daß sie Probleme aufgreifen, die örtlich von besonderer Dringlichkeit sind, daß sie dafür eintreten, daß bereits existierende Umweltschutzgesetze strikt durchgeführt werden, daß sie Gesundheitsprobleme, die ihre Ursache in Umständen der Umwelt haben, auch als solche identifizieren.
2. Die Ärzteverbände sollten Bestrebungen der Familienplanung fördern, die medizinisch und ethisch einwandfrei sind. Der Zweck solcher Maßnahmen besteht nicht darin, die Selbstbestimmung Einzelner einzuschränken, sondern vielmehr darin, die Lebensqualität für alle Familienmitglieder zu erhöhen und für den Fortbestand aller Formen des Lebens auf unserem Planeten zu sorgen.
3. Der Weltärztebund sollte als ein internationales Forum für die medizinische Tragweite des Umweltschutzes und der Bevölkerungspolitik dienen und die internationalen Bemühungen der Ärzte und Ärzteverbände in bezug auf viele Belange, die international in Angriff genommen werden müssen, koordinieren.

WELTÄRZTEBUND

Erklärung des Weltärztebundes
zum

Zugang zur medizinischen Versorgung

verabschiedet von der
40. Generalversammlung des Weltärztebundes
Wien, Österreich, September 1988

Vorwort

Der Zugang zur medizinischen Versorgung ist ein vielschichtiges Problem, bei dem es darum geht, das Gleichgewicht zwischen bestimmten Faktoren innerhalb der Grenzen zu halten, die einem Land durch die spezifischen Ressourcen und Möglichkeiten der Leistungserbringung gesetzt sind. Zu diesen Faktoren gehören die Arbeitskräfte, die Finanzierung der Krankenbeförderung, die Wahlfreiheit, öffentliche Aufklärung, die Qualität und die Bereitstellung von Technologie. Das Gleichgewicht dieser Elemente, das die Quantität und Qualität der effektiven gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung optimiert, entscheidet über Art und Zugang zur Versorgung.

Richtlinien

Arbeitskräftepotential

Die nationalen Ärzteorganisationen sollten sich mit anderen relevanten Gruppen aus dem privaten und öffentlichen Bereich zusammenschließen, um Probleme in bezug auf die Bereitstellung und den Einsatz von Arbeitskräften im Gesundheitswesen in Angriff zu nehmen. Durch eine Datenerhebung sollte die Bereitstellung und der Einsatz von Arbeitskräften und die geeignete Zusammensetzung zwischen Ärzten und medizinischem Personal bestimmt werden, welche auf die Bedürfnisse der Bevölkerung abgestimmt werden kann.

Es sollten verstärkt Bemühungen unternommen werden, um Ärzte und Angehörige medizinischer Assistenzberufe durch besondere Angebote und Anreize für unterversorgte Gebiete zu interessieren. In Hinblick auf längerfristige Bedürfnisse sollten auch Anreize für Medizinstudenten, die in personalmäßig unterversorgten Regionen arbeiten wollen, geschaffen werden.

Die Finanzierung

Es sollte ein pluralistisches Finanzierungssystem, das sowohl von öffentlichen als auch privaten Mitteln getragen wird, geschaffen werden. Das System sollte auf dem Prinzip einheitlicher Anspruchsrechte und Leistungen beruhen und für den reibungslosen Ablauf der erforderlichen Zahlungsvorgänge Sorge tragen. Diese Zahlungsabläufe müssen der Öffentlichkeit in verständlicher Weise erklärt werden, so daß alle Betroffenen die Zahlungsmöglichkeiten verstehen, die ihnen zur Verfügung stehen. Wo es angebracht ist, sind Anreize auf dem privaten Sektor zu schaffen, damit Patienten versorgt werden können, die sonst unversorgt blieben. Niemand, der der Versorgung bedarf, sollte davon ausgeschlossen werden, weil er nicht bezahlen kann. Die Gesellschaft muß ausreichende Beihilfen zum Versorgungsbedarf, bzw. zur Versorgung Bedürftiger zur Verfügung stellen, und die Ärzte haben die Verpflichtung, sich an dieser Versorgung in angemessenem Umfang zu beteiligen. Den Regierungen obliegt die Aufgabe, derartige Projekte in fairer und objektiver Weise durchzuführen.

Krankenbeförderung

Die Gesellschaft ist verpflichtet, dafür Sorge zu tragen, daß Patienten in abgelegenen Gebieten zu den medizinischen Versorgungsstellen transportiert werden. Die Landbevölkerung hat ebenso einen Anspruch auf Beförderung, wenn Spezialbehandlungen beansprucht werden, die nur in medizinischen Versorgungszentren der Großstädte durchgeführt werden können. Die Ärzte sind verpflichtet, solche Pläne in geeigneter Weise zu unterstützen.

Wahlfreiheit

Alle Gesundheitssysteme sollten dem einzelnen Patienten die größtmögliche Freiheit bei der Wahl des Arztes oder der Versorgungseinrichtung lassen, unabhängig davon, ob diese dem privaten oder öffentlichen Sektor zugeordnet sind. Zur Förderung dieser persönlichen Wahlmöglichkeiten, sind die öffentlichen Leistungsträger, die Arbeitgeber und andere Zahlungsverpflichtete ausreichend über die Angebote des öffentlichen und privaten Sektors zu informieren.

Öffentliche Aufklärung

Es sollten Bildungsprogramme eingerichtet werden, die das einzelne Mitglied der Gemeinschaft über die eigene Gesundheit sowie über die angemessene Inanspruchnahme der Gesundheitsvorsorge und der ärztlichen Behandlung informieren. Diese Programme sollten auch über Kosten und Leistungen alternativer Behandlungsmethoden, die Vorteile ärztlicher Vorsorgeprogramme zur Früherkennung und rechtzeitigen Therapie bzw. Verhinderung von Krankheiten, die Eigenverantwortung bei der Prävention von Krankheiten und die richtige Inanspruchnahme der Einrichtungen des Gesundheitssystems informieren.

Auf kommunaler Ebene ist es wichtig, daß die Bürger die zu ihrem Wohl geschaffenen Gesundheitsprogramme und deren Auswirkungen auf den einzelnen Bürger verstehen. Die Ärzte haben die Verpflichtung, sich an diesen Aufklärungsaktionen aktiv zu beteiligen.

Qualität

Qualitätssicherung sollte zu jedem Gesundheitssystem gehören. Insbesondere die Ärzte sollten die Verantwortung für die Sicherung einer qualitativ hochwertigen Versorgung übernehmen und nicht zulassen, daß andere Elemente eindringen und die Qualität der Versorgung gefährden.

Bereitstellung von Technologie

Richtlinien für die Bereitstellung von beschränkt verfügbaren Technologien zur gesundheitlichen Versorgung sind zu erarbeiten, um den Bedürfnissen aller Patienten gerecht zu werden.

Schlußfolgerungen

Der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung scheint optimal gesichert, wenn folgende Voraussetzungen gegeben sind:

- Zugang zu einer angemessenen ärztlichen Betreuung für jeden einzelnen (d.h. ohne zeitliche oder physische Beschränkungen);
- Eine größtmögliche Wahlfreiheit zwischen Leistungserbringern, Versorgungsträgern und Zahlungssystemen, angepaßt an die unterschiedlichsten Bedürfnisse der Bevölkerung;
- Die Bürger müssen über alle Formen der gesundheitlichen Versorgung ausführlich informiert werden;
- Adäquate Beteiligung aller Gruppen an der Gestaltung und Verwaltung des Gesundheitssystems.

WELTÄRZTEBUND

Erklärung des Weltärztebundes
zur

Gesundheitsförderung

verabschiedet von der 47. Generalversammlung des Weltärztebundes
in Bali, Indonesien, September 1995

1. Ärzte und ihre Berufsorganisationen haben die ethische Verpflichtung und die berufliche Verantwortung, stets zum Wohle ihrer Patienten zu handeln und diese Verantwortung als integralen Bestandteil eines umfassenderen Anliegens und Engagements für die Förderung und Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung wahrzunehmen.
2. Zu den traditionellen Aufgaben der Gesundheitsämter auf allen staatlichen Verwaltungsebenen und der in die öffentliche Gesundheit eingebundenen unabhängigen Ärzteorganisationen gehören eine Reihe von Programmen und Tätigkeiten, die auf die festgestellten Bedürfnisse der Bevölkerung und die Kapazität zur effektiven Durchführung dieser Aufgaben ausgerichtet sind. Zu den Schlüsselfunktionen der Gesundheitsämter gehören die Einschätzung der Bedürfnisse im lokalen Gesundheitswesen und das Ressourcenmanagement, um diesen gerecht zu werden, die Entwicklung der Gesundheitspolitik als Reaktion auf die spezifischen lokalen und nationalen Bedürfnisse im Bereich des Gesundheitswesens und die Gewährleistung, daß die zur Gesundheit beitragenden Rahmenbedingungen, einschließlich qualitativ hochstehender medizinischer Dienstleistungen, ausreichende Wasserversorgung, gute Ernährung, saubere Umwelt, die Möglichkeiten zur sportlichen Betätigung und Freizeitgestaltung bietet, den Bürgern zur Verfügung stehen.
3. Die in jedem Zuständigkeitsbereich durchgeführten Programme und Tätigkeiten hängen von den festgestellten Problemen und Bedürfnissen, der Struktur des Gesundheitssystems und den für die festgestellten Probleme zur Verfügung stehenden Ressourcen ab. Zu den im Rahmen der umfassenderen Aufgaben der Gesundheitsämter durchgeführten spezifischen Tätigkeitsarten gehören folgende:
 - a) die Überwachung und der Schutz der Gesundheit auf lokaler Ebene vor übertragbaren Erkrankungen und Gefahren durch Umweltgifte, Gefahren am Arbeitsplatz, gesundheits-schädlichen Erzeugnissen und gesundheitlichen Dienstleistungen von geringer Qualität. Diese Aufgabe schließt die Notwendigkeit der Prioritätensetzung ein, der Einführung von Basisprogrammen, der Erlangung der erforderlichen Ressourcen und der Sicherstellung der Verfügbarkeit notwendiger Laborleistungen im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens;

- b) die Feststellung des Ausbruchs von ansteckenden Krankheiten und der (epidemiologischen) Muster chronischer Erkrankungen und Verletzungen sowie die Einführung angemessener Kontrollen und Präventionsprogramme;
 - c) die Zusammenarbeit mit den Dienstleistungserbringern im Gesundheitswesen zur Unterrichtung und Aufklärung der Öffentlichkeit über ihre Rolle bei der Kontrolle und Prävention von Erkrankungen, über gesunde Lebensführung und die angemessene Inanspruchnahme medizinischer Leistungen;
 - d) die Aufklärung breiter Teile der Bevölkerung, Reihenuntersuchungen sowie andere Präventionsmaßnahmen und kurative Versorgung für diejenigen, die nicht durch private Dienstleistungserbringer versorgt werden;
 - e) die Entwicklung und Prüfung neuer Verfahren zur Prävention und Kontrolle im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens und
 - f) die Zusammenarbeit mit den zuständigen Behörden zur Schaffung einer Grundlage, in der den Menschen die Entscheidung zum gesundheitsbewußten Verhalten leicht gemacht wird.
4. Die Gesundheitsämter profitieren wesentlich von der engen Zusammenarbeit mit und der Unterstützung durch die Ärzte und deren Berufsorganisationen. Die Gesundheit einer lokalen Gemeinschaft oder Nation wird gemessen an der Gesundheit aller Menschen in dieser lokalen Gemeinschaft oder Nation; und die vermeidbaren gesundheitlichen oder medizinischen Probleme des Einzelnen wirken sich auf die Gesundheit der lokalen Gemeinschaft und ihrer Ressourcen aus. Die Effektivität vieler Programme zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung hängt daher vom aktiven Engagement der Ärzte und ihrer Berufsorganisationen in Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern ab.
5. Ein Beispiel für eine gemeinschaftlich vom privaten und öffentlichen Gesundheitswesen effektiv durchgeführte Tätigkeitsart sind die Unterrichtung der Öffentlichkeit und Aufklärungsprogramme zur Förderung gesunder Lebensführung und zur Reduktion vermeidbarer Gesundheitsrisiken wie Rauchen, Alkohol und andere Drogen; Sexualverhalten, das das Risiko einer HIV-Übertragung und Geschlechtskrankheiten erhöht, schlechte Ernährung und Bewegungsmangel sowie unzureichende Impfung von Kindern. In vielen Ländern stellt die Gesundheitserziehung einen Weg zur Verringerung der Säuglingssterblichkeit und -morbidity dar, und zwar durch die Förderung des Stillens und der Aufklärung der Eltern über die Risiken durch verunreinigtes Wasser und mangelhafte Ernährung.
6. Andere Tätigkeitsarten wie die Überwachung, Erforschung und Kontrolle von Erkrankungen gehören in erster Linie zum offiziellen Verantwortungsbereich der Gesundheitsämter. Diese Tätigkeiten können jedoch nicht effektiv ausgeführt werden ohne die aktive Zusammenarbeit und Unterstützung von Ärzten auf lokaler Ebene, die die persönlichen und lokalen Erkrankungsmuster kennen und die Behörden umgehend über Probleme, die weiterer Erforschung und weiterer Maßnahmen bedürfen, in Kenntnis setzen. Zu diesen Problemen können folgende gehören: die Feststellung von Risikogruppen für bestimmte Erkrankungen wie zum Beispiel Tuberkulose, die Meldung von Fällen übertragbarer Erkrankungen wie Masern, Keuchhusten oder an-

steckender Ursachen von Durchfällen sowie die Meldung von Verdachtsfällen von Lebensmittelvergiftungen, Bleiexposition oder Exposition mit anderen giftigen Chemikalien und Stoffen auf lokaler Ebene oder am Arbeitsplatz. Unterstützung für die Meldung und Kooperation erfolgen jedoch nur, wenn es in der Öffentlichkeit eine angemessene und adäquate Reaktion auf die bereitgestellten Informationen gibt.

7. Unabhängig von der Effektivität der vorhandenen Programme des öffentlichen Gesundheitswesens in einem Bezirk besteht eine der wichtigen Verantwortlichkeiten der ärztlichen Berufsorganisationen darin, auf lokaler und nationaler Ebene nicht erfüllte gesundheitliche Bedürfnisse bewußt zu machen und für Aktivitäten, Programme und Ressourcen einzutreten, um diese Bedürfnisse zu befriedigen. Diese Bemühungen könnten sich auf das Gebiet der öffentlichen Aufklärung über Gesundheitsförderung und Prävention erstrecken, auf die Überwachung und Kontrolle von Umweltgefahren, auf die Feststellung und Veröffentlichung gesundheitlicher Gefahren durch soziale Probleme wie zwischenmenschliche Gewalt oder soziale Verhaltensweisen, die die Gesundheit betreffen, oder die Feststellung und Unterstützung von Dienstleistungen, wie die Verbesserung der Bereitschaft zur Notfallbehandlung.
8. In Gebieten oder Bezirken, in denen die Grundversorgung im öffentlichen Gesundheitswesen nicht hinreichend gewährleistet wird, müssen die Ärzteorganisationen mit anderen Stellen des Gesundheitswesens und Gruppen zusammenarbeiten, um Prioritäten für die Unterstützung und entsprechende Maßnahmen aufzustellen. Beispielsweise sollte in einem Land oder Gebiet mit begrenzten Ressourcen, wo für die meisten Einwohner kein Trinkwasser oder keine Kanalisationsanlagen zur Verfügung stehen, diesen Fragen Priorität eingeräumt werden vor der Verwendung von Ressourcen, um neue medizinische Technologien zu erwerben, die nur einigen wenigen in der Bevölkerung zugute kämen.
9. Einige gesundheitsbezogene Fragen sind äußerst komplex und erfordern Reaktionen auf vielen verschiedenen Ebenen. Zum Beispiel benötigen Familien mit Kindern, bei denen hohe Bleikonzentrationen im Blut diagnostiziert wurden, häufig Hilfe bei der Inanspruchnahme der erforderlichen medizinischen Dienstleistungen, der Feststellung der Kontaminationsquelle und bei der Bereitstellung der erforderlichen Gegenmaßnahmen zur Gefahrenbeseitigung. Andere gesundheitsbezogene Fragen führen zu Besorgnis wegen der wirtschaftlichen Auswirkungen von politischen Strategien, die die öffentliche Gesundheit fördern. Zum Beispiel schaffen die möglichen wirtschaftlichen Auswirkungen von politischen Zielsetzungen zur Verringerung des Tabakverbrauchs auf eine Region, die bedeutende Einkünfte aus Tabakanbau oder Tabakverarbeitung bezieht, eine starke Opposition zum Gesundheitsförderungsprogramm. Die Wirtschaftspolitik sollte jedoch ein starkes Gesundheitsförderungsprogramm gegen die Verwendung von Tabakprodukten nicht verhindern. Man sollte sich rigoros für ein Verbot der Tabakwerbung einsetzen und alle Anstrengungen unternehmen, um den Tabakkonsum in den Entwicklungsländern zu reduzieren.

10. Der Weltärztebund verabschiedet diese Erklärung, um den nationalen Mitgliedsorganisationen eine Orientierung zu bieten bei der Suche nach der angemessenen Rolle für Ärzte und Berufsorganisationen, die in ihrem Zuständigkeitsbereich Verantwortung im öffentlichen Gesundheitswesen und bei der Unterstützung der Gesundheitsförderung übernehmen.

WELTÄRZTEBUND

Deklaration des Weltärztebundes
von Rancho Mirage

Die ärztliche Aus- und Weiterbildung

verabschiedet von der
39. Generalversammlung des Weltärztebundes
Madrid, Spanien, Oktober 1987

Präambel

Die ärztliche Ausbildung ist ein kontinuierlicher Lernprozeß, der mit der Zulassung zum Medizin- studium beginnt und mit der Aufgabe der ärztlichen Berufstätigkeit endet. Sie soll Medizinstudenten, Ärzte in der Weiterbildung, Krankenhausärzte und niedergelassene Ärzte dazu befähigen, Prävention und Heilung menschlicher Krankheiten nach neuestem Erkenntnisstand der Wissenschaft zu beherrschen und zur Linderung gegenwärtig unheilbarer Krankheiten einzusetzen. Die ärztliche Ausbildung soll sich auch an ethischen Normen orientieren, der Dienst am Menschen soll vor den persönlichen Interessen stehen. Alle Ärzte, wie auch immer sie ihren Beruf ausüben, sind Angehörige des einheitlichen ärztlichen Berufsstandes. Als Angehörige des ärztlichen Berufsstandes trägt jeder Arzt nicht nur die Verantwortung für die Erhaltung eines persönlichen hohen Standards ärztlicher Ausbildung, sondern auch für die Aus-, Weiter- und Fortbildung der Ärzte insgesamt, die sich auf folgende Grundsätze gründen:

I. Grundprinzipien der ärztlichen Ausbildung

Die ärztliche Ausbildung umfaßt das Hochschulstudium und die Ausbildung zum Arzt bis zur Approbation, die Weiterbildung, die zur Ausübung einer praktischen Tätigkeit in der Allgemeinmedizin oder einem Gebiet befähigt und die Fortbildung, die die ärztliche Tätigkeit lebenslang begleitet.

Ärztstand, Fakultäten und andere Ausbildungsstätten und die Regierung sind gleichermaßen verantwortlich für die Qualitätssicherung der ärztlichen Ausbildung.

II. Ausbildung zum Arzt

Ziel der Ausbildung ist der zur eigenverantwortlichen, uneingeschränkten Berufsausübung befähigte Arzt.

Die Approbation nach Beendigung des Medizinstudiums sollte den Arzt in die Lage versetzen, anschließend für einen gesonderten Weiterbildungsgang zwischen der Versorgung von Patienten in Praxis oder Klinik, dem öffentlichen Gesundheitswesen, der Forschung und der ärztlichen Lehrtätigkeit wählen zu können.

III. Ausbildung durch die Fakultät

Das Medizinstudium, das zur Approbation führt, muß durch eine anerkannte Fakultät vermittelt werden. Die Fakultät muß die erforderliche akademische Befähigung besitzen, die nur auf methodischer Lehre und Forschung basieren kann. Die Auswahl der Fakultät sollte sich nach der Qualifikation des einzelnen richten, ohne Ansehen des Alters, des Geschlechtes, der Rasse, der Religionszugehörigkeit, der politischen Überzeugung und der nationalen Herkunft.

Die Fakultät ist verantwortlich für die Schaffung eines akademischen Umfeldes, in dem das Lernen und das Sammeln von Erfahrung optimal gefördert werden. Aktive Forschung zur Erweiterung des medizinischen Wissens und die Bereitstellung qualitativ bester Versorgung im akademischen Bereich sind Voraussetzungen zur Gewährleistung höchster medizinischer Normen. Die Fakultäten sind für die Bestimmung von Zielen, Inhalten, Formen und Evaluation der theoretischen und praktischen Ausbildung verantwortlich, wobei die nationalen Ärzteorganisationen mitwirken. Im Rahmen des Grundsatzes der Freiheit von Lehre und Forschung soll jede Fakultät ein verbindliches Grundcurriculum vorhalten.

Die Lehrinhalte sollen dabei ständig überarbeitet, Erfahrungswerte praktizierender Ärzte und neue Bedürfnisse der Gesellschaft berücksichtigt werden, sofern sie die Qualität der ärztlichen Ausbildung nicht negativ beeinflussen.

Die Anerkennung einer Fakultät setzt voraus, daß Bibliotheken, Forschungslabors, klinische Behandlungszentren und Studienbereiche für den Lernenden ausreichend zur Verfügung stehen. Dabei müssen geordnete Verwaltungsstrukturen und eine umfassende Dokumentation gewährleistet sein. Wenn diese Grundvoraussetzungen erfüllt sind, kann auch die klinische Weiterbildung von Allgemeinärzten und Gebietsärzten sowohl von einer Universität als auch von einer Krankenanstalt gefördert werden.

IV. Inhalte der Ausbildung

Das Studium der Naturwissenschaften, die Erkenntnisse der Verhaltensforschung und die Sozialökonomie des Gesundheitswesens sollen Bestandteil der praktischen Ausbildung sein. Beide bilden die Basis für die praktische ärztliche Tätigkeit. Kritisches Denken und eigene Erfahrung sind dabei ebenso wie die Einhaltung ethischer Prinzipien als Grundlage der ärztlichen Berufsausübung essentielle Werte.

V. Klinischer Teil der Ausbildung

Der klinische Teil der Ausbildung zum Arzt muß praxisorientiert unter Aufsicht am Patienten erfolgen und direkte Kenntnisse in der Diagnoseerstellung und Behandlung von Krankheiten vermitteln. Der klinische Teil sollte auch die Möglichkeit persönlicher diagnostischer und

therapeutischer Erfahrungen mit allmählich wachsender Verantwortung bieten. Dabei ist eine adäquate Relation bei der Zahl der Lehrenden und Lernenden am einzelnen Patienten einzuhalten.

Nach dem reinen Hochschulstudium sollte jeder Arzt vor Aufnahme einer selbständigen Berufsausübung einen vorgeschriebenen Abschnitt klinischer Ausbildung von mindestens einjähriger Dauer absolvieren, in dem an ihn unter Aufsicht wachsende Anforderungen und Verantwortung für die Bewältigung klinischer Probleme gestellt werden.

In der Gesamtheit ist die Fakultät dafür verantwortlich, daß Studenten, die die Approbation erhalten, ein Grundverständnis der klinischen Medizin besitzen, die Fertigkeit haben, klinische Probleme kritisch zu beurteilen und entsprechende Maßnahmen selbständig zu treffen und die Haltung und den Charakter eines ethisch handelnden Arztes verinnerlicht haben.

VI. Auswahl der Studenten

Dem Medizinstudium sollte eine breit gefächerte, freiheitliche schulische Bildung und Erziehung vorgehen. Die Auswahl der Studenten für das Studium der Medizin sollte auf der Basis der intellektuellen Fähigkeiten, der Motivation, der Berufsvorbereitung und der persönlichen Eignung erfolgen. Die Zahl der Zulassungen muß den vorhandenen Ausbildungskapazitäten und dem Bedarf der Bevölkerung angepaßt sein. Alter, Geschlecht, Rasse, Religion, politische Überzeugung oder nationale Herkunft sollten keine Auswahlkriterien sein.

VII. Ärztliche Weiterbildung

Nach erlangter Approbation soll der Arzt einen spezifischen Weiterbildungsgang anstreben, wobei er sich für ein Spezialgebiet zur Versorgung von Patienten in Praxis oder Klinik oder für das öffentliche Gesundheitswesen, oder für Forschung und Lehrtätigkeit entscheiden soll. Für die selbständige Ausübung einer Tätigkeit in der Allgemeinmedizin oder einem Fachgebiet ist die Absolvierung eines vorgeschriebenen Weiterbildungsganges Voraussetzung. Dem ärztlichen Berufsstand unterliegt die Überwachung eines nach der Approbation ordnungsgemäß absolvierten Weiterbildungsprogramms.

VIII. Fortbildung

Alle Ärzte sind zur lebenslangen, berufsbegleitenden Fortbildung verpflichtet. Die andauernde Fortbildung ist unerlässlich, damit sich die Ärzte über die Entwicklung in der Medizin auf dem laufenden halten und ein hohes Maß an Wissen und Fertigkeiten zur Sicherung eines hohen Qualitätsstandards aufrechterhalten können; der wissenschaftliche Fortschritt ist für eine adäquate gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung wichtig. Medizinische Fakultäten, Krankenhäuser und Ärzteverbände sind gleichermaßen für die Entwicklung und Bereitstellung von Fortbildungsmöglichkeiten für alle Ärzte verantwortlich.

Der Auftrag der medizinischen Versorgung, der Gesundheitsvorsorge und -beratung eines Volkes stellt höchste Anforderungen an die Ausbildung zum Arzt, die Weiterbildung und die Fortbildung.

WELTÄRZTEBUND

Erklärung des Weltärztebundes

Fünfte Weltkonferenz des Weltärztebundes über ärztliche Aus-, Weiter-, und Fortbildung

verabschiedet von der
43. Generalversammlung des Weltärztebundes
Malta, November 1991

Die ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung besteht in einem kontinuierlichen Lernprozeß, der mit der Aufnahme des Medizinstudiums beginnt und so lange fort dauert, wie der Arzt eine Approbation besitzt. Somit gilt ihr ein vorrangiges Interesse der nationalen Ärzteorganisationen und des Weltärztebundes.

Die ärztlichen Organisationen der einzelnen Länder sollten es sich zur Aufgabe machen, die Zuweisung der nötigen Mittel für die Bereitstellung und die Leitung der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung von hoher Qualität zu übernehmen. Diese sollte im Rahmen von Kursen angemessener Größe mit einer ausreichenden Zahl von Dozenten, Einrichtungen und Finanzierungsmöglichkeiten erfolgen.

Um die Unterstützung der Öffentlichkeit und der Berufsangehörigen für die ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung zu bündeln, sollten sich die ärztlichen Organisationen der Bedürfnisse, Meinungen, Erwartungen und persönlichen Würde ihrer Bürger in hohem Maße bewußt sein.

Als Ergebnis der Beratungen auf der 5. Weltkonferenz für ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung erklärt der Weltärztebund:

- Das Ziel der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung sollte darin bestehen, kompetente und moralische Ärzte hervorzubringen, die ihre Rolle im Arzt-Patienten-Verhältnis respektieren.
- Die Kompetenz muß Wissen, Fertigkeiten, Werte, Verhaltensweisen und ethische Überzeugungen umfassen, die für den einzelnen Patienten und die Gemeinschaft präventive und kurative Versorgung von hoher Qualität sicherstellen.
- Forschung, Lehre und die ethisch verantwortliche Versorgung der Patienten sind untrennbar miteinander verknüpft und von entscheidender Bedeutung, um das Ziel, die ärztliche Kompetenz, zu erreichen.
- Es sollte ein internationaler Grundlehrplan zur Entwicklung und Aufrechterhaltung grenzüberschreitender ärztlicher Kompetenz geschaffen werden .

- Es sollten international standardisierte Methoden zur Bewertung der beruflichen Kompetenz und Leistung entwickelt und in Aus-, Weiter- und Fortbildung angewendet werden.
- Es sollte ein freier und unverzüglicher Austausch professionell erstellter und analysierter medizinischer Informationen über Fragen der Epidemiologie und der öffentlichen Gesundheit stattfinden, um als Leitlinie für die Entwicklung der Gesundheitspolitik, die Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzten und die Öffentlichkeit zu dienen.
- Es sollten internationale Normen für die Bewertung von Aus-, Weiter- und Fortbildungsprogrammen des gesamten Spektrums festgelegt werden.
- Die lebenslange Fortbildung eines Arztes als moralische Verantwortung sollte in eine internationale Berufsordnung für alle Ärzte aufgenommen werden.
- Die ärztlichen Organisationen aller Länder sollten unverzüglich auf Kräfte, die die Integrität der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung bedrohen, reagieren.
- Wirkung, Sicherheit und Anwendung neuer Technologien sollten rasch festgestellt und in das Spektrum der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung integriert werden.

WELTÄRZTEBUND

Zwölf Grundsätze
zur

Gesundheitssicherstellung in nationalen Gesundheitssystemen

verabschiedet von der
17. Generalversammlung des Weltärztebundes
New York, U.S.A., Oktober 1963
revidiert von der
35. Generalversammlung des Weltärztebundes
Venedig, Italien, Oktober 1983

Präambel

Gesundheitsfürsorge der verschiedensten Formen gibt es überall auf der Welt, angefangen beim völligen Laisser faire bis zum perfekt durchorganisierten staatlichen Gesundheitswesen.

Es ist nicht möglich, alle Systeme näher zu beschreiben, jedoch steht fest, daß es Länder gibt, in denen nur den ganz Bedürftigen Hilfe zuteil wird, während andere Länder die Möglichkeit zur Versicherung gegen Krankheit geschaffen haben. Einige sind sogar so weit gegangen, eine totale Versorgung zu schaffen. Persönliche Initiative in Verbindung mit regierungspolitischen Programmen und Maßnahmen unterschiedlicher Wirkungsgrade tragen dazu bei, eine Vielfalt von Möglichkeiten im Bereich der gesundheitlichen Versorgung zu schaffen.

Der Idealfall auf diesem Gebiet ist die Bereitstellung der modernsten medizinischen Versorgung unter voller Wahrung der Freiheit von Arzt und Patient.

Eine solche Formel wäre nicht präzise genug, um die Probleme der täglichen Praxis der einzelnen nationalen Systeme (die nun einmal existieren, ob es gefällt oder nicht) lösen zu können.

Der Weltärztebund hat die Pflicht der Sicherstellung der fundamentalen Grundsätze der ärztlichen Berufsausübung, und er hat die Aufgabe, die Freiheit des Arztberufes zu verteidigen. Folglich kann nicht erwartet werden, daß der Weltärztebund ein ausgewogenes Urteil über die unterschiedlichen Systeme fällen kann, seine vornehmste Pflicht besteht vielmehr darin, so weit dies möglich ist, eine Entscheidung darüber zu treffen, unter welchen Bedingungen die Ärzteschaft mit staatlichen Gesundheitsdiensten zusammenarbeiten kann.

Grundsätze

- I. Die Bedingungen der ärztlichen Praxis in jedem Gesundheitssystem sollen in Konsultation mit Vertretern der ärztlichen Standesorganisationen festgelegt werden.
- II. In jedem Gesundheitssystem sollte es dem Patienten möglich sein, den Arzt seiner Wahl aufzusuchen, und dem Arzt sollte es freigestellt sein, nur Patienten seiner Wahl zu behandeln, unbeschadet der Rechte beider Seiten. Der Grundsatz der freien Wahl des Systems der Gesundheitsfürsorge sollte auch gelten, wo die Therapie oder Teile derselben in Behandlungszentren durchgeführt wird. Die Ärzte unterliegen der beruflichen und der ethischen Verpflichtung zur Hilfeleistung in Notfällen.
- III. Alle approbierten Ärzte sollten Zugang zu allen Gesundheitssystemen haben; weder der ärztliche Stand noch der individuelle Arzt sollte zur Mitarbeit gezwungen werden können, wenn der Wunsch dazu nicht besteht.
- IV. Der Arzt sollte frei sein in der Wahl des Praxisortes, desgleichen zur Beschränkung seiner Praxis auf ein bestimmtes Fachgebiet, in dem er sich qualifiziert hat. Der Ärztebedarf des betreffenden Landes sollte gedeckt sein und die Ärzte selbst sollten, wo immer möglich, junge Ärzte in die Gebiete einweisen, wo sie am dringendsten benötigt werden. Sollten diese Gebiete ungünstiger sein als andere, so sollte den Ärzten, die dort tätig werden, eine Starthilfe gewährt werden, damit sie über eine ausreichende Ausrüstung verfügen und ihr Lebensstandard ihrer beruflichen Verantwortung angemessen ist.
- V. Die Ärzte sollten in allen Gremien, die sich mit den Problemen von Gesundheit und Krankheit befassen, ausreichend vertreten sein.
- VI. Die Vertraulichkeit der Arzt-Patient Beziehung muß Anerkennung finden und von allen respektiert werden, die an irgendeiner Stelle mit dem Patienten im Verlauf der Behandlung in Berührung kommen. Auch die Behörden sollten dies angemessen respektieren.
- VII. Die moralische, ökonomische und berufliche Unabhängigkeit des Arztes sollte garantiert werden.
- VIII. Wenn die Vergütung für ärztliche Leistungen in einem nationalen Gesundheitssystem nicht durch eine direkte Vereinbarung zwischen Arzt und Patient geregelt ist, so hat die zuständige Instanz für ein angemessenes Honorar Sorge zu tragen.
- IX. Die Vergütung für ärztliche Leistungen sollte auch die erbrachten Leistungen berücksichtigen und nicht ausschließlich auf die finanzielle Lage der zahlenden Instanz ausgerichtet ist oder auf unilateralen Regierungsbeschlüssen beruhen. Sie sollte von der Instanz, die die Ärzte repräsentiert, vertreten werden können.

- X. Kontrollen ärztlicher Leistungen zum Zweck der Qualitätssicherung oder die Feststellung quantitativer Leistungserbringung und Kostenermittlung sind nur von Ärzten vorzunehmen und sollten sich am örtlichen oder regionalen und nicht am nationalen Standard orientieren.
- XI. Im höheren Interesse des Patienten sollte es für den Arzt keine Beschränkung seines Rechtes geben, Medikamente oder jede sonst geeignet erscheinende Therapie, die dem gegenwärtigen Stand der medizinischen Wissenschaft entspricht, zu verschreiben.
- XII. Dem Arzt sollte die Möglichkeit angeboten werden, an Veranstaltungen teilzunehmen, die sein Wissen vertiefen und für seinen ärztlichen Status von Nutzen sind.

WELTÄRZTEBUND

Erklärung des Weltärztebundes
zur

Familienplanung und zum Recht der Frau auf Empfängnisverhütung

verabschiedet von der
48. Generalversammlung des Weltärztebundes
Somerset West, Republik Südafrika, Oktober 1996

Dieser Text ist eine Verknüpfung der beiden bereits existierenden Erklärungen des Weltärztebundes zum "Recht der Frau auf Empfängnisverhütung" (Dok. 10.D) und zur "Familienplanung" (Dok. 17.E). Die Verknüpfung wurde von der australischen Ärzteorganisation vorgenommen, anschließend wurde die geänderte Fassung vom Vorstand genehmigt und der Generalversammlung zur Annahme übermittelt.

1. Der Weltärztebund erkennt, daß ungewollte Schwangerschaften tiefgreifende und weitreichende Auswirkungen auf die Gesundheit von Frauen und ihrer Kinder haben können. Aus diesem Grund unterstützt der Weltärztebund die Familienplanung, wenn deren Ziel die Bereicherung des menschlichen Daseins und nicht seine Beschränkung ist.
2. Der Weltärztebund spricht sich dafür aus, allen Frauen die freie Wahl über die Empfängnisverhütung zu ermöglichen und diese nicht dem Zufall zu überlassen. Die Möglichkeit, die Fruchtbarkeit regulieren und kontrollieren zu können, sollte als Hauptfaktor für die körperliche und seelische Gesundheit einer Frau und ihres sozialen Wohlergehens betrachtet werden. Empfängnisverhütung kann vorzeitige Todesfälle durch die mit ungewollten Schwangerschaften verbundenen Konsequenzen verhindern. Eine optimale Geburtenplanung wird auch zum Überleben von Kindern und Säuglingen beitragen und kann größere Chancen für den einzelnen bedeuten, der dadurch seine Möglichkeiten besser ausschöpfen kann. Daher haben Frauen einen Anspruch darauf, genau über ihren Körper und seine Funktionen informiert zu werden und sollten, wenn sie dies wünschen, Zugang zu allen medizinischen und sozialen Beratungsstellen haben, um im vollen Umfang die Familienplanung nutzen zu können. Auch Männer sollten über die Empfängnisverhütung informiert werden.
3. In vielen Entwicklungsländern besteht eine starke, aber weitgehend unerfüllte Nachfrage nach Maßnahmen zur Geburtenkontrolle. Viele Frauen in diesen Ländern möchten Schwangerschaften vermeiden, verwenden jedoch keine Mittel zur Empfängnisverhütung. Der Weltärztebund spricht sich dafür aus, daß jede Frau ungeachtet ihrer Nationalität, sozialen Stellung oder Konfession unter Berücksichtigung der familiären Situation das Recht auf individuelle Entschei-

dung über Empfängnisverhütung hat. Wenn sich eine Frau in dieser Angelegenheit an einen Arzt wendet, der sich aber nicht in der Lage sieht, ihr zu helfen, dann sollte sie an einen anderen Arzt überwiesen werden. Das Recht der Frau auf Empfängnisverhütung muß gegenüber allen Interessengruppen geschützt und gewährleistet werden.

4. Der Weltärztebund

- a) empfiehlt, daß sich jede nationale Ärzteorganisation tatkräftig für die Unterrichtung der Bevölkerung in Fragen der Familienplanung einsetzt und gegebenenfalls mit der Regierung und anderen Gruppen zusammenarbeitet, um zu gewährleisten, daß ausreichendes Informationsmaterial und anderweitige Unterstützung zur Verfügung gestellt wird;
- b) fordert alle medizinischen Hochschulen auf, die Familienplanung als eine Komponente der Gesundheit von Mutter und Kind in das medizinische Curriculum aufzunehmen; und
- c) bekräftigt seinen Wunsch, die Familienplanung zu unterstützen und zu fördern, indem er die zuständigen Organisationen zur Abhaltung von Konferenzen, Symposien oder Studien über relevante Aspekte der Familienplanung auffordert.

WELTÄRZTEBUND

Erklärung des Weltärztebundes
zur

Resistenz gegen Antibiotika

verabschiedet von der
48. Generalversammlung des Weltärztebundes
Somerset West, Republik Südafrika, Oktober 1996

PRÄAMBEL

Die weltweit zunehmende Resistenz gegen Antibiotika sowie das Auftreten neuer Bakterienstämme, die gegen alle vorhandenen bakteriziden Mittel resistent sind, ist für die öffentliche Gesundheit zu einem Problem geworden, das sich möglicherweise zu einer Krise ausweiten kann.

Immer wenn Antibiotika verwendet werden, stellen die dabei entstehenden resistenten Mikroorganismen ein Problem dar. Die Zunahme von Risikogruppen, die häufig eine Behandlung mit Antibiotika benötigen, einschließlich Patienten mit geschwächtem Immunsystem und Patienten, die sich invasiven medizinischen Eingriffen unterziehen müssen sowie Patienten mit chronisch schwächenden Krankheiten, hat das Problem verstärkt.

Darüber hinaus hat sich das Problem durch erheblichen Mißbrauch und übermäßigen Gebrauch von Antibiotika dadurch verschärft, daß die Mikrobenpopulationen einem Selektionsdruck ausgesetzt wurden, der die Mutation in bezug auf die Resistenz gegen Antibiotika fördert. Dazu gehört die unangemessene Verschreibung von antibakteriellen Prophylaktika und/oder die unangemessene Behandlung von bakteriellen Infektionen durch Ärzte, die Nichteinhaltung von Antibiotika-Diäten durch Patienten sowie die Tatsache, daß Antibiotika in vielen Entwicklungsländern rezeptfrei erhältlich sind.

EMPFEHLUNGEN:

1. Der Weltärztebund und seine nationalen Mitgliedsorganisationen sollten die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die einzelnen nationalen Regierungen auffordern, mit dem "globalen Netz zur Überwachung der Resistenz gegen Antibiotika" der WHO zusammenzuarbeiten und dessen Effektivität zu erhöhen.

2. Die nationalen Ärzteorganisationen sollten ihre Regierungen auffordern, verstärkt finanzielle Mittel für die Grundlagen- und die angewandte Forschung, die sich mit der Entwicklung innovativer Antibiotika und Impfstoffe sowie mit der sachgemäßen und sicheren Verwendung dieser therapeutischen Instrumente beschäftigen, zur Verfügung zu stellen.
3. Die pharmazeutische Industrie sollte aufgefordert werden, weiterhin Forschungs- und Entwicklungsprogramme durchzuführen mit dem Ziel, innovative Antibiotika und Impfstoffe zur Verfügung zu stellen.
4. Die nationalen Ärzteorganisationen sollten ihre Regierungen auffordern, dahingehend Maßnahmen zu ergreifen, daß Antibiotika nur noch auf Rezept von autorisierten und qualifizierten Medizinern und Veterinärmedizinern erhältlich sind.
5. Die nationalen Ärzteorganisationen sollten die medizinischen Hochschulen und die Einrichtungen für ärztliche Fortbildung auffordern, Ärzte über die angemessene Verwendung von Antibiotika zu informieren.
6. Ärzte, die speziell in Infektionskrankheiten und klinischer Mikrobiologie ausgebildet sind, sollten in ihren lokalen Krankenhäusern und Gemeinden eine führende Rolle in bezug auf die sachgemäße Verwendung von Antibiotika, die Prävention (Maßnahmen zur Bekämpfung) der Resistenz gegen Antibiotika sowie bei der Durchführung von Kontrollprogrammen übernehmen.
7. Ärzte sollten ihre Patienten ausführlich über die Antibiotikabehandlung informieren und sie über die Risiken und Vorteile, die Bedeutung der Einhaltung der verordneten Diät und das Problem der Resistenz gegen Antibiotika aufklären.
8. Regierungen, Ärzteorganisationen und Ärzte sollten die Öffentlichkeit über die sachgemäße Verwendung von Antibiotika aufklären und verstärkt auf das Problem der Resistenz gegen Antibiotika hinweisen.
9. Nationale Ärzteorganisationen sollten in Zusammenarbeit mit den Veterinärbehörden ihre Regierungen auffordern, die Verwendung von Antibiotika als Futtermittelzusatz ausschließlich auf jene Antibiotika zu beschränken, die nicht beim Menschen eingesetzt werden.

WELTÄRZTEBUND

Erklärung des Weltärztebundes
zur

Gewalt in der Familie

verabschiedet von der
48. Generalversammlung des Weltärztebundes
Somerset West, Republik Südafrika, Oktober 1996

PRÄAMBEL

Unter Hinweis auf die frühere *Deklaration des Weltärztebundes von Hongkong zur Mißhandlung von älteren Menschen* (10.25) und die *Erklärung des Weltärztebundes zur Mißhandlung und Vernachlässigung von Kindern* (17.W) und darauf, daß sich der Weltärztebund intensiv mit dem Thema Gewalt als ein Problem der öffentlichen Gesundheit beschäftigt, fordert er seine nationalen Mitgliedsorganisationen auf, ihre Bemühungen zu intensivieren und sich verstärkt mit dem allgemeinen Problem der Gewalt in der Familie zu befassen.

Als Gewalt in der Familie bezeichnet man die physische und/oder emotionale Mißhandlung einer Person durch jemanden, der mit dem Opfer eng verwandt ist. Dieser Begriff umfaßt Tätlichkeiten gegen Familienangehörige (zuweilen auch als Mißhandlung des Partners, Ehepartners oder der Ehefrau bezeichnet), physische Mißhandlung und Vernachlässigung von Kindern, Mißhandlung älterer Menschen und in vielen Fällen sexuellen Mißbrauch. Gewalt in der Familie gibt es in jedem Land der Welt, ist geschlechtsübergreifend und überschreitet alle rassischen, ethnischen, religiösen und sozio-ökonomischen Grenzen. Obgleich sich die Definition dieser Fälle von Kulturkreis zu Kulturkreis unterscheidet, stellt Gewalt in der Familie aufgrund der vielen Todesfälle, Verletzten und der seelischen Schäden, die die Opfer erleiden, ein Hauptproblem der öffentlichen Gesundheit dar. Der physische und emotionale Schaden kann bei vielen Opfern zu chronischen oder sogar lebenslangen Behinderungen führen. Durch Gewalt in der Familie steigt für die Opfer das Risiko, an Depressionen und Angstzuständen zu erkranken, in Abhängigkeit von Suchtstoffen zu geraten sowie zu einem selbstzerstörerischen Verhalten zu neigen, das bis zum Selbstmord führen kann. Oftmals werden die Opfer zu Tätern oder gehen später gewalttätige Beziehungen ein. Obwohl es in diesem Dokument zwar in erster Linie um das Wohl des Opfers geht, sollte die Notlage des Täters jedoch nicht außer acht gelassen werden.

STELLUNGNAHME

Man wird sich mehr und mehr darüber im klaren, daß es wichtiger ist, über Gewalt in der Familie nachzudenken und gezielt Maßnahmen zu ergreifen als sich auf ein bestimmtes Opfer oder ein bestimmtes System (Gesellschafts-, Rechts-, Gesundheitssystem etc.) zu konzentrieren. In vielen Familien, in denen es zum Beispiel zwischen den Partnern zu gewalttätigen Auseinandersetzungen kommt, kann es auch zur Mißhandlung von Kindern und/oder älteren Menschen kommen, die von einem einzigen Täter ausgehen. Darüber hinaus spricht vieles dafür, daß Kinder, die mißhandelt wurden oder Zeuge von Gewalttätigkeiten gegen andere Familienmitglieder waren, später als Jugendliche oder Erwachsene verstärkt Gefahr laufen, wieder Opfer von Mißhandlungen zu werden und/oder selbst zu Tätern werden. Schließlich deuten die neuesten Erkenntnisse darauf hin, daß Opfer von Gewaltanwendungen in der Familie auch eher zu Gewalttätigkeiten gegen Menschen außerhalb des Familienkreises neigen. All dies läßt darauf schließen, daß jeder Fall von Gewalt in der Familie nicht nur weitere Gewaltanwendungen in der Familie, sondern auch eine zunehmende Bereitschaft zur Anwendung von Gewalt überall in einer Gesellschaft zur Folge hat.

Obwohl die Gründe für Gewaltanwendungen in der Familie komplex sind, so sind doch viele Faktoren bekannt, die dazu beitragen. Dazu zählen Armut, Arbeitslosigkeit, andere exogene Belastungen, die Bereitschaft, Streitigkeiten mit Gewalt zu lösen, Abhängigkeit von Suchtstoffen, insbesondere Alkoholmißbrauch, starre Rollenverteilung zwischen Mann und Frau, mangelhafte erzieherische Fähigkeiten, problematische Verteilung der Aufgaben in der Familie, unrealistische Erwartungen an andere Familienmitglieder, zwischenmenschliche Konflikte innerhalb der Familie, tatsächliche oder von den Tätern angenommene physische oder psychologische Schwäche von Opfern, intensive Beschäftigung des Täters mit Macht und Gewalt und u.a. die soziale Isolation der Familie.

Bei der Prävention und Behandlung von Gewalt in der Familie kommt den Ärzten eine wichtige Aufgabe zu. Natürlich behandeln sie die aus Mißhandlungen resultierenden Verletzungen, Krankheiten und psychischen Probleme. Aufgrund der therapeutischen Beziehungen zwischen Ärzten und Patienten haben die Opfer die Möglichkeit, ihnen aktuelle bzw. früher erfolgte Mißhandlungen vertraulich mitzuteilen. Ärzte sollten sich routinemäßig nach Gewaltanwendungen in der Familie erkundigen, insbesondere wenn ihnen im Krankenhaus Verletzungen auffallen, die mit Mißhandlungen in Verbindung stehen könnten. Sie können den Patienten dabei helfen, wie sie sich schützen können und ihnen gemeinnützige Einrichtungen nennen, die ihnen Schutz bieten und/oder aktiv in die von Gewalt geprägte Beziehung eingreifen. Sie können Patienten über die negativen Auswirkungen von Gewalt in der Familie aufklären, über Streßmanagement, über Möglichkeiten zur Behandlung psychischer Erkrankungen sowie über erzieherische Fähigkeiten und Kenntnisse als Weg, um Gewalttätigkeiten im Vorfeld vorzubeugen. Schließlich können sich Ärzte in ihrer Eigenschaft als Bürger, führende Persönlichkeiten in der Gemeinschaft und als medizinische Sachverständige in lokalen und nationalen Aktionen zur Eindämmung der Gewalt in der Familie engagieren.

EMPFEHLUNGEN

1. Der Weltärztebund empfiehlt den nationalen Mitgliedsorganisationen die Verabschiedung der folgenden Leitlinien für Ärzte:
 - a) Jeder Arzt sollte in seiner Ausbildung ausreichend über die medizinischen, soziologischen, psychologischen und präventiven Aspekte jeder Art von Gewalt in der Familie informiert werden. Dazu gehört die Ausbildung in der medizinischen Fakultät über die allgemeinen Grundsätze, fachspezifische Informationen während der Facharztausbildung und Fortbildungsveranstaltungen über Gewalt in der Familie. In der Ausbildung befindliche Ärzte müssen während ihrer Ausbildung hinreichend über die Rolle der Geschlechter, Machtausübung und andere familienbezogene Probleme, die zur Anwendung von Gewalt in der Familie beitragen, informiert werden.
 - b) Ärzte sollten wissen, wie die Anamnese einer vorliegenden bzw. zurückliegenden Mißhandlung unter Berücksichtigung der kulturellen Herkunft des Opfers in angemessener Weise aufzunehmen ist.
 - c) Ärzte sollten im Rahmen ihrer allgemeinen medizinischen Untersuchungen oder als Reaktion auf aufschlußreiche klinische Erkenntnisse regelmäßig und aufmerksam Anzeichen prüfen, die die Notwendigkeit weiterer Evaluierungen in bezug auf eine vorliegende oder zurückliegende Mißhandlung angebracht erscheinen lassen.
 - d) Ärzte sollten in Wartezimmern und Unfallstationen Broschüren, Videobänder und/oder anderes Informationsmaterial auslegen, um den Patienten allgemeine Informationen über Gewalt in der Familie an die Hand zu geben und sie über lokale Hilfseinrichtungen zu informieren.
 - e) Ärzte sollten soziale sowie andere Hilfseinrichtungen, an die sich die Opfer von Mißhandlungen wenden können, kennen, auf diese hinweisen und regelmäßig mit ihnen zusammenarbeiten.
 - f) Ärzte sollten sich bewußt sein, daß sie strikte Vertraulichkeit bei Fällen von Gewalt in der Familie bewahren sowie über entsprechende Falldokumentationen und alle lokalen und nationalen Meldepflichten unterrichtet sein müssen.
 - g) Ärzte sollten darin bestärkt werden, an koordinierten Aktivitäten der Gemeinschaft teilzunehmen mit dem Ziel, das Ausmaß und die Auswirkungen von Gewalt in der Familie zu reduzieren.
 - h) Ärzte sollten darin bestärkt werden, gegenüber Personen, in deren Familie es zu Gewaltanwendungen gekommen ist, eine bewertungsfreie Einstellung einzunehmen, damit sie verstärkt Einfluß auf Opfer, Überlebende und Täter nehmen können. Beispielsweise sollte das Verhalten beurteilt werden, nicht aber die Person.

2. Nationale Ärzteorganisationen sollten die Koordinierung von Maßnahmen gegen Gewalt in der Familie zwischen und unter den einzelnen Einrichtungen des Gesundheitswesens, den Strafrechtssystemen, Vollzugsbehörden, Familien- und Jugendgerichten sowie Verbrechensofferhilfsorganisationen unterstützen und fördern. Außerdem sollten sie das öffentliche Bewußtsein sensibilisieren und die Allgemeinheit verstärkt informieren.
3. Nationale Ärzteorganisationen sollten die Forschung unterstützen und fördern, um mehr über die Häufigkeit, die Risikofaktoren, die Folgen sowie die optimale Betreuung der Opfer von Gewalt in der Familie zu erfahren.

WELTÄRZTEBUND

Erklärung des Weltärztebundes
zur

Verantwortung des Arztes hinsichtlich der Qualität der
medizinischen Versorgung

verabschiedet von der
48. Generalversammlung des Weltärztebundes
Somerset West, Republik Südafrika, Oktober 1996

In der Erkenntnis, daß

der Arzt verpflichtet ist, seinen Patienten eine qualifizierte ärztliche Versorgung zukommen zu lassen und bestrebt sein soll, diejenigen Ärzte, die charakterliche und berufliche Mängel haben, zu melden (Internationale Ärztliche Standesordnung); und

jeder Patient das Recht auf medizinische Versorgung durch einen Arzt hat, von dem er weiß, daß er seine medizinischen und ethischen Entscheidungen frei und ohne unangemessene Einmischung von außen treffen kann (Deklaration von Lissabon 1981 in der Fassung von 1995); und

die seit langem bestehenden Ethikausschüsse, Prüfungsausschüsse und andere Formen der Überprüfung durch gleichrangige Kollegen von der verfaßten Ärzteschaft anerkannt und akzeptiert werden bei ihren Aufgaben, das berufliche Verhalten der Ärzte zu überwachen und erforderlichenfalls der absoluten beruflichen Freiheit von Ärzten angemessene Beschränkungen aufzuerlegen; und

bekräftigend, daß

die berufliche Autonomie und die Pflicht, sich einer wachsamem Selbstkontrolle zu unterziehen, wesentliche Bestandteile einer hochwertigen ärztlichen Versorgung im Interesse des Patienten sind und deshalb bewahrt werden müssen;

und

als logische Folge die Ärzteschaft die ständige Verpflichtung hat, sich an entsprechenden Überprüfungstätigkeiten durch Kollegen, die in gutem Glauben durchgeführt werden, zu beteiligen, diese zu unterstützen und zu akzeptieren;

bleibt der Weltärztebund bei seiner Feststellung, daß sich die Dienstleistung eines Arztes von kommerziellen Gütern und Dienstleistungen unterscheiden sollte, nicht zuletzt deshalb, weil der Arzt an spezielle ethische Pflichten gebunden ist, die die Verpflichtung des Arztes, eine qualifizierte ärztliche Leistung zu erbringen, einschließen (Internationale Ärztliche Berufsordnung 1949).

Der Weltärztebund vertritt die Ansicht, daß, welches gerichtliche oder rechtliche Verfahren ein Land auch immer eingeführt hat, jede Beurteilung des beruflichen Verhaltens oder der beruflichen Leistung eines Arztes nur unter Berücksichtigung der Stellungnahme seiner Berufskollegen, die aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung die Komplexität der betreffenden medizinischen Probleme verstehen, erfolgen darf.

Der Weltärztebund verurteilt alle Verfahren in bezug auf die Prüfung von Patientenbeschwerden und Entschädigung von Patienten, in denen die Beurteilung der Leistungen und Fehlleistungen des Arztes durch seine Kollegen nicht in gutem Glauben erfolgt. Verfahren dieser Art würden die gesamte Qualität der medizinischen Versorgung aller Patienten gefährden.

WELTÄRZTEBUND

Deklaration des Weltärztebundes
zu

Leitlinien für eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung der gesundheitlichen Versorgung

verabschiedet von der 49. Generalversammlung des Weltärztebundes,
Hamburg, Deutschland, November 1997

PRÄAMBEL

1. Ziel der Gesundheitsversorgung ist die Prävention, die Diagnose bzw. die Behandlung von Krankheiten sowie die Pflege und Förderung der Gesundheit der Bevölkerung. Ziel der Qualitätsüberprüfung der Gesundheitsversorgung ist die fortwährende Verbesserung der Qualität der für die Patienten und die Bevölkerung erbrachten Leistungen sowie der Art und Weise, wie diese Leistungen erbracht werden.
2. Die Verpflichtung zur ständigen Verbesserung der beruflichen Fähigkeiten und zur Bewertung der verwendeten Methoden ist in den Grundsätzen ärztlicher Ethik verankert. Nach diesen Grundsätzen muß der Arzt seine Kenntnisse und Fähigkeiten aktualisieren und vertiefen. Er soll nur Untersuchungen und Behandlungen empfehlen, die nach dem neuesten Stand medizinischer Wissenschaft wirkungsvoll und geeignet sind.

Ziel der Leitlinien

3. Ärzte und gesundheitliche Einrichtungen haben eine moralische Verpflichtung, nach ständiger Verbesserung ihrer Leistungen zu streben. Ziel dieser Leitlinien ist es, dieses Streben nach Verbesserung durch Qualitätsüberprüfungsmaßnahmen zu stärken und ethische Gründe für solche Überprüfungsmaßnahmen, wie zum Beispiel klinische Überprüfung durch gleichrangige Kollegen (peer review) zu liefern.

LEITLINIEN

Anwendung der Leitlinien

4. Ethische Leitlinien zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung gelten für alle Ärzte, Einrichtungen, die Gesundheitsleistungen anbieten und Anbieter von Überprüfungsleistungen.

Verpflichtung zur Qualitätsüberprüfung

5. Alle in der Patientenversorgung tätigen Ärzte sowie alle anderen in der Gesundheitsversorgung tätigen Einrichtungen und Einzelpersonen (einschließlich der Gesundheitsverwaltung) müssen danach streben, ihre Arbeit zu verbessern. Dabei sollte die aktive Teilnahme aller an Initiativen in bezug auf klinisches Auditing und Qualitätsüberprüfung gefördert werden. Qualitätsüberprüfungsevaluierungen können für unabhängige externe Audits verwendet werden, auch mit dem Ziel der Akkreditierung.

Standards für eine qualitativ gute Arbeit

6. Alle in der Patientenversorgung Tätigen müssen die Standards schaffen, die für eine qualitätsorientierte Arbeit und die Evaluierung der Qualität der Arbeit erforderlich sind. Die Ressourcen und die Kenntnisse und Fähigkeiten des Personals in den Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung müssen die Standards einer qualitätsorientierten Arbeit erfüllen.
7. Patientendaten, unabhängig davon, ob sie in Papierform oder mit dem Computer erfaßt wurden, müssen unter Berücksichtigung der Geheimhaltungspflicht mit der erforderlichen Sorgfalt angefertigt und aufbewahrt werden. Behandlungen, Entscheidungen und andere die Patienten betreffende Vorgänge müssen in der Form aufgezeichnet werden, daß die Informationen für die Messung spezifischer Standards verwendet werden können.
8. Es ist dafür zu sorgen, daß die in der gesundheitlichen Versorgung Tätigen ausreichend Gelegenheit haben, ihre Kenntnisse und Fähigkeiten zu aktualisieren und zu vertiefen. Empfehlungen und klinische Leitlinien sollten denen problemlos zur Verfügung gestellt werden, die sie benötigen. Gesundheitseinrichtungen müssen für den eigenen Gebrauch Qualitätssysteme einrichten und sicherstellen, daß die diese Systeme betreffenden Anweisungen befolgt werden.

Anerkennung der Qualitätsüberprüfung

9. Alle Ärzte sollten kontinuierlich die Qualität ihrer Arbeit und den Stand ihrer Kenntnisse und Fähigkeiten anhand von Selbstüberprüfungsmethoden evaluieren.
10. Die Qualität der Gesundheitsversorgung kann sowohl durch interne als auch durch externe Methoden bewertet werden. Die Einrichtungen - sowohl die, die interne, als auch die, die externe Qualitätsbewertung vornehmen - wie auch die Methoden müssen allgemein anerkannt sein und letztere müssen auf Forschungsergebnissen bzw. wissenschaftlichen Erkenntnissen basieren.

11. Internes klinisches Peer Review, Beobachtung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, Vergleich mit anderen Methoden, Beobachtung der Handlungsfähigkeit der Organisation und Überwachung des Feedback durch die Patienten sind Maßnahmen, die von jedem Anbieter gesundheitlicher Dienstleistungen permanent durchgeführt werden müssen.
12. Externe Initiativen der Qualitätsüberprüfung, beispielsweise externer Peer Review und Auditing, sollten mit einer der Entwicklung des jeweiligen Gebietes entsprechenden Häufigkeit und immer dann, wenn ein besonderer Grund vorliegt, durchgeführt werden.

Vertrauliche Behandlung von Patientenunterlagen

13. Patientenunterlagen können zur Qualitätsüberprüfung verwendet werden. Die Patienten sollten aber über die Verwendung ihrer Unterlagen zur Qualitätsüberprüfung informiert werden. Krankenakten sollten jedoch vertraulich und anonym behandelt und Unbefugten nicht zugänglich gemacht werden. Alle Berichte, Aufnahmen, Videoaufzeichnungen und Vergleichsdaten müssen so vorgelegt werden, daß die Patienten bei einer Qualitätsüberprüfung nicht identifiziert werden können.

Vertraulichkeit des Peer Review

14. Voraussetzung für einen erfolgreichen Peer Review ist die Bereitschaft und das Einverständnis der zu überprüfenden Einrichtungen und Ärzte. Es wird empfohlen, von den zu überprüfenden Einrichtungen und Ärzten eine freiwillige Zustimmung nach fachgerechter Aufklärung einzuholen.
15. Die Überprüfungsergebnisse gehören denen, an denen die Überprüfung vorgenommen wurde. Sofern in nationalen Rechtsvorschriften nichts anderes vorgesehen ist, können die Ergebnisse nur mit Zustimmung der Teilnehmer und der an der Überprüfung Beteiligten für Vergleiche und allgemeine Zwecke verwendet werden.
16. Der Leistungsanbieter kann seine Kunden über die Ergebnisse der Qualitätsüberprüfung informieren und diese Ergebnisse zur Vermarktung seiner Dienstleistungen verwenden, wenn dies gesetzlich erlaubt ist.
17. Die Überprüfung der Tätigkeit eines einzelnen Arztes wird vom Arzt selbst und seinem vorgesetzten Arzt vorgenommen. Informationen über einen einzelnen Arzt dürfen nicht ohne die Zustimmung des betreffenden Arztes veröffentlicht werden.
18. Bei einer externen Überprüfung dürfen die Überprüfungsergebnisse oder andere aus der Überprüfung hervorgegangene Informationen nicht ohne die schriftliche Erlaubnis des Überprüften an andere weitergeben werden.

Berufsordnungsausschüsse

19. Allgemein anerkannte ethische Grundsätze der Gesundheitsversorgung und nationale Grundsätze ärztlicher Ethik müssen in der Qualitätsüberprüfung unbedingt berücksichtigt werden.
20. Falls bei einem Überprüfungsprojekt Zweifel in bezug auf Berufsordnungsfragen aufkommen, so sind diese an einen Berufsordnungsausschuß zu überweisen. Normalerweise ist es jedoch nicht erforderlich, den Berufsordnungsausschuß Überprüfungsprojekte routinemäßig zur Genehmigung vorzulegen.

Kompetenz des Überprüfers

21. Der Überprüfer muß in dem die Überprüfung betreffenden Bereich über die entsprechende Erfahrung sowie über eine ausreichende Qualifikation in der Entwicklung von Techniken zur Qualitätsüberprüfung und in Methoden des klinischen Audits verfügen. Er sollte nach Möglichkeit von denen, die überprüft werden, akzeptiert werden.

Objektivität der Überprüfung

22. Der Überprüfer muß in höchstem Maße objektiv und unabhängig sein. Er muß den Tätigkeitsbereich der zu Überprüfenden gut kennen. Sein Überprüfungsbericht muß objektiv sein und die Schlußfolgerungen sollten auf einer kritischen Beurteilung der Feststellungen und anderer relevanter Fakten basieren. Dabei dürfen weder kommerzielle noch wettbewerbliche Aspekte Einfluß auf den Inhalt seines Berichtes nehmen.

Überprüfung und Kontrolle durch Behörden

23. Qualitätsüberprüfung der Gesundheitsversorgung und ständige Qualitätsverbesserung der Leistungen ist Bestandteil der Tätigkeit aller Ärzte und Gesundheitseinrichtungen. Die Überwachung der beruflichen Tätigkeiten durch die Gesundheitsbehörden ist ein ganz anderer Tätigkeitsbereich, der von der Überprüfung der Gesundheitsversorgung getrennt werden sollte. Die Ergebnisse der Überprüfung von Ärzten können den Aufsichtsbehörden nur auf der Grundlage einer gegenseitigen Sondervereinbarung zwischen den Gesundheitsbehörden und den betreffenden Ärzten überlassen werden, sofern in nationalen Rechtsvorschriften nichts anderes vorgesehen ist.

WELTÄRZTEBUND

EntschlieÙung des Weltärztesbundes
zur

Ärztedichte

verabschiedet von der
50. Generalversammlung des Weltärztesbundes
Ottawa, Kanada, Oktober 1998

1. Der Weltärztesbund beschließt hiermit, daß die Ausbildung von Ärzten sorgfältig und langfristig geplant werden muß.
2. Zur Erreichung dieses Ziels müssen sich die nationalen Behörden und die Vertreter der Ärzteschaft einen klaren Überblick verschaffen über:
 - die aktuelle Gesamtzahl der Ärzte,
 - die Altersstruktur und das durchschnittliche Renteneintrittsalter der aktuellen Zahl der berufstätigen Ärzte,
 - der geschätzte künftige Bedarf an Ärzten,
 - die Kapazität des ärztlichen Ausbildungssystems,
 - eventuelle Migrationstendenzen,
 - die Struktur der ärztlichen Spezialisierung und Subspezialisierung,
 - die Rolle der nichtärztlichen Leistungserbringer im Gesundheitssektor.
3. Da die Ausbildung eines vollausgebildeten Facharztes vom Beginn bis zum Ende der Ausbildung sehr lange dauert, muß dieser Umstand bei der Planung des künftigen Ärztebedarfs unbedingt berücksichtigt werden. Korrekturen bei der Ausbildung und in bezug auf Angebot und Nachfrage von Ärzten können zwar nicht umgehend vorgenommen werden, es ist jedoch unumgänglich, daß dabei der o.g. zeitliche Rahmen berücksichtigt wird.
4. Der Weltärztesbund fordert dazu auf, die Problematik der Ärztedichte auf regionaler Ebene zu untersuchen und wird sich zu gegebener Zeit für die Einberufung einer internationalen Konferenz einsetzen, um diese Probleme zu untersuchen und einen Konsens in bezug auf die zu erwartenden Lösungsvorschläge zu finden.
5. Der Weltärztesbund wird seinen Diskussionen mit der Weltgesundheitsorganisation und mit anderen relevanten Organisationen zu diesem Thema fortsetzen.

WELTÄRZTEBUND

Erklärung des Weltärztebundes
zur

Medikamentösen Behandlung von Tuberkulose

verabschiedet von der 49. Generalversammlung des Weltärztebundes
Hamburg, Deutschland, November 1997

PRÄAMBEL

Trotz der in der Therapie erzielten Fortschritte ist die Tuberkulose in zunehmendem Maße die Ursache für die weltweite Morbidität und Mortalität. Jüngsten Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation zufolge könnten in den nächsten zehn Jahren 30 Millionen Menschen an Tuberkulose sterben. Während bei vielen an Tuberkulose erkrankten Patienten die Krankheit als solche nicht diagnostiziert wird, werden viele andere nicht richtig behandelt. Das ist auf eine Vielzahl von Gründen zurückzuführen, so unter anderem auch darauf, daß Ärzte nicht die richtigen Medikamente verschreiben und Patienten sich nicht an die Anweisungen des Arztes halten. Außerdem stellt die Tuberkulose eine ernste Gefährdung für die Gesundheit HIV-positiver Menschen dar und ist in zunehmendem Maße für den Tod von Aids-Patienten verantwortlich.

Darüber hinaus erhöhen diese Faktoren auch die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung arzneimittelresistenter Tuberkulosestämmen. In einigen geschlossenen Gemeinschaften, beispielsweise Gefängnisanstalten, und bei speziellen Gruppen, wie zum Beispiel hospitalisierte HIV-positive Patienten, weisen die meisten neu eingelieferten Patienten eine Infektion mit multiresistenten Tuberkulosestämmen auf.

EntschlieÙung:

Aus diesem Grund und in Übereinstimmung mit seiner *Erklärung zur Resistenz gegen Antibiotika* (Dok. 10.120)

fordert der Weltärztebund seine nationalen Mitgliedsorganisationen auf, die Weltgesundheitsorganisation bei ihren Projekten "Directly Observed Treatment Short-Course" und "Strictly Supervised Treatment" sowie bei anderen Arbeiten zur Förderung einer effektiveren Vorgehensweise und Behandlung von Tuberkulose zu unterstützen.

WELTÄRZTEBUND

Erklärung des Weltärztebundes
zu den

Arbeitsbeziehungen zwischen Ärzten und Pharmazeuten in der medizinischen Therapie

verabschiedet von der 51. Generalversammlung des Weltärztebundes
Tel Aviv, Israel, Oktober 1999

A. Einleitung

1. Ziel der medizinischen Therapie ist die Verbesserung der Gesundheit und der Lebensqualität der Patienten. Eine optimale medizinische Therapie sollte sicher, effektiv, mit Bedacht ausgewählt und kostengünstig sein. Der Zugang zur medizinischen Versorgung sollte niemandem vorenthalten werden; des weiteren sollten die Patienten und die Leistungserbringer im Gesundheitswesen Zugang zu allen relevanten und aktuellen medizinischen Informationen haben.
2. Ärzte und Pharmazeuten haben eine sich gegenseitig ergänzende und unterstützende Verantwortlichkeit bei der Verfolgung des Ziels, den Patienten eine optimale medizinische Therapie zukommen zu lassen. Dafür ist ein ständiger Informationsaustausch, Respekt, Vertrauen und die gegenseitige Anerkennung der fachlichen Kompetenz des jeweils anderen erforderlich. Bei der Beratung der Patienten sollten für den Arzt das Ziel der Therapie, die Risiken, die Vorteile und die Nebenwirkungen im Vordergrund stehen. Der Pharmazeut hingegen sollte sich auf die korrekte Anwendung der Medikamente, die Befolgung der Behandlungsvorschriften, die Dosierungsvorschriften sowie auf die Informationen und Vorsichtsmaßnahmen zur Lagerung von Arzneimitteln konzentrieren.

B. Verantwortlichkeiten des Arztes

- (Nur in bezug auf die medizinische Therapie, ohne Bezugnahme auf das volle Verantwortungsspektrum des Arztes)
3. Diagnostizieren von Krankheiten auf der Grundlage der Ausbildung und der Fachkenntnisse und Fähigkeiten des Arztes, wobei der Arzt die alleinige Verantwortung für die Diagnose übernimmt.

4. Einschätzung der Notwendigkeit der medizinischen Therapie und Verschreibung der entsprechenden Arzneimittel (ggf. unter Einbeziehung der Patienten, Pharmazeuten und anderer Berufsgruppen des Gesundheitswesens).
5. den Patienten zu informieren über die Diagnose, Indikationen, Behandlungsziele sowie Maßnahmen, Vorteile, Risiken und potentielle Nebenwirkungen der medizinischen Therapie.
6. Überwachung und Beurteilung der Reaktion auf die medizinische Therapie, Fortschritte in bezug auf die therapeutischen Ziele und ggf. Überarbeitung des Therapieplans (ggf. in Zusammenarbeit mit Pharmazeuten und anderen Berufsgruppen des Gesundheitswesens).
7. Weitergabe der Informationen über die medizinische Therapie an andere Berufsgruppen des Gesundheitswesens.
8. Gemäß den gesetzlichen Vorschriften (Arztrecht) Aufbewahrung der Krankenakten jedes Patienten (die ggf. für eine weitere Therapie benötigt werden).
9. Aufrechterhaltung eines hohen medizinischen Wissenstandes durch ständige berufliche Weiterentwicklung.
10. Sichere Lagerung von Arzneimitteln, die der Arzt für seine Patienten bereithalten muß.
11. Überprüfung von Medikamentenverschreibungen zur Feststellung von Interaktionen, allergischen Reaktionen, Kontraindikationen und Doppelbehandlungen.
12. Gegebenenfalls die Gesundheitsbehörden über unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen zu informieren.

C. Verantwortlichkeiten des Pharmazeuten
(Nur in bezug auf die medizinische Therapie, ohne Bezugnahme auf das volle Verantwortungsspektrum des Pharmazeuten)

13. Sichere Herstellung, Lagerung und Abgabe von Arzneimitteln (entsprechend den geltenden Bestimmungen);
14. den Patienten zu informieren, beispielsweise über die Bezeichnung und die Wirkung des Arzneimittels, die potentiellen Wechsel- und Nebenwirkungen sowie die korrekte Anwendung und Lagerung;
15. Überprüfung von Medikamentenverschreibungen zur Feststellung von Interaktionen, allergischen Reaktionen, Kontraindikationen und Doppelbehandlungen. Wichtige Angelegenheiten sollten jedoch zuallererst mit dem verschreibenden Arzt besprochen werden;
16. auf Wunsch des Patienten Besprechung medizinisch-relevanter bzw. mit den verschriebenen Arzneimitteln verbundenen Probleme;

17. Gegebenenfalls Beratung der Patienten hinsichtlich der Auswahl und Verwendung rezeptfreier Arzneimittel sowie in bezug auf die Behandlung leichter Krankheitssymptome oder Erkrankungen (die Übernahme der Verantwortung für die Erteilung dieser Ratschläge vorausgesetzt). In dem Fall, wo die Selbstmedikation nicht angebracht ist, dem Patienten zu raten, seinen Arzt zur Diagnose und Behandlung der Erkrankung aufzusuchen;
18. Gegebenenfalls die Gesundheitsbehörden über unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen zu informieren;
19. Weitergabe von allgemeinen und konkreten medizinisch-relevanten Informationen an andere Berufsgruppen des Gesundheitswesens;
20. Aufrechterhaltung eines hohen medizinischen Wissenstandes durch ständige berufliche Weiterentwicklung.

D. Schlußfolgerung

21. Dem öffentlichen Interesse ist am besten gedient, wenn Pharmazeuten und Ärzte zusammenarbeiten und gegenseitig ihre Aufgaben- und Tätigkeitsbereiche anerkennen, um sicherzustellen, daß die Arzneimittel sicher und in geeigneter Weise angewendet werden, um das bestmögliche Ergebnis in bezug auf die Gesundheit zu erreichen.

W E L T Ä R Z T E B U N D

Internationale Ärztliche Standesordnung

verabschiedet von der
3. Generalversammlung des Weltärztebundes
London, Großbritannien, Oktober 1949,
revidiert von der
22. Generalversammlung des Weltärztebundes
in Sydney, Australien, August 1968
und von der
35. Generalversammlung des Weltärztebundes
Venedig, Italien, Oktober 1983

Allgemeine Pflichten des Arztes

Der Arzt soll ständig die höchsten Anforderungen an sein berufliches Verhalten stellen.

Der Arzt soll sich im Interesse seines Patienten in der freien und unabhängigen Ausübung seines Berufes nicht von Gewinnstreben leiten lassen.

Der Arzt soll in allen Bereichen der ärztlichen Praxis bemüht sein, eine angemessene ärztliche Leistung in voller Unabhängigkeit und in Ehrfurcht vor der menschlichen Würde zu erbringen.

Der Arzt soll Ehrlichkeit walten lassen im Umgang mit Patienten und Kollegen und bemüht sein, charakterliche und berufliche Mängel bei Ärzten sowie Irreführung oder Betrug aufzudecken.

Folgende Handlungen gelten als unethisch:

- a) Werbung der Ärzte, mit Ausnahme der Anzeigen, die gesetzlich im betreffenden Land und von den nationalen Standesorganisationen ausdrücklich zugelassen sind.
- b) Die Zahlung einer Vergütung oder anderer Leistungen für die Überlassung eines Patienten oder die Zuweisung eines Patienten an andere. Der Arzt soll die Rechte der Patienten, der Kollegen und der anderen Angehörigen der Heilberufe achten und Schweigen über alles bewahren, was seine Patienten ihm anvertrauen.

Der Arzt soll bei der Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit ausschließlich im Interesse des Patienten handeln, wenn die Therapie eine Schwächung des physischen und psychischen Zustandes des Patienten zur Folge haben kann.

Der Arzt soll bei der Bekanntgabe von Entdeckungen und Forschungsergebnissen oder neuer Behandlungsmethoden durch berufsfremde Kanäle äußerste Vorsicht walten lassen.

Der Arzt soll nur das bescheinigen, was er selbst verifiziert hat.

Pflichten des Arztes gegenüber dem Kranken

Der Arzt muß sich jederzeit seiner Pflichten zur Erhaltung menschlichen Lebens bewußt sein.

Der Arzt schuldet seinen Patienten völlige Loyalität und den Einsatz aller Hilfsmittel der ärztlichen Wissenschaft. Wenn Diagnose oder Therapie in ihren Anforderungen die Fähigkeiten des Arztes überfordern, sollte er den Rat eines erfahreneren Arztes suchen.

Der Arzt soll alles, was er über seinen Patienten weiß, absolut vertraulich behandeln, auch über dessen Tod hinaus.

Der Arzt soll im Notfall die erforderliche Hilfe leisten, es sei denn, er ist sicher, daß andere bereit und in der Lage sind, diese Hilfe zu gewähren.

Pflichten der Ärzte gegeneinander

Der Arzt soll sich seinen Kollegen gegenüber so verhalten, wie er sich dies auch von ihnen ihm gegenüber wünscht.

Der Arzt darf seinen Kollegen keine Patienten abwerben.

Der Arzt soll die Grundsätze des vom Weltärztebund beschlossenen "Genfer Gelöbnisses" achten.

WELTÄRZTEBUND

DEKLARATION VON GENF

- verabschiedet von der
2. Generalversammlung des Weltärztebundes
Genf, Schweiz, September 1948
und revidiert von der
22. Generalversammlung des Weltärztebundes
Sydney, Australien, August 1968
und revidiert von der
35. Generalversammlung des Weltärztebundes
in Venedig, Italien, Oktober 1983
und revidiert von der
46. Generalversammlung des Weltärztebundes
Stockholm, Schweden, September 1994

GELÖBNIS:

Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand gelobe ich 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.

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.

WELTÄRZTEBUND

Deklaration des Weltärztebundes
von Sydney

Definition des Todes

verabschiedet von der
22. Generalversammlung des Weltärztebundes
Sydney, Australien, August 1968
revidiert von der
35. Generalversammlung
Venedig, Italien, Oktober 1983

1. Vor dem Gesetz liegt die Verantwortung für die Bestimmung des Todeszeitpunktes in den meisten Ländern in der Hand des Arztes, und das sollte auch so bleiben. Im allgemeinen kann ein Arzt ohne Inanspruchnahme anderer Hilfe entscheiden, wann ein Mensch tot ist, indem er die klassischen Kriterien beachtet, die dem Arzt bekannt sind.
2. Zwei neuzeitliche Verfahren in der Medizin lassen es jedoch notwendig werden, die Frage des Eintritts des Todes weiter zu erforschen:
 - a) die Möglichkeit, mit Hilfe künstlicher Beatmung die Zirkulation sauerstoffhaltigen Blutes in einem Körper aufrechtzuerhalten, der irreversibel geschädigt sein kann, und
 - b) die Entnahme von Organen, wie beispielsweise Herz, Nieren, von einem Verstorbenen für Transplantationen.
3. Das Problem liegt darin, daß der Tod ein fortschreitender Prozeß ist, weil das Zellgewebe unterschiedlich auf den Entzug von Sauerstoff reagiert. Das klinische Interesse zielt aber nicht darauf, einzelne Zellen lebensfähig zu erhalten; es geht vielmehr um das Schicksal eines Menschen. Hier spielt nicht der Zeitpunkt des Todes der verschiedenen Zellen und Organe eine so wichtige Rolle, sondern vielmehr die Gewißheit, daß der Todesprozeß unwiderruflich ist und daß auch mit allen technischen Mitteln keine Wiederbelebung möglich ist.

4. Es ist unerlässlich, den irreversiblen Verlust aller Funktionen des gesamten Gehirns, einschließlich des Hirnstamms, festzustellen. Die Todesbestimmung fußt auf der klinischen Beurteilung, ergänzt - falls notwendig - durch verschiedene Diagnosehilfen. Bei dem heutigen Stand der medizinischen Wissenschaft kann die Frage der Todesbestimmung aber weder durch ein technisches Kriterium allein zufriedenstellend beantwortet werden, noch kann ein technisches Verfahren die umfassende Beurteilung durch einen Arzt oder durch ein Team von Ärzten ersetzen. Wenn die Verpflanzung eines Organs beabsichtigt ist, sollte die Feststellung des Todes von zwei oder mehr Ärzten getroffen werden, und die Ärzte, die diese Todesfeststellung treffen, sollten keinesfalls unmittelbar mit der Durchführung der Transplantation selbst zu tun haben.

5. Die Möglichkeit, den Zeitpunkt des Todes eines Menschen festzustellen, gibt uns ethisch die Erlaubnis, Wiederbelebungsversuche einzustellen und - in Ländern, wo es gesetzlich gestattet ist - Organe von Leichen zu entnehmen, vorausgesetzt, daß die bestehenden gesetzlichen Erfordernisse der Einwilligung berücksichtigt sind.

W E L T Ä R Z T E B U N D

Deklaration des Weltärztebundes
von Helsinki

Empfehlungen für Ärzte, die in der biomedizinischen
Forschung am Menschen tätig sind

verabschiedet von der
18. Generalversammlung des Weltärztebundes
Helsinki, Finnland, Juni 1964
revidiert von der
29. Generalversammlung des Weltärztebundes
Tokio, Japan, Oktober 1975
von der
35. Generalversammlung des Weltärztebundes
Venedig, Italien, Oktober 1983,
von der
41. Generalversammlung des Weltärztebundes
Hong Kong, September 1989
und von der
48. Generalversammlung des Weltärztebundes
Somerset West, Republik Südafrika, Oktober 1996

Vorwort

Aufgabe des Arztes ist die Erhaltung der Gesundheit des Menschen. Der Erfüllung dieser Aufgabe dient er mit seinem Wissen und Gewissen.

Die Genfer Deklaration des Weltärztebundes verpflichtet den Arzt mit den Worten: "Die Gesundheit meines Patienten soll mein vornehmstes Anliegen sein", und der internationale Codex für ärztliche Ethik legt fest: "Jegliche Handlung oder Beratung, die geeignet erscheinen, die physische oder psychische Widerstandskraft des Menschen zu schwächen, dürfen nur in seinem Interesse zur Anwendung gelangen".

Ziel der biomedizinischen Forschung am Menschen muß es sein, diagnostische, therapeutische und prophylaktische Verfahren sowie das Verständnis für die Aetiologie und Pathogenese der Krankheit zu verbessern.

In der medizinischen Praxis sind diagnostische, therapeutische oder prophylaktische Verfahren mit Risiken verbunden; dies gilt um so mehr für die biomedizinische Forschung am Menschen.

Medizinischer Fortschritt beruht auf Forschung, die sich letztlich auch auf Versuche am Menschen stützen muß.

Bei der biomedizinischen Forschung am Menschen muß grundsätzlich unterschieden werden zwischen Versuchen, die im wesentlichen im Interesse des Patienten liegen und solchen, die mit rein wissenschaftlichem Ziel ohne unmittelbaren diagnostischen oder therapeutischen Wert für die Versuchsperson sind.

Besondere Vorsicht muß bei der Durchführung von Versuchen walten, die die Umwelt in Mitleidenschaft ziehen können. Auf das Wohl der Versuchstiere muß Rücksicht genommen werden.

Da es notwendig ist, die Ergebnisse von Laborversuchen auch auf den Menschen anzuwenden, um die wissenschaftliche Erkenntnis zu fördern und der leidenden Menschheit zu helfen, hat der Weltärztebund die folgenden Empfehlungen als eine Leitlinie für jeden Arzt erarbeitet, der in der biomedizinischen Forschung tätig ist. Sie sollte in der Zukunft überprüft werden.

Es muß betont werden, daß diese Empfehlungen nur als Leitlinie für die Ärzte auf der ganzen Welt gedacht ist; kein Arzt ist von der straf-, zivil- und berufrechtlichen Verantwortlichkeit nach den Gesetzen seines Landes befreit.

I. Allgemeine Grundsätze

1. Biomedizinische Forschung am Menschen muß den allgemein anerkannten wissenschaftlichen Grundsätzen entsprechen; sie sollte auf ausreichende Laboratoriums- und Tierversuche sowie einer umfassenden Kenntnis der wissenschaftlichen Literatur aufbauen.
2. Die Planung und Durchführung eines jeden Versuches am Menschen sollte eindeutig in einem Versuchsprotokoll niedergelegt werden, welches einem besonders berufenen, vom Forschungsteam und Sponsor unabhängigen Ausschuß zur Beratung, Stellungnahme und Orientierung vorgelegt werden sollte. Dabei wird davon ausgegangen, daß dieser Ausschuß gemäß den Gesetzen oder Bestimmungen des Landes, in welchem der Versuch durchgeführt werden soll, anerkannt ist.
3. Biomedizinische Forschung am Menschen sollte nur von wissenschaftlich qualifizierten Personen und unter Aufsicht eines klinisch erfahrenen Arztes durchgeführt werden. Die Verantwortung für die Versuchsperson trägt stets ein Arzt und nie die Versuchsperson selbst, auch dann nicht, wenn sie ihr Einverständnis gegeben hat.
4. Biomedizinische Forschung am Menschen ist nur zulässig, wenn die Bedeutung des Versuchsziels in einem angemessenen Verhältnis zum Risiko für die Versuchsperson steht.
5. Jedem biomedizinischen Forschungsvorhaben am Menschen sollte eine sorgfältige Abschätzung der voraussehbaren Risiken im Vergleich zu dem voraussichtlichen Nutzen für die Versuchsperson oder anderen vorausgehen. Die Sorge um die Belange

der Versuchsperson muß stets ausschlaggebend sein im Vergleich zu den Interessen der Wissenschaft und der Gesellschaft.

6. Das Recht der Versuchsperson auf Wahrung ihrer Unversehrtheit muß stets geachtet werden. Es sollte alles getan werden, um die Privatsphäre der Versuchsperson zu wahren; die Wirkung auf die körperliche und geistige Unversehrtheit sowie die Persönlichkeit der Versuchsperson sollte so gering wie möglich gehalten werden.
7. Der Arzt solle es unterlassen, bei Versuchen am Menschen tätig zu werden, wenn er nicht überzeugt ist, daß das mit dem Versuch verbundene Wagnis für vorhersagbar gehalten wird. Der Arzt sollte den Versuch abbrechen, sobald sich herausstellt, daß das Wagnis den möglichen Nutzen übersteigt.
8. Der Arzt ist bei der Veröffentlichung der Versuchsergebnisse verpflichtet, die Befunde genau wiederzugeben. Berichte über Versuche, die nicht in Übereinstimmung mit den in dieser Deklaration niedergelegten Grundsätzen durchgeführt wurden, sollten nicht zur Veröffentlichung angenommen werden.
9. Bei jedem Versuch am Menschen muß jede Versuchsperson ausreichend über Absicht, Durchführung, erwarteten Nutzen und Risiken des Versuches sowie über möglicherweise damit verbundene Störungen des Wohlbefindens unterrichtet werden. Die Versuchsperson sollte darauf hingewiesen werden, daß es ihr freisteht, die Teilnahme am Versuch zu verweigern und daß sie jederzeit eine einmal gegebene Zustimmung widerrufen kann. Nach dieser Aufklärung sollte der Arzt die freiwillige Zustimmung der Versuchsperson einholen; die Erklärung sollte vorzugsweise schriftlich abgegeben werden.
10. Ist die Versuchsperson vom Arzt abhängig oder erfolgte die Zustimmung zu einem Versuch möglicherweise unter Druck, so soll der Arzt beim Einholen der Einwilligung nach Aufklärung besondere Vorsicht walten lassen. In einen solchen Fall sollte die Einwilligung durch einen Arzt eingeholt werden, der mit dem Versuch nicht befaßt ist und der außerhalb eines etwaigen Abhängigkeitsverhältnisses steht.
11. Ist die Versuchsperson nicht voll geschäftsfähig, sollte die Einwilligung nach Aufklärung vom gesetzlichen Vertreter entsprechend dem nationalen Recht eingeholt werden. Die Einwilligung des mit der Verantwortung betrauten Verwandten (darunter ist nach deutschem Recht der "Personensorgeberechtigte" zu verstehen) ersetzt die der Versuchsperson, wenn diese infolge körperlicher oder geistiger Behinderung nicht wirksam zustimmen kann oder minderjährig ist.

Wenn das minderjährige Kind fähig ist, seine Zustimmung zu erteilen, so muß neben der Zustimmung des Personensorgeberechtigten auch die Zustimmung des Minderjährigen eingeholt werden.

12. Das Versuchsprotokoll sollte stets die ethischen Überlegungen im Zusammenhang mit der Durchführung des Versuchs darlegen und aufzeigen, daß die Grundsätze dieser Deklaration eingehalten werden.

II. Medizinische Forschung in Verbindung mit ärztlicher Versorgung (Klinische Versuche)

1. Bei der Behandlung eines Kranken muß der Arzt die Freiheit haben, neue diagnostische und therapeutische Maßnahmen anzuwenden, wenn sie nach seinem Urteil die Hoffnung bieten, das Leben des Patienten zu retten, seine Gesundheit wiederherzustellen oder seine Leiden zu lindern.
2. Die mit der Anwendung eines neuen Verfahrens verbundenen möglichen Vorteile, Risiken und Störungen des Befindens sollten gegen die Vorzüge der bisher bestehenden diagnostischen und therapeutischen Methoden abgewogen werden.
3. Bei jedem medizinischen Versuch sollten alle Patienten - einschließlich die einer eventuell vorhandenen Kontrollgruppe - die beste erprobte diagnostische und therapeutischen Behandlung erhalten. Dies schließt nicht die Verwendung von reinen Placebos bei Versuchen aus, für die es kein erprobtes diagnostisches oder therapeutisches Verfahren gibt.
4. Die Weigerung eines Patienten, an einem Versuch teilzunehmen, darf niemals die Beziehung zwischen Arzt und Patient beeinträchtigen.
5. Wenn der Arzt es für unentbehrlich hält, auf die Einwilligung nach Aufklärung zu verzichten, sollten die besonderen Gründe für dieses Vorgehen in dem für den unabhängigen Ausschuß bestimmten Versuchsprotokoll niedergelegt werden.
6. Der Arzt kann medizinische Forschung mit dem Ziel der Gewinnung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse mit der ärztlichen Betreuung nur soweit verbinden, als diese medizinische Forschung durch ihren möglichen diagnostischen oder therapeutischen Wert für den Patienten gerechtfertigt ist.

III. Nicht-therapeutische biomedizinische Forschung am Menschen

1. In der rein wissenschaftlichen Anwendung der medizinischen Forschung am Menschen ist es die Pflicht des Arztes, das Leben und die Gesundheit der Person zu schützen, an der biomedizinische Forschung durchgeführt wird.
2. Die Versuchspersonen sollten Freiwillige sein, entweder gesunde Personen oder Patienten, für die die Versuchsabsicht nicht mit ihrer Krankheit in Zusammenhang steht.
3. Der ärztliche Forscher oder das Forschungsteam sollten den Versuch abbrechen, wenn dies nach seinem oder ihrem Urteil im Falle der Fortführung dem Menschen schaden könnte.
4. Bei Versuchen am Menschen sollte das Interesse der Wissenschaft und der Gesellschaft niemals Vorrang vor den Erwägungen haben, die das Wohlbefinden der Versuchsperson betreffen.

WELTÄRZTEBUND

Die Deklaration des Weltärztebundes
von Oslo

Erklärung zum therapeutischen Schwangerschaftsabbruch

verabschiedet von der
24. Generalversammlung des Weltärztebundes
Oslo, Norwegen, August 1970
und revidiert von der
35. Generalversammlung des Weltärztebundes
Venedig, Oktober. 1983

1. Der oberste moralische Grundsatz, der dem Arzt auferlegt ist, ist die Achtung vor dem menschlichen Leben von Beginn an.
2. Umstände, die eine Konfliktsituation zwischen den lebenswichtigen Interessen der Mutter und den lebenswichtigen Interessen ihres ungeborenen Kindes schaffen, führen in ein Dilemma, und es erhebt sich die Frage, ob eine Schwangerschaftsunterbrechung herbeigeführt werden sollte oder nicht.
3. Unterschiedliche Reaktionen auf eine solche Situation resultieren aus der Verschiedenheit der Einstellungen zum Leben des ungeborenen Kindes. Dies ist eine Frage der Überzeugung und des Gewissens des einzelnen, die respektiert werden muß.
4. Es ist nicht die Aufgabe der Ärzteschaft, die Standpunkte und Maßstäbe eines einzelnen Staates oder einer Gemeinschaft in dieser Frage zu bestimmen, aber es ist unsere Pflicht, zwei Rechtsgüter zu verteidigen: den Schutz unseres Patienten zu gewährleisten und die Rechte des Arztes innerhalb der Gesellschaft zu sichern.
5. Deshalb sollte dort, wo das Gesetz die Schwangerschaftsunterbrechung aus therapeutischen Gründen erlaubt, der Eingriff von einem fachlich qualifizierten Arzt in behördlich zugelassenen Einrichtungen durchgeführt werden.
6. Wenn ein Arzt der Meinung ist, daß ihm sein Gewissen verbietet, zu einer Schwangerschaftsunterbrechung zu raten oder eine solche durchzuführen, möge er davon Abstand nehmen, jedoch die Fortdauer der ärztlichen Versorgung durch einen qualifizierten Kollegen sicherstellen.

7. Obwohl diese Stellungnahme die Unterstützung der Generalversammlung des Weltärztebundes gefunden hat, gilt sie erst dann auch für die einzelnen Mitgliedsorganisationen, wenn sie von diesen selbst verabschiedet worden ist.

WELTÄRZTEBUND

Deklaration von Tokio

Richtlinien für Ärzte bei Folterungen, Grausamkeiten und anderen unmenschlichen oder die Menschenwürde verletzenden Handlungen oder Mißhandlungen in Verbindung mit Haft und Gefangenschaft

verabschiedet von der
29. Generalversammlung des Weltärztebundes
in Tokio, Japan, Oktober 1975

Präambel

Es ist die vornehmste Pflicht des Arztes, seinen Beruf im Dienst der Menschlichkeit auszuüben, die körperliche und geistige Gesundheit ohne Ansehen der Person zu erhalten und wiederherzustellen und die Leiden und das Leid der Patienten zu lindern. Die höchste Achtung vor dem menschlichen Leben muß sogar unter Bedrohung aufrechterhalten werden. Ärztliches Wissen darf niemals gebraucht werden, wenn die Gesetze der Menschlichkeit dadurch verletzt würden.

Im Sinne dieser Deklaration bedeutet Folter die vorsätzliche, systematische oder mutwillige Zufügung von physischen oder psychischen Leiden durch eine oder mehrere Personen, die entweder eigenmächtig oder auf Anordnung handeln, um eine andere Person zur Preisgabe von Informationen, zur Ablegung eines Geständnisses oder zu irgend etwas anderem zu zwingen.

Deklaration

1. Der Arzt soll die Anwendung von Folter, Grausamkeiten oder anderen unmenschlichen oder die Menschenwürde verletzenden Handlungen weder dulden noch gutheißen oder sich gar an ihnen beteiligen, was auch immer das Vergehen sei, dessen das Opfer solcher Mißhandlungen verdächtigt, beschuldigt oder überführt wird, ungeachtet seiner Anschauungen und Motive. Dies gilt für alle Situationen, einschließlich bewaffneter Konflikte und ziviler Aufstände.
2. Der Arzt soll weder Einrichtungen, Instrumente und Geräte, noch Substanzen oder sein Wissen zur Verfügung stellen, um die Durchführung der Folter oder anderer Grausamkeiten oder unmenschlicher und entwürdigender Behandlung zu fördern oder die Widerstandsfähigkeit des Opfers gegen solche Mißhandlungen herabzusetzen.
3. Der Arzt soll keiner Aktion beiwohnen, bei der Folterungen oder andere Grausamkeiten, unmenschliche oder die Menschenwürde verletzende Handlungen ausgeführt oder angedroht werden.

4. Der Arzt muß bei der Festlegung der Behandlung einer Person, für die er die medizinische Verantwortung trägt, die volle klinische Unabhängigkeit besitzen. Die wesentliche Aufgabe des Arztes ist es, die Notlage seiner Mitmenschen zu erleichtern. Diesem hohen Ziel darf kein anderer Beweggrund - sei er persönlicher, gesellschaftlicher oder politischer Natur- übergeordnet werden.
5. Wenn ein Gefangener die Nahrungsaufnahme verweigert, der Arzt ihn aber für fähig hält, sich ein unbeeinflusstes und vernünftiges Urteil über die Folgen einer freiwilligen Nahrungsverweigerung zu bilden, so soll der Gefangene nicht künstlich ernährt werden. Die Entscheidung über die Urteilsfähigkeit des Gefangenen in dieser Hinsicht sollte von mindestens einem weiteren unabhängigen Arzt bestätigt werden. Der Gefangene soll durch den Arzt über die Folgen der Nahrungsverweigerung unterrichtet werden.
6. Der Weltärztebund wird dem betreffenden Arzt und seiner Familie angesichts von Drohungen oder Vergeltungsmaßnahmen, die aus der Ablehnung der Mithilfe bei Folterungen oder anderen grausamen, unmenschlichen oder die Menschenwürde verletzenden Handlungen resultieren, seine Unterstützung gewähren. Der Weltärztebund appelliert an die Völkergemeinschaft, an die nationalen Berufsorganisationen und an die gesamte Ärzteschaft, sich ebenfalls hierfür einzusetzen.

WELTÄRZTEBUND

Erklärung des Weltärztebundes
zur

Leibesvisitationen bei Häftlingen

verabschiedet von der
45. Generalversammlung des Weltärztebundes
Budapest, Ungarn, Oktober 1993

Die Gefängnisssysteme vieler Länder schreiben Leibesvisitationen bei Häftlingen vor. Solche Durchsuchungen, die Rektal- und Pelvisuntersuchungen umfassen, können vorgenommen werden, wenn eine Person in die Haftanstalt eingewiesen wird und danach immer dann, wenn dieser Person persönlicher Kontakt zu Nichthäftlingen gewährt wird oder wenn Anlaß zu dem Verdacht besteht, daß ein Verstoß gegen die Haftanstalts- oder Sicherheitsbestimmungen vorliegt. Wenn ein Häftling zum Beispiel zu einer Anhörung zum Gericht, zur Behandlung ins Krankenhaus oder zur Arbeit außerhalb der Haftanstalt gebracht wird, muß sich der- oder diejenige bei Rückkehr in die Haftanstalt einer Leibesvisitation unterziehen, die alle Körperöffnungen umfaßt. Der Zweck der Durchsuchung besteht in erster Linie darin, die Sicherheit zu gewährleisten und/oder das Einschmuggeln von Waffen oder Drogen in die Haftanstalt zu verhindern.

Diese Durchsuchungen finden aus Sicherheitsgründen und nicht aus medizinischen Gründen statt; trotzdem sollten sie ausschließlich von kompetentem, medizinisch geschultem Personal vorgenommen werden. Diese nichtmedizinische Verrichtung kann von einem Arzt vorgenommen werden, um den Häftling vor dem Schaden, der durch nicht medizinisch geschultes Personal entstehen kann, zu bewahren. Der Arzt sollte dem Häftling dies erklären. Außerdem sollte der Arzt dem Häftling erklären, daß die normalen Bedingungen der ärztlichen Schweigepflicht in diesem auferlegten Verfahren keine Anwendung finden und daß das Ergebnis der Untersuchung den Behörden mitgeteilt wird. Wenn einem Arzt von einer Behörde rechtmäßig vorgeschrieben wird, bei einem Häftling eine Leibesvisitation vorzunehmen, und er einwilligt, sollte die Behörde entsprechend über die Notwendigkeit in Kenntnis gesetzt werden, dies auf humane Weise durchzuführen.

Die Durchsuchung sollte von einem anderen Arzt vorgenommen werden als von dem, der den Häftling medizinisch betreut.

Die Verpflichtung des Arztes, den Häftling medizinisch zu betreuen, sollte nicht durch die Verpflichtung, am Sicherheitssystem der Haftanstalt mitzuwirken, beeinträchtigt werden.

Der Weltärztebund ruft alle Regierungen und die Beamten, die Verantwortung für die öffentliche Sicherheit tragen, nachdrücklich dazu auf, anzuerkennen, daß solche invasiven Durchsuchungsmaßnahmen einen ernsten Eingriff in die menschliche Würde und Privatsphäre darstellen und außerdem das Risiko physischer und psychischer Verletzung bergen. Deshalb ruft der Weltärztebund nachdrücklich dazu auf, soweit dies ohne Gefährdung der öffentlichen Sicherheit möglich ist,

- für Routinekontrollen von Häftlingen alternative Methoden zu verwenden und nur als letztes Mittel zu Leibeshöhlenvisitationen zu greifen;
- wenn Leibeshöhlenvisitationen vorgenommen werden müssen, von seiten des zuständigen Beamten dafür zu sorgen, daß diese Durchsuchung von medizinisch geschultem Personal mit den für eine sichere Durchführung ausreichenden medizinischen Kenntnissen und Fähigkeiten vorgenommen werden.
- daß diese zuständige Behörde auch dafür Sorge trägt, daß Würde und Privatsphäre des Individuums entsprechend respektiert werden.

Schließlich ruft der Weltärztebund alle Regierungen und zuständigen Beamten dazu auf, solche Durchsuchungen durch einen Arzt vornehmen zu lassen, wenn es der Gesundheitszustand des Betroffenen erfordert. Die ausdrückliche Bitte des Häftlings um einen Arzt soll, soweit möglich, respektiert werden.

Der Weltärztebund verabschiedet diese Erklärung, um den nationalen Ärzteorganisationen eine Orientierung bei der Entwicklung von Richtlinien zur Ethik für ihre ärztlichen Mitglieder zu geben.

WELTÄRZTEBUND

Deklaration des Weltärztebundes
von Malta zum

Hungerstreik

verabschiedet von der
43. Generalversammlung des Weltärztebundes
Malta, November 1991
revidiert von der
44. Generalversammlung des Weltärztebundes
Marbella, Spanien, September 1992

PRÄAMBEL

1. Der Arzt, der Hungerstreikende behandelt, steht vor den folgenden einander widersprechenden Werten:
 - 1.1 Jeder Mensch ist moralisch verpflichtet, die Unantastbarkeit des Lebens zu respektieren. Dies wird besonders deutlich am Beispiel des Arztes, der seine ärztliche Kunst ausübt, um Leben zu retten und außerdem zum Wohle seiner Patienten handelt (Barmherzigkeit).
 - 1.2 Der Arzt hat die Pflicht, das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu respektieren. Der Arzt benötigt die aufgeklärte Zustimmung seiner Patienten, bevor er ihnen durch Anwendung seiner ärztlichen Kunst Hilfe leistet, es sei denn, daß es sich um einen Notfall handelt. In diesem Fall muß der Arzt das tun, was als zum Wohle des Patienten angesehen wird.
2. Dieser Widerspruch wird deutlich, wenn ein Hungerstreikender, der klare Anweisungen erteilt hat, ihn nicht wiederzubeleben, ins Koma fällt und im Sterben liegt. Die moralische Verpflichtung gebietet es dem Arzt, den Patienten wiederzubeleben, auch wenn dies gegen den Willen des Patienten erfolgt. Andererseits sieht der Arzt sich verpflichtet, das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu respektieren.
 - 2.1 Eine Entscheidung zugunsten eines Eingreifens könnte das Selbstbestimmungsrecht des Patienten gefährden.
 - 2.2 Eine Entscheidung zugunsten eines Nichteingreifens könnte dazu führen, daß der Arzt sich mit der Tragik eines vermeidbaren Todes konfrontiert sieht.

3. Ein Arzt-Patienten-Verhältnis liegt nach allgemeiner Auffassung immer dann vor, wenn der Arzt verpflichtet ist, kraft seiner Verpflichtung gegenüber dem Patienten, d.h. einem kranken Menschen, seine ärztliche Kunst zur Verfügung zu stellen, sei es in der Form von Beratung oder von Behandlung.

Dieses Verhältnis kann vorliegen, auch wenn der Patient bestimmten Behandlungsformen oder Eingriffen möglicherweise nicht zustimmt.

Sobald der Arzt in die Betreuung eines Hungerstreikenden einwilligt, wird dieser zum Patienten des Arztes. Dies zieht alle dem Arzt-Patienten-Verhältnis innewohnenden Folgen und Verpflichtungen nach sich, einschließlich der Zustimmung und der Vertraulichkeit.

4. Die endgültige Entscheidung über ein Eingreifen oder Nichteingreifen sollte dem jeweiligen Arzt obliegen ohne die Beteiligung Dritter, deren vorrangiges Anliegen nicht das Wohl des Patienten ist. Der Arzt sollte dem Patienten gegenüber jedoch klar zum Ausdruck bringen, ob er in der Lage ist, die Entscheidung des Patienten, die Behandlung oder, im Falle des Komas, die künstliche Ernährung zu verweigern, zu akzeptieren und damit das Risiko einzugehen, daß der Patient stirbt. Wenn der Arzt die Entscheidung des Patienten, solche Hilfe zurückzuweisen, nicht akzeptieren kann, wäre der Patient berechtigt, sich von einem anderen Arzt betreuen zu lassen.

Leitlinien für die Behandlung von Hungerstreikenden

Da die Ärzteschaft den Grundsatz der Unantastbarkeit des Lebens als grundlegend für die Ausübung ihres Berufes ansieht, werden die folgenden praktischen Leitlinien für Ärzte, die Hungerstreikende behandeln, empfohlen.

1. Definition

Ein Hungerstreikender ist ein geistig zurechnungsfähiger Mensch, der den Entschluß zu erkennen gegeben hat, einen Hungerstreik aufzunehmen, und der die Nahrungs- und/oder Flüssigkeitsaufnahme seit einer signifikanten Zeitspanne verweigert.

2. Ethisches Verhalten

2.1 Der Arzt sollte, wenn möglich, eine detaillierte Krankengeschichte des Patienten erheben.

2.2 Der Arzt sollte eine gründliche Untersuchung des Patienten bei der Aufnahme des Hungerstreiks durchführen.

2.3 Ärzte oder andere Angehörige der Heilberufe dürfen keinerlei unangemessenen Druck auf den Hungerstreikenden ausüben, um den Hungerstreik abzubrechen. Die Behandlung oder die Pflege des Hungerstreikenden dürfen nicht davon abhängig gemacht werden, daß dieser den Hungerstreik abbricht.

- 2.4 Der Hungerstreikende muß über die klinischen Folgen eines Hungerstreiks und über etwaige besondere Gefahren in seinem Einzelfall fachmännisch durch einen Arzt aufgeklärt werden. Eine aufgeklärte Entscheidung kann nur auf der Grundlage klarer Verständigung getroffen werden. Wenn angezeigt, sollte ein Dolmetscher eingesetzt werden.
- 2.5 Falls der Hungerstreikende einen zweiten Arzt zu Rate ziehen will, so sollte dies zugelassen werden. Falls der Hungerstreikende es vorzieht, daß die Behandlung von dem zweiten Arzt fortgesetzt wird, sollte dies gestattet werden. Falls der Hungerstreikende ein Häftling ist, sollte dies in Abstimmung und Beratung mit dem zuständigen Gefängnisarzt gestattet werden.
- 2.6 Die Behandlung von Infektionen oder der Rat an den Patienten, die orale Flüssigkeitsaufnahme zu erhöhen (oder intravenöse Salzlösungen zu akzeptieren) ist meist für den Hungerstreikenden akzeptabel. Die Weigerung, ein solches Eingreifen zu akzeptieren, darf keinen anderen Aspekt der gesundheitlichen Versorgung des Patienten beeinträchtigen. Jegliche Behandlung des Patienten muß seiner Einwilligung unterliegen.

3. Klare Anweisungen

Der Arzt sollte sich täglich davon überzeugen, ob der Patient den Hungerstreik fortsetzen will oder nicht. Der Arzt sollte sich außerdem täglich von den Behandlungswünschen des Patienten für den Fall, daß er nicht mehr zu einer aufgeklärten Entscheidung in der Lage ist, überzeugen. Diese Ergebnisse müssen in den persönlichen Krankenakten des Arztes aufgezeichnet und vertraulich behandelt werden.

4. Künstliche Ernährung

Wenn der Hungerstreikende geistig verwirrt und daher unfähig ist, eine unbeeinträchtigte Entscheidung zu treffen, oder ins Koma gefallen ist, so soll der Arzt für seinen Patienten frei die Entscheidung treffen können, welche weitere Behandlung er als zum Wohle des Patienten ansieht, immer unter Berücksichtigung der Entscheidung, zu der er in der vorausgegangenen Betreuung des Patienten während dessen Hungerstreiks gelangt ist, und weiterhin unter Beachtung von Absatz 4 der Präambel dieser Erklärung.

5. Nötigung

Hungerstreikende sollten vor einer Nötigung an der Teilnahme (am Hungerstreik) geschützt werden. Dies kann die Absonderung von Mitstreikenden erfordern.

6. Familienangehörige

Der Arzt ist verpflichtet, die Familienangehörigen des Patienten darüber zu informieren, daß der Patient einen Hungerstreik begonnen hat, es sei denn, der Patient hat dies ausdrücklich untersagt.

WELTÄRZTEBUND

Deklaration des Weltärztebundes von Hamburg
zur

Unterstützung von Ärzten, die die Mitwirkung an Folterungen oder anderen Formen grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlungen ablehnen

verabschiedet von der 49. Generalversammlung des Weltärztebundes
Hamburg, Deutschland, November 1997

PRÄAMBEL

1. Auf der Grundlage mehrerer von der Ärzteschaft anerkannten internationaler Deklarationen und Leitlinien zur Ethik ist es Ärzten überall auf der Welt untersagt, Folterungen oder andere Formen grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung aus welchen Gründen auch immer zu billigen, zu unterstützen oder daran teilzunehmen.
2. Zu den wichtigsten der o.g. Deklarationen zählen die *Internationale Ärztliche Standesordnung*, die *Deklaration von Genf*, die *Deklaration von Tokyo* und die *EntschlieÙung zur Beteiligung von Ärzten an der Vollstreckung von Todesurteilen* des Weltärztebundes; die *Erklärung von Madrid* des Ständigen Ausschusses der Europäischen Ärzte (CP) ; die *Nordische EntschlieÙung zur Beteiligung von Ärzten an der Vollstreckung von Todesurteilen*; und die *Deklaration von Hawaii* der World Psychiatric Association.
3. Keine dieser Deklarationen oder Erklärungen befaÙt sich jedoch explizit mit der Frage, wie Ärzte geschützt werden können, wenn sie unter Druck gesetzt, genötigt werden oder den Befehl erhalten, sich an Folter oder anderen Formen grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe zu beteiligen. In diesen Deklarationen oder Erklärungen wird auch nicht explizit die Verpflichtung zum Ausdruck gebracht, Ärzte, die von solchen MiÙhandlungen erfahren, zu unterstützen und zu schützen.

ENTSCHLIESSUNG

4. Der Weltärztebund wiederholt und bekräftigt hiermit die Verantwortung der organisierten Ärzteschaft:
 - i. Ärzte zu ermutigen, ihrer Verpflichtung als Arzt Folge zu leisten und der Menschheit zu dienen sowie jedem Druck zu widerstehen, gegen die Grundsätze ärztlicher Ethik, die ihr ärztliches Handeln bestimmen, zu verstoßen;
 - ii. Ärzte zu unterstützen, die infolge ihres Widerstands gegen massive Einflußnahme oder infolge ihrer Versuche, diese unmenschlichen Praktiken anzuprangern oder dagegen vorzugehen, auf Schwierigkeiten stoßen; und
 - iii. ihre Bemühungen zu intensivieren, indem sie auch andere internationale Organisationen sowie die nationalen Mitgliedsorganisationen des Weltärztebundes ermutigen, Ärzte zu unterstützen, die infolge ihrer Bemühungen, entsprechend den höchsten Grundsätzen ärztlicher Ethik zu handeln, auf Schwierigkeiten stoßen.

5. In Anbetracht der Tatsache, daß weltweit in vielen Ländern diese unmenschlichen Praktiken fortwährend angewendet werden und aufgrund der dokumentierten Vorfälle massiver Einflußnahme auf Ärzte, gegen die von der Ärzteschaft anerkannten Grundsätze ärztlicher Ethik zu handeln, hält es der Weltärztebund des weiteren für erforderlich:
 - i. auf internationaler Ebene gegen jegliche Einbeziehung von Ärzten in Folterungen oder andere Formen grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe zu protestieren;
 - ii. Ärzte, die gegen die Einbeziehung in diese unmenschlichen Praktiken Widerstand leisten oder die die Opfer dieser Praktiken medizinisch versorgen und betreuen, zu unterstützen und zu schützen und seine nationalen Mitgliedsorganisationen aufzufordern, desgleichen zu tun, sowie das Recht zu garantieren, die höchsten Grundsätze ärztlicher Ethik einschließlich der Schweigepflicht zu verteidigen.
 - iii. Informationen über und beweiskräftige Berichte von Ärzten über Folterungen zu veröffentlichen und nachweisbare Fälle von Versuchen, Ärzte an diesen Praktiken zu beteiligen, bekannt zu machen; und
 - iv. die nationalen Ärzteorganisationen aufzufordern, sich mit den entsprechenden Hochschulen in Verbindung zu setzen und diese zu bitten, in allen medizinischen Fakultäten und Krankenhäusern über die Auswirkungen der Folter, die Behandlung und Rehabilitation von Überlebenden der Folter, die Dokumentation von Folterungen sowie über die in dieser Erklärung aufgezeigten Schutzmaßnahmen für Ärzte aufzuklären und zu informieren.

WELTÄRZTEBUND

Deklaration des Weltärztebundes
von Sao Paulo

Erklärung zur Umweltverschmutzung

verabschiedet von der
30. Generalversammlung des Weltärztebundes
Sao Paulo, Brasilien, Oktober 1976,
revidiert von der
36. Generalversammlung des Weltärztebundes
in Singapur, November 1984

Vorwort

Die wissenschaftliche Konferenz über Umweltverschmutzung, die vom Weltärztebund 1976 in Sao Paulo abgehalten wurde, hob nochmals die Bedeutung des ökologischen Gleichgewichts zwischen dem Menschen und seiner Umwelt hervor und forderte die Staaten auf, für die Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung der Umwelt bei der sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung Sorge zu tragen.

Das Problem der Umweltverschmutzung hat nicht nur negative Auswirkungen auf die Lebensfähigkeit und Schönheit der Umwelt, sondern es nimmt immer bedrohlichere Formen der Gesundheitsschädigung für die in dieser Umwelt lebenden Menschen an. Daher müssen die Ärzte eine entscheidende Aufgabe bei der Prävention von Krankheiten infolge der Umweltverschmutzung übernehmen.

Definition

Umweltverschmutzung kann als Ergebnis menschlichen Verhaltens bezeichnet werden, die natürliche Umgebung bewußt oder aus Nachlässigkeit oder Unwissenheit die natürliche Umgebung zu zerstören oder zu verseuchen. Beispielsweise kann die wahllose Beseitigung von chemischen Abfällen zu irreparablen Verunreinigungen von wertvollen Wasserreservaten führen, deren Wasser für das menschliche Leben unentbehrlich ist.

Einige ungünstige physikalische Faktoren, ionisierende Strahlen und chemische Stoffe wie Chrom, Asbest und Bestandteile des Tabaks können krebserregende oder gesundheitsschädigende Wirkungen auslösen und darüber hinaus zu Mißbildungen bei Neugeborenen und zur Schädigung des Erbgutes führen. Für den Gesundheitszustand und die Lebenserwartung der

mit diesen Stoffen in Berührung kommenden Menschen ist eine Überwachung unerlässlich. Daher muß die Beseitigung der ungünstigen Umweltfaktoren in Heim, Schule, am Arbeitsplatz und anderswo absolute Priorität haben.

Mikrobiologische und chemische Stoffe können die Gesundheit der Arbeiter und der übrigen Bevölkerung erheblich schädigen. Mikrobiologische Substanzen können ansteckende Krankheiten verursachen, wie die Aufzeichnungen der letzten Jahrzehnte bewiesen haben. Chemische Stoffe können nicht übertragbare Risiken auslösen. Menschen, die beruflich mit Lebensmitteln umgehen, haben die Pflicht, dafür zu sorgen, daß die Verbraucher möglichst wenig mit gefährlichen mikrobiologischen und landwirtschaftlichen Chemikalien zur Wachstumsförderung und mit konservierenden Zusätzen in Berührung kommen.

Die einzelnen Problemfelder

Zu den gravierenden Faktoren der Umweltverschmutzung kann man folgende Tatbestände zählen:

- Luftverschmutzung durch Stickstoffoxyde, photochemische Oxyde, Kohlenwasserstoffe, Schwefeldioxyd, Blei und schwebende Schmutzteilchen. Diese Substanzen können bei Kindern und Erwachsenen pathophysiologische Zustände hervorrufen und an Pflanzen und anderen Gütern Schäden verursachen.
- Wasserverschmutzung durch den Zufluß ungenügend behandelter Abwässer aus Wohnsiedlungen, landwirtschaftlichen Betrieben und Industriebetrieben. Derartige Abwässer verunreinigen das Trinkwasser und versetzen es mit Viren, Bakterien und anderen infektiösen Stoffen und radioaktiven Substanzen. Wasserverseuchung führt auch zur Beschränkung von Erholungsmöglichkeiten und reduziert die Fischbestände.
- Feste Abfälle auf Deponien, die schädliche Nagetiere und Insekten anlocken und die Luft wie auch das Wasser verunreinigen; diese Abfälle können Giftstoffe in die Umwelt freisetzen.
- Extremer Lärm durch Industriebetriebe, Transportmittel, Audiosysteme und andere Verursacher können dauernde Gehörschäden und andere pathophysiologische Auswirkungen und psychische Störungen nach sich ziehen.

Die Verantwortung der Ärzte

Ärzte tragen die Verantwortung für die Erziehung der Öffentlichkeit zum Umweltbewußtsein und zum Eintreten für geeignete Umweltschutzmaßnahmen ihrer Gemeinden.

Empfehlung

Einzelne Ärzte und nationale Ärzteorganisationen sollten im Rahmen der geschilderten Verantwortung geeignete Maßnahmen ergreifen.

WELTÄRZTEBUND

Erklärung des Weltärztebundes
zur

Umweltbelastung durch Lärm

verabschiedet von der
44. Generalversammlung des Weltärztebundes
Marbella, Spanien, September 1992

Präambel

Die Erklärung des Weltärztebundes zur Umweltverschmutzung, die 1976 in Sao Paulo verabschiedet und 1984 in Singapur geändert wurde, behandelt die Umweltbelastung durch Lärm in nur einem Satz: "Extremer Lärm durch Industriebetriebe, Transportmittel, Audio-Systeme und andere Verursacher können bleibende Gehörschäden und andere pathophysiologische Auswirkungen und psychische Störungen nach sich ziehen."

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bezeichnet Lärm als Hauptumweltbelästigung in den Industrieländern. Sie startete Anfang 1990 "Inter-Health", ein Programm zur Warnung aller Länder vor Erkrankungen, die durch die Lebensführung verursacht sind, und rief eindringlich dazu auf, Maßnahmen gegen diese vom Menschen erzeugten, nicht übertragbaren Erkrankungen zu ergreifen.

Die allgemeinen und meßbaren Auswirkungen, die hohe Lärmpegel auf den Menschen haben können, sind vielfältig; sie beeinträchtigen sowohl das vegetative als auch das neuroendokrine System:

Diese physiologischen Auswirkungen sind jedoch sicherlich weniger bedeutsam als die schwer meßbaren Auswirkungen des Lärms auf die Psyche, wo die Schädigung weniger offensichtlich ist.

Es stimmt zwar, daß störender Lärm immer mehr zur Umweltbelastung geworden ist; glücklicherweise kann die moderne Technologie, eine der Hauptursachen dieses Problems, jedoch auch die Mittel liefern, um sein Auftreten, seine Verbreitung und seine Auswirkungen auf den Menschen zu reduzieren.

Empfehlungen

Entsprechend seiner sozialmedizinischen Zielsetzung macht der Weltärztebund darauf aufmerksam, daß Information und Prävention eine wichtige Rolle spielen im Hinblick auf Schädigungen durch hohe Lärmpegel.

Der Weltärztebund empfiehlt, eine globale Strategie zu verfolgen und ruft die nationalen Ärzteorganisationen dazu auf:

1. die Öffentlichkeit, insbesondere die Verantwortlichen für das Umweltrisiko sowie die potentiellen Opfer zu warnen,
2. Firmen und Ausrüster dazu zu ermuntern, Lärmschutzmaterial zu installieren, wo es nötig ist, um einen wirklichen kollektiven Schutz der Arbeitnehmer zu gewährleisten,
3. Arbeitnehmer individuell davon zu überzeugen, daß sie sich selbst gegen nicht zu reduzierenden Lärm schützen müssen,
4. Jugendliche über die mit dem Lärmkult (der Droge Lärm), Motorrädern, Plattenspielern und Radios, Rockkonzerten, Diskotheken, tragbaren Radios mit Kopfhörern usw. verbundenen Risiken zu informieren,
5. für angemessene gesetzliche Bestimmungen gegen hohe Lärmpegel in öffentlichen Einrichtungen, Urlaubsorten, Erholungsheimen und an Stadtautobahnen (durch Lärmschutzwälle) einzutreten,
6. die Durchsetzung der gesetzlichen Sanktionen zu unterstützen und die Wirksamkeit der Kontrollmaßnahmen zu überwachen.
7. Die Erziehungs- und Bildungsbehörden zu veranlassen, in allen Schulklassen eine Unterweisung einzuführen, wie der Umweltbelastung durch Lärm vorzubeugen oder entgegenzuwirken ist.

WELTÄRZTEBUND

Deklaration des Weltärztebundes
zu

den Rechten des Patienten

verabschiedet von der 34. Generalversammlung des Weltärztebundes
in Lissabon, Portugal, September/Oktobre 1981

und revidiert von der 47. Generalversammlung des Weltärztebundes
in Bali, Indonesien, September 1995

PRÄAMBEL

Das Verhältnis zwischen Ärzten, ihren Patienten und der Gesellschaft hat sich in letzter Zeit erheblich geändert. Ein Arzt sollte immer seinem Gewissen folgen und dem Wohl des Patienten dienen, die Wahrung der Unabhängigkeit des Patienten und seiner Rechte müssen jedoch in gleichem Maße gewährleistet werden. Die folgende Deklaration enthält einige der Grundrechte des Patienten, die die Ärzteschaft unterstützt und fördert. Ärzte und andere Personen oder Institutionen, die mit der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung betraut sind, haben eine gemeinsame Verantwortung, diese Rechte anzuerkennen und zu wahren. Wenn Patienten diese Rechte durch Rechtsvorschriften, Maßnahmen der Regierung, der Verwaltungsorgane oder anderer Einrichtungen verwehrt werden, sollten Ärzte zur Sicherstellung oder Wiederherstellung dieser Rechte geeignete Maßnahmen ergreifen.

Im Zusammenhang mit der biomedizinischen Forschung - einschließlich der nicht-therapeutischen biomedizinischen Forschung - haben die daran teilnehmenden Menschen Anspruch auf die gleichen Rechte und die gleiche Achtung wie jeder Patient, der sich einer normalen Therapie unterzieht.

GRUNDSÄTZE

1. Das Recht auf qualitativ hochstehende ärztliche Versorgung
 - a. Jeder, ohne Unterschied, hat ein Recht auf angemessene ärztliche Versorgung.
 - b. Jeder Patient hat das Recht auf medizinische Versorgung durch einen Arzt, der seine medizinischen und ethischen Entscheidungen frei und ohne Einmischung von außen treffen kann.
 - c. Die Behandlung soll immer im Einklang mit seinen wohlverstandenen Interessen erfolgen. Sie soll im Einklang mit allgemein anerkannten medizinischen Grundsätzen stehen.

- d. Qualitätssicherung sollte immer Bestandteil der gesundheitlichen Versorgung sein. Insbesondere die Ärzte sollten die Verantwortung für die Überwachung der Qualität der medizinischen Dienstleistungen übernehmen.
- e. 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.
- f. Der Patient hat ein Recht auf Kontinuität der ärztlichen Versorgung. Der Arzt hat die Pflicht, bei der Koordinierung der medizinisch angezeigten Versorgung mit anderen den Patienten behandelnden Leistungserbringern im Gesundheitssystem zusammenzuarbeiten. Solange eine Weiterbehandlung des Patienten medizinisch notwendig ist, darf der Arzt diese Behandlung nicht abbrechen, ohne dem Patienten angemessene Hilfe zu leisten und ihm ausreichend Gelegenheit gegeben zu haben, sich um eine anderweitige Behandlung zu kümmern.

2. Recht auf freie Arztwahl

- a. Der Patient hat das Recht, seinen Arzt, das Krankenhaus oder die medizinische Einrichtung frei zu wählen bzw. zu wechseln, ungeachtet dessen, ob es sich um öffentliche oder private Einrichtungen handelt.
- b. Der Patient hat das Recht, jederzeit die Meinung eines anderen Arztes einzuholen.

3. Recht auf Selbstbestimmung

- a. Der Patient hat ein Recht auf Selbstbestimmung, d.h. auf freie Entscheidung in bezug auf seine Person. Der Arzt soll den Patienten über die Folgen seiner Entscheidungen informieren.
- b. Ein geistig zurechnungsfähiger erwachsener Patient hat das Recht, in jedes diagnostische Verfahren oder jede Therapie einzuwilligen oder diese abzulehnen. Der Patient hat ein Recht, die für seine Entscheidungen notwendigen Informationen zu erhalten. Für den Patienten sollte klar verständlich sein, worin der Zweck einer Diagnose oder einer Behandlung besteht, welche Bedeutung die Ergebnisse haben und was die Konsequenzen einer ablehnenden Entscheidung sein würden.
- c. Der Patient hat das Recht, die Mitwirkung an der Forschung oder der medizinischen Lehre abzulehnen.

4. Der bewußtlose Patient

- a. Wenn der Patient bewußtlos oder aus anderen Gründen nicht in der Lage ist, seinem Willen Ausdruck zu geben, muß die Einwilligung des gesetzlichen Vertreters nach fachgerechter Aufklärung eingeholt werden, falls dies rechtserheblich ist.
- b. Falls ein gesetzlicher Vertreter nicht erreichbar, ein medizinischer Eingriff aber dringend erforderlich ist, kann die Einwilligung des Patienten unterstellt werden, es sei denn, daß es aufgrund vorheriger, eindeutiger Erklärung oder Überzeugung des Patienten offensichtlich und ohne Zweifel ist, daß er seine Zustimmung zu einem Eingriff in dieser Situation verweigern würde.
- c. Ärzte sollten jedoch immer versuchen, das Leben eines nach einem Selbstmordversuch bewußtlosen Patienten zu retten.

5. Der nicht geschäftsfähige Patient

- a. Wenn der Patient minderjährig oder aus anderen Gründen nicht geschäftsfähig ist, ist die Einwilligung eines gesetzlichen Vertreters, falls es rechtserheblich ist, erforderlich. Der Patient muß jedoch im Rahmen seiner Urteilsfähigkeit weitestgehend in die Entscheidungsfindung einbezogen werden.
- b. Soweit der nicht geschäftsfähige Patient rationale Entscheidungen treffen kann, müssen diese respektiert werden, und er hat das Recht, die Weitergabe von Informationen an seinen gesetzlichen Vertreter zu untersagen.
- c. Wenn der gesetzliche Vertreter oder der vom Patienten Bevollmächtigte einer Behandlung widerspricht, die nach Meinung des Arztes zum Wohle des Patienten notwendig ist, dann sollte der Arzt die Entscheidung eines zuständigen Gerichtes oder einer anderen Institution herbeiführen. Im Notfall soll der Arzt im wohlverstandenen Interesse des Patienten handeln.

6. Verfahren gegen den Willen des Patienten

Diagnostische Verfahren oder Behandlungen gegen den Willen des Patienten dürfen nur in Ausnahmefällen durchgeführt werden und nur, wenn dies ausdrücklich gesetzlich zulässig ist und den Grundsätzen ärztlicher Ethik entspricht.

7. Das Recht auf Information

- a. Der Patient hat ein Recht auf Kenntnisnahme aller ihn betreffenden Informationen, die in seinen Krankenakten festgehalten sind, und auf umfassende Informationen über seinen Gesundheitszustand einschließlich der medizinischen Befunde. Vertrauliche Informationen in den Krankenakten des Patienten über eine dritte Person dürfen jedoch nicht ohne Zustimmung dieser dritten Person an den Patienten weitergegeben werden.

- b. In Ausnahmefällen können Informationen dem Patienten vorenthalten werden, wenn es triftige Gründe zu der Annahme gibt, daß diese Informationen zu einer ernsthaften Gefährdung des Lebens oder der Gesundheit des Patienten führen würden.
- c. Informationen müssen dem Patienten entsprechend den regionalen Gepflogenheiten so gegeben werden, daß sie für ihn verständlich sind.
- d. Auf seinen ausdrücklichen Wunsch hat der Patient das Recht, nicht informiert zu werden, es sei denn, daß die Informationen zum Schutz des Lebens einer anderen Person erforderlich sind.
- e. Der Patient hat das Recht zu wählen, wer gegebenenfalls an seiner Stelle informiert werden soll.

8. Recht auf Vertraulichkeit

- a. Alle identifizierbaren Informationen über den Gesundheits- bzw. Krankheitszustand, Diagnose, Prognose und Behandlung des Patienten sowie alle anderen Informationen persönlicher Natur müssen, auch nach dem Tod des Patienten, vertraulich behandelt werden. In Ausnahmefällen können Nachkommen das Recht auf Zugang zu Informationen haben, die in bezug auf gesundheitliche Risiken für sie von Bedeutung sind.
- b. Vertrauliche Informationen können nur mit der ausdrücklichen Zustimmung des Patienten oder aufgrund einer entsprechenden gesetzlichen Bestimmung weitergegeben werden. Informationen können an andere Leistungserbringer des Gesundheitssystems nur auf einer strikten Basis des "wissen müssen" weitergegeben werden, es sei denn, der Patient hat zuvor seine ausdrückliche Zustimmung gegeben.
- c. Alle identifizierbaren Patientendaten müssen geschützt werden. Der Datenschutz muß durch eine geeignete Datenspeicherung sichergestellt sein. Menschliche Substanzen, aus denen identifizierbare Daten abgeleitet werden können, müssen ebenfalls geschützt werden.

9. Recht auf Gesundheitserziehung

Jeder hat das Recht auf Gesundheitserziehung, die es ihm ermöglicht, eigenständige Entscheidungen über seine persönliche Gesundheit und die zur Verfügung stehenden medizinischen Dienstleistungen zu treffen. Die Gesundheitserziehung sollte Informationen über gesunde Lebensführung, Methoden der Prävention und Krankheitsfrüherkennung umfassen. Die Eigenverantwortung eines jeden für seine Gesundheit sollte herausgestellt werden. Ärzte haben die Verpflichtung, sich aktiv an Bemühungen zur Gesundheitserziehung zu beteiligen.

10. Das Recht auf Würde

- a. Die Würde und das Recht auf Privatsphäre des Patienten sollen bei der medizinischen Betreuung und Lehre jederzeit respektiert werden, ebenso wie seine kulturellen und gesellschaftlichen Wertvorstellungen.
- b. Der Patient hat ein Recht auf Linderung seiner Leiden nach dem neuesten Stand medizinischer Kenntnisse.
- c. Der Patient hat ein Recht auf eine menschenwürdige Sterbebegleitung und auf alle zur Verfügung stehende Hilfe, damit der Sterbevorgang so würdevoll und so erträglich wie möglich erfolgen kann.

11. Das Recht auf religiösen Beistand

Der Patient hat ein Recht auf geistigen und moralischen Beistand, den er auch ablehnen kann; dies schließt das Recht auf den Beistand eines Geistlichen der Konfession seiner Wahl ein.

WELTÄRZTEBUND

Deklaration des Weltärztebundes
über

Grundsätze für die Gesundheitsfürsorge in der Sportmedizin

verabschiedet von der
34. Generalversammlung des Weltärztebundes
Lissabon, Portugal, September/Oktober 1981
revidiert von der
39. Generalversammlung des Weltärztebundes
Madrid, Spanien, Oktober 1987
revidiert von der
45. Generalversammlung des Weltärztebundes
Budapest, Ungarn, Oktober 1993
und revidiert von der
51. Generalversammlung des Weltärztebundes
Tel Aviv, Israel, Oktober 1999

In Anbetracht der Einbeziehung von Ärzten in die Sportmedizin empfiehlt der Weltärztebund die folgenden ethischen Richtlinien für Ärzte, um den Bedürfnissen der Sportler zu entsprechen und den besonderen Umständen Rechnung zu tragen, unter denen ärztliche Hilfe und gesundheitliche Beratung hier gewährleistet werden.

Folglich:

1. Der Arzt, der Sportler betreut, hat die ethische Verantwortung, die außergewöhnliche physische und seelische Belastung zu berücksichtigen, die die sportliche Leistung ihnen abverlangt.
2. Wenn es sich bei dem Sportler um ein Kind oder einen Jugendlichen handelt, muß der Arzt zuerst das Entwicklungsstadium und das Wachstum berücksichtigen.
 - 2.1 Der Arzt muß sicherstellen, daß Wachstum und Entwicklung des Kindes sowie sein allgemeiner Gesundheitszustand den Anforderungen des Trainings und des Wettbewerbs entsprechen, ohne die normale körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes oder des Jugendlichen zu gefährden.

- 2.2 Der Arzt muß sich jeder sportlichen oder Aktivität entgegenstellen, die dem Wachstums- und Entwicklungsstadium oder dem allgemeinen Gesundheitszustand des Kindes nicht angemessen ist. Der Arzt muß zum Wohle der Gesundheit des Kindes oder Jugendlichen handeln ohne Rücksicht auf andere Interessen oder Druck von anderer Seite.
3. Wenn es sich bei dem Sportler um einen Berufssportler handelt, der mit dieser Tätigkeit seinen Lebensunterhalt verdient, sollte der Arzt die betreffenden arbeitsmedizinischen Aspekte entsprechend beachten.
4. Der Arzt sollte sich darüber im klaren sein, daß der Einsatz von Dopingpraktiken¹ durch einen Arzt gegen das ärztliche Gelöbnis und die Grundprinzipien der Deklaration des Weltärztebundes von Genf verstößt, in der es heißt: Der Weltärztebund vertritt die Auffassung, daß das Dopingproblem eine Bedrohung für die Gesundheit der Sportler und jungen Menschen im allgemeinen darstellt und darüber hinaus auch gegen die Grundsätze der ärztlichen Ethik verstößt. "Die Gesundheit meines Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein." Deshalb muß der Arzt die Verabreichung all dieser Mittel oder die Anwendung dieser Methoden ablehnen, die nicht in Einklang mit der ärztlichen Ethik stehen und/oder die für den Sportler, der sie anwendet, schädliche Folgen haben können, insbesondere:
 - 4.1 Verfahren, die die Zusammensetzung des Blutes oder die biochemischen Vorgänge künstlich verändern.
 - 4.2 Die Anwendung von Medikamenten oder anderen Substanzen, gleich welcher Art sie sind oder auf welchem Wege sie in den Körper gelangen, einschließlich Stimulantia oder Sedativa, die auf das zentrale Nervensystem einwirken und Verfahren, die künstlich die Reflexe verändern.
 - 4.3 Pharmakologische Interventionen, die Veränderungen des Willens oder der allgemeinen psychischen Verfassung verursachen können.
 - 4.4 Verfahren, die den Schmerz oder andere Schutzsymptome überdecke, damit der Sportler an Wettkämpfen teilnehmen kann, wenn Verletzungen oder andere Anzeichen vorhanden sind, die eine Teilnahme nicht ratsam erscheinen lassen.
 - 4.5 Maßnahmen, die eine künstliche Veränderung alters- und geschlechtsbedingter Merkmale herbeiführen.
 - 4.6 Die Teilnahme am Training oder an Wettkämpfen, die mit der Erhaltung des Wohlbefindens, der Gesundheit oder der Sicherheit des Betreuten nicht in Einklang zu bringen ist.
 - 4.7 Maßnahmen zur unnatürlichen Steigerung oder Aufrechterhaltung der Leistung beim Wettkampf. Die auf Doping beruhende Leistungsverbesserung eines Sportlers ist unethisch.

5. Der Arzt soll den Sportler und die für ihn Verantwortlichen und andere betroffene Personen über die Folgen der vom Arzt abgelehnten Methoden aufklären, ihre Nichtanwendung überwachen und die Unterstützung anderer Ärzte und Organisationen suchen, die dem gleichen Ziel dienen; er soll den Athleten vor jeglichem Druck von außen schützen, mit dem dieser zu solchen Methoden gezwungen werden soll und er soll bei der Beobachtung zur Vermeidung ihrer Anwendung mitwirken.
6. Der Sportarzt hat die Pflicht, sein objektives Urteil zur Eignung oder Nichteignung eines Sportlers klar und eindeutig abzugeben und über sein Gesamturteil keinen Zweifel zu lassen.
7. Bei sportlichen Wettkämpfen oder professionellen sportlichen Veranstaltungen hat der Arzt die Pflicht zu entscheiden, ob der Sportler aus ärztlicher Sicht fit ist, um auf der Sportstätte bleiben oder wieder an den Spielen teilnehmen zu können. Diese Entscheidung kann nicht an andere Personen oder Berufsgruppen delegiert werden. In Abwesenheit des Arztes haben sich diese Personen strikt an die von ihm gegebenen Anweisungen zu halten; dabei haben Gesundheit und Sicherheit des Sportlers immer Vorrang vor dem Ausgang des Wettkampfs.
8. Zur Erfüllung seiner ethischen Verpflichtungen muß der Sportarzt dafür Sorge tragen, daß seine Autorität anerkannt und gewährt wird, insbesondere wenn die Gesundheit, Sicherheit und die berechtigten Interessen des Sportlers unmittelbar betroffen sind, denn sie haben den absoluten Vorrang vor den Interessen Dritter. Diese Grundsätze und Verpflichtungen sollten in einer Vereinbarung zwischen dem Sportarzt und dem betreffenden Sportverband festgehalten werden, aus der deutlich hervorgehen muß, daß der Arzt verpflichtet ist, für die Einhaltung der in nationalen und internationalen Erklärungen festgelegten ethischen Grundsätze, denen sich die Ärzte verpflichtet fühlen und an die sie gebunden sind, zu sorgen.
9. Der Sportarzt sollte versuchen, den Hausarzt des Patienten über Behandlungen, die er durchgeführt hat, umfassend zu unterrichten. Falls erforderlich, sollte der Sportarzt mit diesem zusammenarbeiten, um sicherzustellen, daß der Sportler sich nicht auf Kosten seiner Gesundheit überbeansprucht und nicht zu möglicherweise schädlichen Mitteln greift, um seine Leistung zu steigern.
10. In der Sportmedizin, wie in allen anderen Gebieten der Medizin, gilt die Schweigepflicht. Das Recht auf Schweigepflicht über ärztliche Behandlungen beim Sportler muß gewahrt werden, besonders im Falle von Berufssportlern.
11. Der Sportarzt darf keinen Vertrag eingehen, der ihn verpflichtet, besondere Therapieformen ausschließlich bei einem bestimmten Sportlern oder bei einer bestimmten Gruppe von Sportlern anzuwenden.
12. Ausländische Sportärzte, die eine Mannschaft in ein anderes Land begleiten, sollten dort ihre speziellen Aufgaben frei ausüben können.
13. Sportärzte sollten bei der Festlegung sportlicher Regeln mitwirken.

¹ vgl., The Olympic Charter Against Doping in Sport and the Lausanne Declaration on Doping in Sport adopted by the World Committee on Doping in Sport (February 1999)

WELTÄRZTEBUND

Deklaration des Weltärztebundes
von Venedig zur

Der todkranke Patient

verabschiedet von der
35. Generalversammlung in Venedig, 1983

1. Es ist die Pflicht des Arztes zu heilen und, wo es möglich ist, das Leiden zu lindern und die Interessen seines Patienten zu wahren.
2. Von diesem Grundsatz darf es keine Ausnahme geben, auch nicht im Falle einer unheilbaren Krankheit oder Mißbildung.
3. Dieser Grundsatz gilt unbeschadet der Anwendung folgender Regeln:
 - 3.1. Der Arzt darf das Leiden eines sterbenden Patienten lindern, indem er mit Einverständnis des Patienten oder seiner Angehörigen, falls der Patient seinem Wunsch keinen Ausdruck mehr verleihen kann, von einer lebensverlängernden Behandlung Abstand nimmt. Das Aussetzen einer lebensverlängernden Behandlung befreit den Arzt nicht von seiner Verpflichtung, dem Sterbenden beizustehen und ihm durch Verabreichung der entsprechenden Medikamente die letzte Phase der Krankheit zu erleichtern.
 - 3.2. Der Arzt soll von der Anwendung aller Mittel absehen, die sich als nutzlos für den Patienten erweisen würden.
 - 3.3. Wenn der Patient keine Chance hat, die Vitalfunktionen zu erhalten, so darf der Arzt durch künstliche Mittel Organe zur Transplantation am Leben erhalten, vorausgesetzt die Gesetze des Landes werden dabei eingehalten oder der Sterbende hat seine ausdrückliche Einwilligung gegeben. Außerdem muß vorausgesetzt sein, daß der Tod oder das unaufhaltbare Verlöschen der Vitalfunktionen von Ärzten bestätigt wurde, die weder mit der Transplantation noch mit der Behandlung des Empfängers in Zusammenhang stehen. Die Kosten für diese künstliche Vitalisierung der Transplantate sind vom Spender oder seinen Angehörigen nicht zu tragen. Die Ärzte des Spenders sollen absolut unabhängig von den behandelnden Ärzten des Empfängers oder vom Empfänger selbst sein.

WELTÄRZTEBUND

Empfehlungen des Weltärztebundes
zum

Boxsport

verabschiedet von der
35. Generalversammlung des Weltärztebundes
Venedig, Italien, Oktober 1983

Das Boxen ist ein gefährlicher Sport. Abweichend von anderen Sportarten zielt die Ausübung dieses Sports auf eine körperliche Beeinträchtigung des Gegners. Das Boxen kann den Tod zur Folge haben und in zahlreichen Fällen zu chronischen Hirnverletzungen führen. Aus diesem Grund empfiehlt der Weltärztebund, den Boxsport zu verbieten.

Bis dahin sollten folgende Empfehlungen Beachtung finden:

1. Die nationalen Mitgliedsorganisationen sollten die Einrichtung einer "Nationalen Registrierung von Boxern" für Amateure und Berufsboxer einschließlich der "Sparringspartner" in ihrem Land befürworten. Die folgenden Angaben sollten festgehalten werden: Ergebnisse aller zugelassenen Kämpfe einschließlich der technischen K.O.'s, K.O.'s und anderer Box-Verletzungen und Aufzeichnungen aller Verletzungen der einzelnen Boxer, sowie die Eintragung ihrer Siege und Niederlagen.
2. Die nationalen Mitgliedsorganisationen sollten Verhandlungen mit interessierten Vertretern der ärztlichen Standesorganisationen, mit ärztlichen Vertretern von Regierungsstellen, die für den Boxsport zuständig sind, und mit Vertretern von Amateur- und Berufsboxsport-Organisationen planen und führen, sollen die Kriterien für die ärztlichen Untersuchungen der Boxer überprüfen, andere umfassende ärztliche Maßnahmen bestimmen, die zur Verhinderung von Gehirnerkrankungen beim Sport erforderlich sind und spezifische Kriterien für die Beendigung einer Runde aus medizinischen Gründen entwickeln.
3. Allen Instanzen des Boxsports muß klargemacht werden, daß der Ringarzt Vollmacht erhalten muß, eine Runde jederzeit abbrechen zu können, um die Kämpfenden zu untersuchen, falls dies nötig scheint oder die Gefahr besteht, daß eine ernste Verletzung droht.
4. Alle Instanzen des Boxsports sollen aufgefordert werden, häufig ärztliche Seminare für das gesamte Ringpersonal durchzuführen.
5. Allen Instanzen des Boxsports ist zu empfehlen, daß keine Amateur- oder Berufsboxerrunde zugelassen werden darf, wenn nicht folgende Bedingungen erfüllt werden:

- a) Der Kampf darf nur dort stattfinden, wo ausreichende neurochirurgische Behandlungsmöglichkeiten sofort verfügbar sind, um bei dem verletzten Boxer sofort eine fachärztliche Notversorgung durchführen zu können;
 - b) Ein mobiles Sauerstoffgerät mit entsprechender Ausrüstung und geeigneten Endotracheal-Schläuchen muß am Ring verfügbar sein;
 - c) Alle Vorkehrungen müssen getroffen sein, um einen schwerverletzten Boxer sofort ins Krankenhaus bringen zu können.
6. Alle Instanzen des Boxsports sollten auf die tödlichen Gefahren hingewiesen werden, die durch Kämpfe entstehen können, die ohne Aufsicht zwischen nicht-lizenzierten Boxern ausgetragen werden. Daher sollten solche Kämpfe verboten werden.
 7. Alle Instanzen des Boxsports sollten veranlaßt werden, bestimmte Sicherheitseinrichtungen zur Pflicht zu machen, so z.B. Sicherheitsmatten aus Plastik, gepolsterte Eckpfosten, und ferner für die Entwicklung weiterer Sicherheitsmaßnahmen Sorge zu tragen.
 8. Alle Instanzen des Boxsports sollten ferner veranlaßt werden, die Sicherheitsmaßnahmen auch bei Sparringspartnern anzuwenden.
 9. Alle Instanzen des Boxsports sollten gedrängt werden, die medizinischen Maßstäbe für das Boxen zu standardisieren, höher festzusetzen und streng zu beachten.

WELTÄRZTEBUND

Deklaration des Weltärztebundes
über

die Menschenrechte
und die persönliche Freiheit einzelner Ärzte

verabschiedet von der
37. Generalversammlung des Weltärztebundes
Brüssel, Belgien, Oktober 1985

Der Weltärztebund vertritt das Prinzip der Chancengleichheit bei allen Aktivitäten im Bereich des ärztlichen Berufsstandes, bei der ärztlichen Aus- und Weiterbildung, bei der ärztlichen Tätigkeit und bei allen anderen Belangen ärztlicher Berufsausübung, ohne Ansehen der Rasse, der Hautfarbe, der Religion, der Weltanschauung, der ethnischen Zugehörigkeit, der Nationalität oder des Geschlechts.

Der Weltärztebund verurteilt die Ungleichbehandlung und Benachteiligung von eingetragenen Mitgliedern nationaler Ärzteorganisationen aufgrund ihrer Rasse, Hautfarbe, Religion, Weltanschauung, ethnischer Zugehörigkeit, Nationalität, Parteizugehörigkeit, des Alters oder Geschlechts.

Der Weltärztebund ruft die Ärzteschaft insgesamt und alle einzelnen Mitglieder nationaler ärztlicher Organisationen auf, alles daranzusetzen, Zustände zu beenden, durch welche die Gleichberechtigung sowie die Rechte und Pflichten von Mitgliedern eingeschränkt oder verweigert werden.

Daher ist es beschlossen, daß die 37. Generalversammlung des Weltärztebundes in Brüssel, Belgien, im Oktober 1985 erneut das Festhalten an diesen Grundsätzen bestätigt.

Oktober 1985

17.M
Original: Englisch

WELTÄRZTEBUND

Erklärung des Weltärztebundes
zum

Handel mit Organen

verabschiedet von der
37. Generalversammlung des Weltärztebundes
Brüssel, Belgien, Oktober 1985

In Anbetracht der Tatsache,

daß in der jüngsten Vergangenheit Bestrebungen bekanntgeworden sind, in Ländern der Dritten Welt entnommene Nieren zur Transplantation in Europa und den Vereinigten Staaten von Amerika kommerziell zu veräußern,

verurteilt der Weltärztebund den Ankauf und Verkauf von Organen zum Zwecke der Transplantation.

Der Weltärztebund fordert die Regierungen aller Länder auf, dafür Sorge zu tragen, daß jeglicher Handel mit menschlichen Organen unterbunden wird.

WELTÄRZTEBUND

Erklärung des Weltärztebundes
über

In-vitro-Fertilisation und Embryo-Transfer

verabschiedet von der
39. Generalversammlung
Madrid, Spanien, September 1987

Die In-vitro-Fertilisation und der Embryo-Transfer sind medizinische Techniken, die in vielen Teilen der Welt zur Behandlung der Sterilität eingesetzt werden. Diese Technik dient dem einzelnen Patienten und der Gemeinschaft nicht nur durch die Linderung der Sterilität, sondern auch durch die Möglichkeit, genetische Störungen auszuschalten und der Forschung auf dem Gebiet der Fortpflanzungsmedizin und Empfängnisverhütung neue Wege zu öffnen.

Der Weltärztebund fordert die Ärzte auf, nach ethischen Grundsätzen zu handeln und die Gesundheit der werdenden Mutter und des ungeborenen Kindes vom Beginn des Lebens an zu schützen. Diese Erklärung des Weltärztebundes soll den Ärzten helfen, ihre ethische Verpflichtung zu erkennen und entsprechend zu handeln.

Vom ethischen und wissenschaftlichen Standpunkt ist ärztliche Hilfe bei der menschlichen Fortpflanzung bei jedweder Form der Sterilität gerechtfertigt, wenn letztere weder durch die klassischen Heilmethoden, noch durch einen chirurgischen Eingriff zu heilen ist, insbesondere bei:

- a) immunologischer Unverträglichkeit
- b) dem Vorliegen irreversibler Kontakthindernisse zwischen männlichen und weiblichen Keimzellen
- c) Sterilität aus unbekannter Ursache

In allen genannten Fällen darf der Arzt nur mit dem vollen Einverständnis der Spender und Empfänger nach entsprechender Aufklärung handeln. Der Arzt muß dabei immer das beste Wohl des Kindes, das aus dem Verfahren hervorgeht, berücksichtigen.

Es ist die Pflicht des Arztes, die Patienten ihrem Verständnisgrad entsprechend ausreichend über den Zweck, die angewandten Methoden, mögliche Risiken, unangenehme Begleiterscheinungen des Verfahrens und etwaige Enttäuschungen zu informieren und nach erfolgter Aufklärung ihr Einverständnis einzuholen.

Wie bei jedem Wahleingriff muß der Arzt auch in diesem Fall eine ausreichende Weiterbildung absolviert haben, bevor er die Verantwortung für eine derartige Behandlung übernehmen kann.

Alle anwendbaren Gesetze und Verordnungen sind vom Arzt ebenso einzuhalten, wie die ethischen Grundsätze und Regeln der Berufsordnung seiner nationalen Ärzteorganisation oder anderer zuständiger Ärzteverbände seines Landes. Die Patienten haben, wie bei jedweder medizinischen Behandlung, selbstverständlich Anspruch auf die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht.

Wenn bei der In-vitro-Fertilisation zusätzliche Ova produziert werden, die nicht zur sofortigen Übertragung benötigt werden, unterliegt ihre weitere Verwendung der Zustimmung der Spender; zusätzliche Ova können:

- a) vernichtet werden
- b) durch Kryo-Verfahren konserviert werden
- c) befruchtet und dann kryo-konserviert werden.

Die wissenschaftlichen Erkenntnisse über Eireifung, Fertilisation und die ersten Stadien der Zellteilung sind noch in den Anfängen. Daher ist es erforderlich, das Studium und die Versuche der physikalischen und chemischen Abläufe auf diesem Gebiet streng nach den Vorschriften der Deklaration von Helsinki und mit dem schriftlichen Einverständnis der Spender fortzuführen.

Forschung

Die Technik der In-vitro-Fertilisation und des Embryo-Transfers kann auch der Ursachenforschung für die Entstehung und Vererbung genetischer Schäden sowie deren Verhinderung und Heilung dienen. Für den Arzt und den Patienten können grundsätzliche moralische und ethische Bedenken entstehen. Der Arzt sollte nicht gegen seine moralischen Grundsätze handeln und sollte Verständnis für die moralischen und ethischen Grundsätze des Patienten aufbringen und sie respektieren. Der Arzt hat eine größere Verantwortung gegenüber dem Patienten, der sich an Forschungsvorhaben beteiligt und muß diesen voll aufklären, bevor er sein Einverständnis einholt, das in strenger Übereinstimmung mit den Gesetzen und den ethischen Normen berufsgebundener Verantwortung stehen muß. Die Grundsätze der Deklaration des Weltärztebundes von Helsinki finden auf alle klinischen Forschungsvorhaben der In-vitro-Fertilisation und des Embryo-Transfers sowie auf alle Probleme Anwendung, die sich daraus ergeben.

Der Weltärztebund empfiehlt den Ärzten, alle Eingriffe zu unterlassen, die dem Zweck dienen, das Geschlecht des Embryos zu beeinflussen, es sei denn, daß die Übertragung geschlechtsgebundener Erbkrankheiten vermieden werden soll.

Das Spenden

Die Technik der In-vitro-Fertilisation und des Embryo-Transfers schafft die Möglichkeit des Spendens von Ova, Spermien und Embryos, so daß die biologischen Spender nicht die Eltern des so entstehenden Kindes zu sein brauchen. Solche Verwendung gespendeter Gameten oder Embryos kann ernste rechtliche, moralische und ethische Folgen für Patienten und Ärzte nach sich ziehen, die an einer In-vitro-Fertilisation oder einem Embryo-Transfer beteiligt sind. Der Arzt muß alle einschlägigen Gesetze und ethischen Auflagen seines nationalen Ärzteverbandes oder anderer zuständiger Ärzteorganisationen beachten. Der Arzt muß ebenso die moralischen und ethischen Grundsätze seiner Patienten achten und berücksichtigen und die Verwendung gespendeter Embryos oder Gameten ablehnen, wenn dadurch rechtliche oder ethische Vorschriften oder die moralischen Grundsätze der Patienten verletzt werden könnten. Der Arzt hat das Recht, einen Eingriff abzulehnen, der nach seiner Überzeugung unzumutbar ist.

Die Technik der Kryo-Konservierung erhöht die Verfügbarkeit von Gameten und Embryos zur Spende.

Wenn ein oder mehrere Spender von Gameten oder eines Embryos nicht die natürlichen Eltern des zu erwartenden Kindes sind, muß der Arzt die Zusicherung einholen, daß die Empfänger die volle Verantwortung für das ungeborene Kind übernehmen und daß die Spender auf alle Rechte oder Ansprüche auf das ungeborene Kind verzichten, unbeschadet der Rechte des Kindes nach der Geburt.

Wenn eine erwachsene Frau keinen Uterus hat, kann eine sogenannte Leihmutter in Anspruch genommen werden, wenn die Leihmutterschaft nicht gesetzlich oder durch die Berufsordnung der nationalen Ärzteorganisation oder anderer zuständiger Ärzteverbände verboten ist. Die beteiligten Parteien bei der Leihmuttervereinbarung müssen nach Aufklärung ihre ausdrückliche Zustimmung erteilen. Bei der Leihmutterschaft ergeben sich rechtliche, ethische und moralische Konflikte; der Arzt muß diese erkennen und sie in jede Entscheidung für eine solche Methode mit einbeziehen.

Der vorangehende Absatz beabsichtigt nicht, die sogenannte "Leihelternschaft" zu befürworten, wenn eine Frau gegen Entgelt einer künstlichen Befruchtung mit dem Samen eines Mannes zustimmt, um ein Kind auszutragen, das dann von dem Mann und seiner Ehefrau adoptiert wird.

Jede kommerzielle Verwendung von Ova, Spermien oder Embryonen wird vom Weltärztebund ausdrücklich verurteilt.

WELTÄRZTEBUND

Erklärung des Weltärztebundes
zu den

ethischen Aspekten der Embryonenreduktion

verabschiedet von der 47. Generalversammlung des Weltärztebundes
in Bali, Indonesien, September 1995

Präambel

Der Einsatz von Methoden der Reproduktionsmedizin hat zu einem merklichen Anstieg der Mehrlingsschwangerschaften geführt.

Wir wissen, daß in mehr als 50% der Fälle bei Schwangerschaften mit mehr als 3 Föten Probleme wie Fötenmortalität oder Wachstumsverzögerung mit Hirnleistungsschwächen auftreten. Außerdem sind die äußerst gesundheitsschädlichen Auswirkungen von Mehrlingsgeburten auf die körperliche Gesundheit der Mutter sowie die möglichen psychologischen und praktischen Folgen für beide Elternteile unbestreitbar.

Bei den Methoden der In-vitro-Fertilisation wird empfohlen, vorzugsweise zwei und nicht mehr als drei Embryos gleichzeitig zu implantieren.

In den Fällen medizinischer Ovulationsstimulierung ohne In-vitro-Fertilisation besteht das Risiko von Mehrlingsschwangerschaften und deshalb müssen durch sorgfältige Überwachung der Behandlung einschließlich Ultraschall- und Hormonuntersuchung alle Anstrengungen zur Minimierung dieses Risikos unternommen werden.

In manchen Fällen kann eine Oozytenreduktion indiziert sein und diese sollte, wo sie medizinisch möglich ist, nachdrücklich empfohlen werden.

Wenn trotz der o.g. Vorsichtsmaßnahmen eine Schwangerschaft mit mehr als drei Föten vorliegt, so ist die Prognose für die Föten so ungünstig, daß zur Erhöhung der Überlebenschancen der verbleibenden Embryos Verfahren zur selektiven Embryonenreduktion in Erwägung gezogen werden könnten. Auf diese Möglichkeit sollte in den Beratungsgesprächen bei der Vorbehandlung hingewiesen werden.

Wegen des Risikos der möglicherweise entstehenden Komplikationen und weil es sich in der Tat um die Eliminierung menschlichen Lebens handelt, sollte es der Arzt vermeiden, dieses Verfahren nur deshalb einzusetzen, um dem Wunsch der Eltern zu entsprechen, die z.B. nur ein Kind statt zwei Kinder aus dieser Schwangerschaft haben möchten.

Empfehlungen

Der Weltärztebund empfiehlt:

- 1) daß Ärzte wann immer möglich Maßnahmen ergreifen, um hochgradigen Mehrlingschwangerschaften vorzubeugen; und
- 2) daß die Eltern über die Gründe für eine Embryonenreduzierung und die damit verbundenen möglichen Risiken eindeutig informiert werden und daß die Verfahren nicht ohne ihre Einwilligung durchgeführt werden.

WELTÄRZTEBUND

Deklaration des Weltärztebundes
zur

Unabhängigkeit und beruflichen Freiheit des Arztes

verabschiedet von der
38. Generalversammlung des Weltärztebundes
Rancho Mirage, U.S.A., Oktober 1986

In Erkenntnis der Bedeutung der Unabhängigkeit und Freiheit des Arztes bei der Ausübung seines Berufes verabschiedet der Weltärztebund hiermit die folgende Grundsatzdeklaration:

Ärzte müssen die Rechte ihrer Patienten insbesondere in Übereinstimmung mit der Deklaration des Weltärztebundes von Lissabon (1981) anerkennen und für sie eintreten.

Ärzte müssen ihre Aufgaben bei der Versorgung der Patienten in voller beruflicher Freiheit ohne Einschränkung erfüllen können. Das fachliche Urteil des Arztes und die Ermessensfreiheit seiner medizinischen und ethischen Entscheidungen bei der Behandlung der Patienten müssen gewahrt und geschützt werden.

Die berufliche Unabhängigkeit der Ärzte muß gesichert sein, damit sie die Interessen ihrer Patienten gegen alle Kräfte vertreten können, die die notwendige Versorgung von Kranken und Verletzten beschränken oder verweigern wollen.

Bei der Ausübung ihres Berufes und der Versorgung ihrer Patienten sollten die Ärzte die berufliche Freiheit besitzen, staatliche oder soziale Prioritäten bei der Verteilung knapper Ressourcen im Gesundheitswesen außer acht zu lassen; andernfalls würde ein Interessenkonflikt mit der Verpflichtung des Arztes gegenüber seinen Patienten geschaffen und die berufliche Unabhängigkeit zerstört, in die der Patient sein Vertrauen setzt.

Trotz der Verpflichtung zu Kostenbewußtsein bei medizinischer Behandlung und der Bemühung um Kostendämpfung im Gesundheitswesen muß der Arzt vor allem die Interessen der Kranken und Verletzten gegen die Forderungen der Gemeinschaft nach Kostensenkung verteidigen, wenn sie die Gesundheit der Patienten oder deren Leben gefährden.

Dadurch, daß die Unabhängigkeit der Ärzte und ihre Freiheit bei der Berufsausübung gesichert werden, schafft ein Gemeinwesen die besten Voraussetzungen für die gesundheitliche Versorgung seiner Bürger und leistet damit einen wesentlichen Beitrag zu einer starken und sicheren Gesellschaft.

WELTÄRZTEBUND

Erklärung des Weltärztebundes
zur

Vertraulichkeit und Vertretung der Patienteninteressen

verabschiedet von der
45. Generalversammlung des Weltärztebundes
Budapest, Ungarn, Oktober 1993

Ärzte haben die ethische Verpflichtung und berufliche Verantwortung, jederzeit zum Wohle ihrer Patienten zu handeln.

Sollten Ärzte von Umständen Kenntnis erlangen, die sich negativ auf die Gesundheit des Patienten auswirken, so ist es ihre Pflicht, die zuständigen Behörden zu informieren, um Abhilfe zu schaffen.

Sollten die zuständigen Behörden sich weigern, Abhilfe zu schaffen, so sollten den Ärzten, die die Umstände gemeldet haben, die Gründe für die Entscheidung mitgeteilt werden. Sollte diese Mitteilung nicht erfolgen oder sollte sich die Begründung für die Entscheidung als nicht überzeugend erweisen, sind die Ärzte verpflichtet, weitere Maßnahmen zu ergreifen.

Solche weiteren Maßnahmen können mit Bestimmungen über die Vertraulichkeit in Arbeitsverträgen der Ärzte kollidieren und dabei zu sozialen, beruflichen und ethischen Konflikten für diese Ärzte führen.

Immer wenn die finanziellen Ressourcen für die gesundheitliche Versorgung begrenzt sind, bieten Kostendämpfungsmaßnahmen ein Konfliktpotential zwischen Ärzten und den sie beschäftigenden Behörden hinsichtlich der angemessenen und notwendigen Leistungen für die gesundheitliche Versorgung.

Die für die Verwaltung des Gesundheitswesens Verantwortlichen sind für die Umsetzung der Regierungsbeschlüsse zuständig und müssen möglicherweise Entscheidungen treffen, denen angestellte Ärzte nicht zustimmen. Gegner der Regierungsbeschlüsse zum Gesundheitswesen und deren Umsetzung durch die für die Verwaltung Verantwortlichen sollten ihre Kritik gegenüber den Entscheidungsträgern der als unbefriedigend betrachteten Maßnahmen äußern.

Es sollten von beiden Seiten akzeptierte und akzeptable Verfahren festgelegt werden, durch die Ärzte ihre Besorgnis, sei es um Patienten, sei es um die öffentliche Gesundheit, zum Ausdruck bringen können, ohne damit die Bestimmungen ihrer Arbeitsverträge zu verletzen.

Solche Verfahren sollten in Arbeitsverträgen von Ärzten verankert werden. Diese Arbeitsverträge sollten der Tatsache Rechnung tragen, daß die ethischen Verpflichtungen des Arztes Vorrang vor rein vertraglichen, das Beschäftigungsverhältnis betreffenden Verpflichtungen haben.

Besondere Schwierigkeiten können entstehen, wenn Ärzte den Verdacht haben, daß administrative Entscheidungen aus ungerechtfertigten Gründen wie Religions-, Geschlechts- oder Rassendiskriminierung oder zum Zwecke finanzieller Vorteile gefällt werden oder daß klinische Versuche ohne die angemessene ethische Abwägung und Überwachung durchgeführt werden.

Wenn solche Erwägungen aufkommen, kann Kritik von ärztlicher Seite in einigen Rechtsprechungen als Verleumdung oder Diffamierung gewertet werden und dies in der Tat auch sein. Spezielle Besorgnisse auf diesem Gebiet sollten von Ärzten einem geeigneten Berufsgericht wie der Zulassungs- oder Registrierungsbehörde zur Rechtsprechung vorgelegt werden.

WELTÄRZTEBUND

Erklärung des Weltärztebundes
zu den

ethischen Problemen bei Patienten mit psychischen Erkrankungen

verabschiedet von der 47. Generalversammlung des Weltärztebundes
in Bali, Indonesien, September 1995

Präambel

Früher wurden Patienten mit psychischen Erkrankungen von der Gesellschaft eher als Bedrohung für ihre Mitmenschen denn als kranke Menschen angesehen, die Unterstützung und Fürsorge benötigen. Deshalb mußten viele Patienten mit psychischen Erkrankungen aufgrund des Fehlens wirksamer Behandlungsmethoden lange Zeit oder sogar ihr Leben lang in psychiatrischen Anstalten verbringen. Dadurch sollte verhindert werden, daß sich die Patienten selbstzerstörerisch und aggressiv gegenüber anderen verhalten.

Heute ist durch den Fortschritt in der psychiatrischen Therapie eine bessere Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen möglich. Durch wirksame Drogen und andere Behandlungsmaßnahmen können leichte Fälle geheilt und in schwereren Fällen lang anhaltende Remissionen erzielt werden.

Patienten mit psychischen Erkrankungen sollten die gleiche Beachtung, Behandlung und medizinische Versorgung erfahren wie alle anderen Patienten.

Der Psychiater hat als Arzt die gleichen Pflichten gegenüber seinen Patienten wie jeder andere Facharzt.

So sollte die Rolle als Vermittler der Gesellschaft, die den Psychiatern zuweilen auferlegt wird, nicht dazu verleiten, ihre vorrangige Funktion als Angehörige der Heilberufe zu unterminieren bzw. zu untergraben.

Ethische Grundsätze

1. Der Weltärztebund ist der Meinung, daß der mit der Psychiatrie und den psychisch Kranken verbundenen Diskriminierung ein für alle Mal ein Ende zu bereiten ist. Dieses Stigma hält Menschen in Not häufig davon ab, die Hilfe von Psychiatern in Anspruch zu nehmen, wodurch sich ihre Situation noch verschlimmert.

2. Der Psychiater versucht in seiner Therapie zu seinem Patienten eine Beziehung gegenseitigen Vertrauens aufzubauen. Er sollte den Patienten über den gesundheitlichen Zustand, die therapeutischen Methoden (einschließlich mögliche Alternativen und jeweilige Risiken) und über das erhoffte Ergebnis informieren.

Die rechtliche Stellung eines Patienten mit einer psychischen Erkrankung, der nicht in der Lage ist, selbständig zu handeln und zu entscheiden, unterscheidet sich nicht von der anderer Patienten, die rechtlich unzurechnungsfähig sind. Er/sie sollte wie jeder andere Patient behandelt werden, der vorübergehend oder ständig unzurechnungsfähig ist. Patienten mit psychischen Erkrankungen, einschließlich Psychosen, sollten nicht automatisch für rechtlich unzurechnungsfähig erklärt werden. Ihr Urteil sollte in Bereichen respektiert werden, in denen sie Entscheidungen treffen können. Wenn der Kranke nicht fähig ist, eine Entscheidung bezüglich seiner medizinischen Versorgung zu treffen, dann sollte entsprechend dem geltenden Gesetz stellvertretend die Einwilligung eines bevollmächtigten Vertreters eingeholt werden.

3. Zwangsbehandlungen sollten bei der Behandlung von Patienten mit psychischen Erkrankungen nur angewendet werden, wenn sie sich in einem kritischen gesundheitlichen Zustand befinden und sie eine Bedrohung für sich selbst oder für andere darstellen. Ärzte sollten Zwangseinweisungen nur in Ausnahmefällen vornehmen und auch nur, wenn und solange dies medizinisch erforderlich ist.
4. Jeder Psychiater sollte seinen Patienten die nach seinem Kenntnisstand bestmögliche Therapie zuteil werden lassen und sie mit dem der Würde aller Menschen entsprechenden Respekt behandeln. Psychiater, die in einer Anstalt, beim Militär oder in Gefängnissen praktizieren, können in einen Konflikt geraten bezüglich ihrer Verantwortung gegenüber der Gesellschaft und ihrer Verpflichtung gegenüber dem Patienten. Sie müssen sich in erster Linie gegenüber ihren Patienten loyal verhalten. Wenn von dem Psychiater verlangt wird, als Vermittler der Gesellschaft zu fungieren anstatt die Interessen des Patienten bestmöglich zu vertreten, dann sollte der Patient über den Konflikt informiert werden, damit er sich nicht vom Arzt hintergangen fühlt oder ihn für von den Behörden vorgeschriebene Maßnahmen verantwortlich macht.
5. Die ärztliche Schweigepflicht und die Privatsphäre aller Patienten sollte geschützt werden. Wenn es das Gesetz verlangt, sollte der Psychiater nur die relevanten Informationen bekanntgeben, und zwar nur der zuständigen Behörde. Dabei können Datenbanken, durch die der automatische Informationstransfer von einer zur anderen Behörde möglich ist, benutzt werden, vorausgesetzt, die ärztliche Schweigepflicht bleibt gewahrt.
6. Ein Psychiater darf seine berufliche Position niemals dazu benutzen, die Würde oder die Menschenrechte eines Einzelnen oder einer Gruppe von Patienten zu verletzen und er sollte niemals zulassen, daß seine persönlichen Wünsche, Bedürfnisse, Gefühle, Vorurteile oder Ansichten die Behandlung beeinflussen. Auch darf der Psychiater keinen Vorteil aus seiner beruflichen Position oder aus der Verletzlichkeit eines Patienten ziehen, wodurch er seine Autorität mißbrauchen würde, z.B. wenn er die Arbeitskraft eines Patienten für seine persönlichen Zwecke einsetzen oder sexuelle Beziehungen zu einem Patienten unterhalten würde.

Empfehlung

Die Nationalen Ärzteorganisationen sollten diese Erklärung veröffentlichen und als Basis zur Bekräftigung der ethischen Grundlagen der psychiatrischen Berufsausübung verwenden.

Oktober 1987

17.P
Original: Englisch

WELTÄRZTEBUND

Deklaration des Weltärztebundes
zur

Euthanasie

verabschiedet von der
39. Generalversammlung des Weltärztebundes
Madrid, Spanien, Oktober 1987

Euthanasie, d.h. die absichtliche Herbeiführung des Todes eines Patienten, selbst auf dessen Wunsch oder auf Wunsch naher Angehöriger, ist unethisch. Der Arzt sollte jedoch das Verlangen eines Patienten nach einem natürlichen Sterben im Endstadium einer tödlichen Krankheit respektieren.

WELTÄRZTEBUND

Erklärung des Weltärztebundes
über die

ärztliche Hilfe zum Selbstmord

verabschiedet von der
44. Generalversammlung des Weltärztebundes
Marbella, Spanien, September 1992

Fälle von ärztlicher Hilfe zum Selbstmord haben in letzter Zeit die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit erregt. In diesen Fällen wurde unter anderem ein von einem Arzt erfundenes Gerät verwendet, zu dessen Bedienung der Arzt die jeweilige Person anleitete. Der jeweiligen Person wird so Hilfe zum Selbstmord geleistet. In anderen Fällen hat der Arzt der Person Medikamente zur Verfügung gestellt zusammen mit Angaben über die Höhe der tödlichen Dosis. Der jeweiligen Person wird damit das Mittel zum Selbstmord zur Verfügung gestellt. Die betroffenen Personen waren sicherlich schwer krank, vielleicht sogar im Endstadium einer tödlichen Erkrankung, und litten starke Schmerzen. Außerdem waren die jeweiligen Personen offenbar geistig zurechnungsfähig und trafen ihre Entscheidung zum Selbstmord selbst. Selbstmordgedanken bei Patienten sind oft Ausdruck der Depression, die mit dem Endstadium der tödlichen Erkrankung einhergeht.

Ärztliche Hilfe zum Selbstmord ist wie die Euthanasie unethisch und muß von der Ärzteschaft verurteilt werden. Wenn die Hilfe des Arztes sich bewußt und absichtlich darauf richtet, einem Menschen zu ermöglichen, sein Leben selbst zu beenden, handelt der Arzt unethisch. Jedoch ist es ein Grundrecht des Patienten, die ärztliche Behandlung abzulehnen, und der Arzt handelt nicht unethisch, auch wenn die Achtung einer solchen Willensäußerung zum Tode des Patienten führt.

WELTÄRZTEBUND

Deklaration des Weltärztebundes
zur

Organtransplantation

verabschiedet von der
39. Generalversammlung des Weltärztebundes
Madrid, Spanien, Oktober 1987

Der Weltärztebund empfiehlt allen Ärzten die Beachtung folgender Richtlinien bei der Transplantation menschlicher Organe:

1. Die Gesundheit ihrer Patienten muß stets das erste Anliegen der Ärzte sein. Diese Verpflichtung muß das Motiv allen ärztlichen Handelns sein, auch bei der Verpflanzung von Organen von einem Menschen zum anderen. Spender und Empfänger sind Patienten, die Rechte beider müssen in gleicher Weise geschützt werden. Kein Arzt darf daher die Verantwortung für eine Organverpflanzung übernehmen, wenn nicht die Rechte von Spender und Empfänger geschützt sind.
2. Eine potentielle Organtransplantation darf keine Veranlassung dafür sein, eine Behandlung nach den üblichen Regeln der ärztlichen Kunst zu vernachlässigen. Die gleiche Qualität der medizinischen Versorgung muß gewährleistet werden, ungeachtet des Umstandes, ob ein Patient ein potentieller Spender ist oder nicht.
3. Wenn ein Organ von einem verstorbenen Spender übertragen werden soll, muß der Tod des Spenders unabhängig von mindestens zwei oder mehr Ärzten bestätigt worden sein, die mit der Durchführung der Transplantation nichts zu tun haben. Der Tod soll von jedem Arzt einzeln festgestellt werden. Bei dieser Feststellung soll der Arzt die anerkannten und verfügbaren wissenschaftlichen Methoden und Kriterien anwenden, die den ethischen und beruflichen Normen und Forderungen seiner nationalen Ärzteorganisation oder anderer zuständiger Ärzteverbände in seinem Lande entsprechen.
4. Wenn es sich um Versuchsverfahren handelt, z.B. um die Transplantation von Tierorganen oder künstlichen Organen, sollte sich der Arzt streng an die in der Deklaration des Weltärztebundes von Helsinki niedergelegten Richtlinien halten, die für die biomedizinische Forschung an menschlichen Probanden gelten.

5. Ein ausführlichstes Gespräch über das Vorhaben mit Spender und Empfänger oder mit den verantwortlichen Angehörigen oder gesetzlichen Vertretern ist unbedingte Pflicht. Der Arzt sollte die Durchführung der Organübertragung sachlich erläutern, über bekannte Risiken und mögliche Komplikationen aufklären und auf alternative Möglichkeiten der Behandlung hinweisen. Der Arzt sollte keine höheren Erwartungen wecken, als die Umstände es zulassen. Das Interesse des Arztes am Fortschritt der ärztlichen Wissenschaft muß immer hinter der vorrangigen Sorge um den Patienten zurückstehen. Die freiwillige Zustimmung nach Aufklärung muß immer eingeholt werden.
6. Transplantationen von Körperorganen sollten
 - a) nur von Ärzten durchgeführt werden, die über entsprechendes medizinisches Wissen und technisches Können verfügen, das sie durch besondere Weiterbildung, intensives Studium und praktische Erfahrung erworben haben;
 - b) nur in medizinischen Institutionen durchgeführt werden, die über die notwendige Einrichtung für die Durchführung von Transplantationen verfügen.
7. Die Verpflanzung von Körperorganen sollte nur nach sorgfältiger Abwägung der Verfügbarkeit und Wirksamkeit anderer, alternativer Therapiemöglichkeiten durchgeführt werden.
8. Der kommerzielle Handel mit menschlichen Organen für Transplantationszwecke wird nachdrücklich verurteilt.

WELTÄRZTEBUND

Vorläufige Erklärung des Weltärztebundes
zu

AIDS

verabschiedet von der
39. Generalversammlung des Weltärztebundes
Madrid, Spanien, Oktober 1987

Aus mehr als 100 Ländern werden bestätigte Fälle des erworbenen Immundefekt Syndroms (allgemein AIDS genannt) gemeldet. Die Zahl der mit dem AIDS-Virus infizierten Personen, die diese Krankheit potentiell übertragen können, wird auf fünf bis zehn Millionen geschätzt. Alle nationalen Ärzteorganisationen und alle Ärzte sind aufgerufen, ihr Wissen und ihre Erfahrung zur Entwicklung einer Strategie untereinander auszutauschen, um dieser Krankheit gewachsen zu sein, bis eine kurative Therapie gefunden ist.

Da es sich bei AIDS um eine unheilbare und um eine vorwiegend sexuell übertragbare Krankheit (STD) handelt, stellen sich dem Arzt zusätzlich zu den wissenschaftlichen und medizinischen Fragen, die sich aus dieser Krankheit ergeben, viele ethische Fragen. Um Ärzten und nationalen Ärzteorganisationen zu helfen, verabschiedet der Weltärztebund die in dieser Stellungnahme enthaltenen Richtlinien. Anlässlich seiner 39. Generalversammlung 1987 hat der Weltärztebund eine wissenschaftliche Tagung durchgeführt, die sich mit dem Thema AIDS befaßt. Der Weltärztebund wird die Empfehlungen der Experten der wissenschaftlichen Tagung, ebenso wie die besten Informationen, die von Experten aus der gesamten Welt eingeholt werden können, eingehend prüfen und über dieses wichtige Thema ausführlicher auf der 40. Generalversammlung 1988 berichten. Bis zum Vorliegen eines endgültigen Berichtes gibt der Weltärztebund folgende Empfehlungen:

1. Die nationalen Ärzteorganisationen sollten sich zusammen mit ihren Regierungen ohne Vorbehalte an der Entwicklung einer nationalen Strategie beteiligen, um mit AIDS und den damit in Zusammenhang stehenden Problemen fertig zu werden.
2. Die nationalen Ärzteorganisationen sollten sich ohne Vorbehalte an der Entwicklung von Aufklärungsprogrammen für die Öffentlichkeit beteiligen, die dazu dienen, die breite Öffentlichkeit im Hinblick auf AIDS und die damit verbundenen Probleme zu informieren und darüber aufzuklären, wie diese Probleme die Gesellschaft insgesamt betreffen.
3. Alle Ärzte sollten zu effizienten AIDS-Beratern fortgebildet werden. Ärzte sollten ihre Patienten dahingehend beraten, daß sie zu einem richtigen Verhalten erzogen werden, um das AIDS-Risiko für sich und andere zu vermeiden. Im Hinblick auf die Patienten, die serum-positiv sind, müssen Ärzte in der Lage sein, sie in folgenden Bereichen wirksam zu beraten:

- a) in verantwortlichem Verhalten, um die Verbreitung der Krankheit zu vermeiden,
 - b) über Maßnahmen zum Schutz der eigenen Gesundheit,
 - c) über die Notwendigkeit, alle vergangenen und derzeitigen Kontaktpersonen, mit denen Sexualverkehr bestand und besteht, auf die Gefahr ihrer möglichen AIDS-Infektion aufmerksam zu machen.
4. AIDS-Tests sollten allen Personen, die eine Untersuchung wünschen, sofort zur Verfügung stehen. Eine Pflichtuntersuchung sollte bei allen Spendern von Blut und fraktionierten Blutbestandteilen, von Organen und anderem Gewebe, das zur Transplantation verwendet wird, und von Samen- oder Ei-Spendern für künstliche Befruchtung oder In-vitro-Fertilisation gefordert werden. Darüber hinaus könne die nationale Politik noch Pflichtuntersuchungen für bestimmte Teile der Bevölkerung, wie z.B. Militärpersonen, Strafgefangene und Einwanderer, in Betracht ziehen.

Freiwillige Untersuchungen mit der aufgeklärten Zustimmung des Patienten sollten routinemäßig für folgende Personengruppen angeboten werden:

- a) bei allen Patienten, die wegen einer sexuell übertragenen Krankheit behandelt werden;
- b) bei allen Patienten, die wegen Drogenmißbrauch behandelt werden;
- c) bei schwangeren Frauen in den ersten drei Schwangerschaftsmonaten;
- d) bei Personen, die aus einem Gebiet mit hoher AIDS-Häufigkeit kommen oder wo risikobehaftete Methoden der Familienplanung vorherrschen sowie
- e) bei Patienten, die sich eines chirurgischen Eingriffes oder anderer invasiver Verfahren unterziehen wollen.

Wenn jedoch eine freiwillige Durchführung nicht effektiv ist, sollte eine Pflichtuntersuchung in Betracht gezogen werden.

5. Jeder bestätigte AIDS-Fall sollte der zuständigen Behörde, anonym oder zu epidemiologischen Zwecken codiert, gemeldet werden. Seropositive Einzelfälle sollten anonym gemeldet werden, jedoch mit ausreichender Information für eine epidemiologische Signifikanz.

6. AIDS-Patienten und diejenigen, deren Test positive Antikörper ergeben haben, müssen angemessen medizinisch versorgt werden. Sie dürfen weder ungerecht behandelt werden noch dürfen sie in ihrem täglichen Leben unter willkürlicher oder irrationaler Diskriminierung leiden. Ärzte stehen in einer langen und ehrenvollen Tradition der passionierten und couragierten Fürsorge für Patienten, die an einer Infektionskrankheit leiden. Diese Tradition muß während der AIDS-Epidemie erhalten bleiben. Ärzte und nationale Ärzteorganisationen sollten sich aktiv an der Entwicklung vernünftiger Rahmenbedingungen beteiligen, um das Recht des Patienten, frei von irrationalen Vorurteilen leben zu können, und das Recht anderer Menschen in der Gesellschaft, gegen ein unvertretbares Risiko der Erkrankung geschützt zu werden, vorsichtig gegeneinander abzuwägen.
7. Der Zugang zu Patienteninformationen sollte auf das Personal im Gesundheitswesen beschränkt werden, das ein legitimes Anrecht auf Zugang zu diesen Daten hat, um dadurch dem Patienten helfen zu können oder die Gesundheit derjenigen, die in enger Beziehung zu dem Patienten stehen, zu schützen. Die Identität der AIDS-Patienten und Virus-Träger soll geschützt sein mit Ausnahme der Fälle, in denen die Gesundheit der Gemeinschaft anderes erfordert.
8. Es sollte ein Verfahren entwickelt werden, das ahnungslose Sexualpartner vor infizierten Einzelpersonen warnt, unter Berücksichtigung des größtmöglichen Schutzes der Vertraulichkeit der Patientendaten. Ein solches Verfahren bedingt, daß Ärzte, die entsprechend handeln und ihrem ärztlichen Auftrag gemäß Gefährdete warnen, vom Gesetz ausreichend geschützt werden müssen.
9. Verlässliche Daten müssen durch Studien gesammelt werden, um die Verbreitung und die Konversionsrate des Virus innerhalb der Bevölkerung festzustellen. Derartige Untersuchungen müssen in angemessenen Abständen wiederholt werden, um die Verbreitung der Krankheit zu erfassen.

WELTÄRZTEBUND

Erklärung des Weltärztebundes
über

Die berufliche Verantwortung der Ärzte bei der Behandlung von AIDS-Patienten

verabschiedet von der
40. Generalversammlung des Weltärztebundes
Wien, Österreich, September 1988

Der Weltärztebund hat Richtlinien verabschiedet, um den nationalen Mitgliedsorganisationen eine Hilfe an die Hand zu geben, der zunehmenden AIDS-Epidemie zu begegnen. Diese Erklärung soll nun dem einzelnen Arzt bei der Ausübung seiner ärztlichen Pflichten bei der Behandlung von AIDS-Patienten helfen und ihn auch auf seine Verantwortung gegenüber seinen Patienten für den Fall hinweisen, daß er selbst seropositiv ist.

In der vorläufigen Erklärung des Weltärztebundes zu AIDS, die im Oktober 1987 verabschiedet wurde, heißt es u.a.:

"Patienten mit AIDS und diejenigen, deren Test positive Antikörper ergeben haben, müssen angemessen medizinisch versorgt werden. Sie sollten weder ungerecht behandelt werden, noch sollten sie in ihrem täglichen Leben unter willkürlicher oder irrationaler Diskriminierung zu leiden haben. Ärzte können auf eine lange, ehrenvolle Tradition des engagierten und mutigen Einsatzes für Patienten, die an einer Infektionskrankheit leiden, zurückblicken. Diese Tradition muß sich auch während der AIDS-Epidemie bewähren."

AIDS-Patienten haben einen Anspruch auf eine gute ärztliche Versorgung mit Engagement und dem Respekt für die menschliche Würde. Ein Arzt darf aus ethischen Gründen keine Behandlung eines Patienten verweigern, der zu seinem Zuständigkeitsbereich gehört, nur weil dieser seropositiv ist. Die ärztliche Ethik erlaubt es nicht, einen Patienten nur mit der Begründung abzulehnen, daß er seropositiv ist.

Ein Mensch, der an AIDS erkrankt ist, bedarf einer sachkundigen, mitfühlenden Behandlung. Ein Arzt, der sich nicht in der Lage sieht, einem AIDS-Patienten diesen ärztlichen Beistand zu gewähren, sollte die Überweisung an geeignete Kollegen oder Institutionen veranlassen. Bis zur Durchführung der Überweisung muß der Arzt sich um den Patienten kümmern, so gut er es vermag.

Die mit dem AIDS-Virus Infizierten wie auch die Nicht-Infizierten haben einen Anspruch auf Schutz. Ein Arzt, der weiß, daß er von einer Infektionskrankheit befallen ist, sollte alles vermeiden, was ein Übertragungsrisiko auf andere darstellt. Im Zusammenhang mit einer Ansteckungsgefahr von AIDS ist die Tätigkeit, die der Arzt ausüben wünscht, das bestimmende Element.

Wenn das Risiko der Übertragung einer ansteckenden Krankheit vom Arzt auf die Patienten vorliegt, ist es nicht ausreichend, die Patienten zu informieren; denn die Patienten können erwarten, daß die sie behandelnden Ärzte das Ansteckungsrisiko nicht vergrößern.

Wenn kein Ansteckungsrisiko besteht, ist es nicht sinnvoll, die Patienten über den Gesundheitszustand des Arztes zu informieren; wenn aber doch ein Risiko vorhanden ist, sollte der Arzt von der beabsichtigten ärztlichen Verrichtung Abstand nehmen.

Wenn ein Patient über den Zustand des Arztes und die damit verbundenen Risiken informiert wurde und die weitere Behandlung durch den seropositiven Arzt ausdrücklich wünscht, so ist mit größter Sorgfalt bei Aufklärung und Erlangung der Zustimmung zu verfahren.

Alle Ärzte müssen davon absehen, unrichtige Angaben zu bescheinigen, auch wenn dem Patienten damit geholfen werden soll, in seiner gewohnten Umgebung zu bleiben.

Der Arzt ist verpflichtet, die Gesundheitsschutzmaßnahmen für Angehörige der medizinischen Berufe einzuhalten und für deren Einhaltung zu sorgen, da sie bekannt, einfach und wirksam sind.

Die Ärzte sind verpflichtet, Präventivmaßnahmen der Behörden bestmöglich zu unterstützen, um eine Ausbreitung von AIDS zu verhindern.

WELTÄRZTEBUND

Erklärung des Weltärztebundes zu

Fragen in Verbindung mit der HIV-Infektion

verabschiedet von der
44. Generalversammlung des Weltärztebundes
Marbella, Spanien, September 1992

Der Weltärztebund hat in der Vergangenheit bereits Leitlinien verabschiedet, um der HIV-Epidemie zu begegnen; dazu gehören die Vermeidung der Diskriminierung von HIV-infizierten Patienten durch den Arzt, die Betreuung der Infizierten, die Pflicht eines HIV-infizierten Arztes, die Ansteckung eines Patienten zu vermeiden, keine unrichtigen Bescheinigungen auszustellen, die Einhaltung der Maßnahmen zur Infektionsbekämpfung, die Zusammenarbeit mit den öffentlichen Behörden in Präventionsprogrammen, die Entwicklung nationaler Richtlinien und Programme, die Beratung von Patienten zur Vermeidung einer HIV-Infektion oder, wenn eine Infektion vorliegt, zur Vermeidung der Ansteckung anderer, umfassende Verfügbarkeit von HIV-Tests insbesondere für Risikogruppen, Pflichttests unter bestimmten Umständen wie bei Blutspenden, das Melden von Fällen der HIV-Infektion und von AIDS, das Abwägen zwischen den Rechten des infizierten Patienten und denen des nicht-infizierten, Vertraulichkeit der medizinischen Patientendaten und Forschung zur Feststellung der Verbreitung und der Häufigkeit der HIV-Infektion.

Die Zahl der HIV-Infizierten und derer, die an AIDS erkrankt sind, ist stetig gewachsen. Bis zum Jahre 2000 werden schätzungsweise 40 Millionen Menschen weltweit HIV-infiziert sein. Der Weltärztebund gibt deshalb der fortgesetzten Sorge Ausdruck, daß die nationalen Ärzteorganisationen eine aktive Rolle in Politik und Programmen zur Prävention, Behandlung und Forschung übernehmen. Der Weltärztebund fügt seinen früheren Empfehlungen die folgenden hinzu:

1. daß die nationalen Ärzteorganisationen in Zusammenarbeit mit allen Teilen der Gesellschaft und der Regierung ein umfassendes Programm zur Prävention, Behandlung und Erforschung der HIV-Infektion entwickeln und durchführen;
2. daß die nationalen Ärzteorganisationen mit allen Medien und Kommunikationsmitteln arbeiten, um ein koordiniertes Programm der Prävention, des Behandlungsbewußtseins und des öffentlichen Mitgefühls mit den Infizierten zu gewährleisten;
3. daß die nationalen Ärzteorganisationen Ärzte über ihre Verantwortung informieren, ihre Patienten so umfassend wie möglich über die Folgen eines positiven Testergebnisses zu beraten. Bei dieser Beratung der Patienten sollten Ärzte mit Takt und Einfühlungsvermögen vorgehen und die psychische Verfassung des Patienten in angemessener Weise berücksichtigen;

4. daß die nationalen Ärzteorganisationen an der Schulung und Unterweisung von Ärzten in den gegenwärtig zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten für alle Stadien der HIV-Infektion und in der Anwendung der richtigen Maßnahmen zur Infektionsbekämpfung und allgemeinen Vorsichtsmaßnahmen, wie sie von den Zentren für Infektionsbekämpfung dargelegt worden sind, mitwirken;
5. daß die nationalen Ärzteorganisationen auf der Notwendigkeit biologischer, klinischer und psychologischer ärztlicher Schulung im Umgang mit HIV-infizierten Patienten bestehen, um Ärzten bei der wirksamen Versorgung ihrer Patienten Hilfestellung zu geben;
6. daß die nationalen Ärzteorganisationen Ärzte dazu ermuntern, ihre Patienten bei der Einschätzung des Risikos einer HIV-Infektion und der Ergreifung geeigneter Vorbeugungsmaßnahmen zu unterstützen;
7. daß die nationalen Ärzteorganisationen die Maßnahmen zur Infektionsbekämpfung in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen überprüfen und deren Verbesserung fördern;
8. daß die nationalen Ärzteorganisationen die HIV-Diagnose und Behandlung bei Frauen und Kindern überprüfen und deren Verbesserung fördern;
9. daß die nationalen Ärzteorganisationen den Einsatz von denjenigen Methoden des öffentlichen Gesundheitswesens fördern, die sich in der Vergangenheit bei der Bekämpfung von Infektions-epidemien, insbesondere von sexuell übertragbaren Erkrankungen, als erfolgreich erwiesen haben;
10. daß der Zusammenhang zwischen Drogenabhängigkeit und HIV-Übertragung einen zusätzlichen Grund für die nationalen Ärzteorganisationen darstellt, die Drogentherapie weiter zu fördern;
11. daß die nationalen Ärzteorganisationen sich gemeinsam mit anderen Organisationen der Medizin, der Ärzteschaft und des Gesundheitswesens darum bemühen, weltweit Strategien zur Zusammenarbeit in der Prävention, Behandlung und Erforschung der HIV-Infektion zu entwickeln, insbesondere solche, die von den Fachgesellschaften durchgeführt werden können.

WELTÄRZTEBUND

Erklärung des Weltärztebundes
zur

Gentherapie und Gentechnologie

verabschiedet von der
39. Generalversammlung
Madrid, Spanien, Oktober 1987

Der Weltärztebund hat die folgende Erklärung verabschiedet, um den Ärzten eine Hilfe bei ethischen und praxisbezogenen Problemstellungen an die Hand zu geben, die aus dem wissenschaftlichen Fortschritt auf dem Gebiet der Gentechnologie resultieren.

Gentherapie

Es gibt zwei Primärbereiche der Genetik-Diagnose:

1. Untersuchungen auf mögliche Gendefekte bei Paaren mit Kinderwunsch vor einer Konzeption, um die Wahrscheinlichkeit der Mißbildung eines Kindes vorherzusagen.
2. Den In-Utero-Test nach der Konzeption, z.B. durch Ultraschall, Amniozentese und Fetoskopie, um den Zustand des Embryos festzustellen.

Die Ärzte, die genetische Beratungen durchführen, haben die ethische Verpflichtung, bei Paaren mit Kinderwunsch durch Aufklärung die Basis für eine bewußte Entscheidung im Hinblick auf eine Elternschaft zu schaffen. Dabei sollten die Ärzte die ethischen Richtlinien und die Berufsordnung der nationalen Ärzteorganisationen und anderer zuständiger Ärzteorganisationen befolgen.

Technologische Entwicklungen haben die Genauigkeit der Sondierung von Erbdefekten erheblich verbessert. Wenn ein genetischer Defekt im Fötus festgestellt wird, sollen die Eltern die Wahl haben, auch eine Abtreibung vornehmen zu lassen.

Ärzte dürfen sich aus persönlichen Gewissensgründen für oder gegen Verhütungsmittel, Sterilisation oder Abtreibung im Rahmen der genetischen Beratungen aussprechen. Ungeachtet ihrer Befürwortung oder Ablehnung einer solchen Methode aus Gewissensgründen, sollten die Ärzte vermeiden, ihre persönlichen moralischen Wertvorstellungen zum alleinigen Gegenstand der Beratung zu machen. Ärzte, die durch Verhütungsmethoden, Sterilisation und Schwanger

schaftsabbruch in Gewissenskonflikte geraten, können grundsätzlich von diesbezüglicher genetischer Beratung und Behandlung Abstand nehmen. Unter der entsprechenden Voraussetzung ist der Arzt jedoch verpflichtet, das Paar darauf hinzuweisen, daß ein potientes genetisches Problem vorhanden ist und daß der Patient genetische Beratung eines hierin spezialisierten Arztes einholen sollte.

Gentechnologie

Angesichts der fortschreitenden Entwicklung gentechnischer Verfahren ist es erforderlich, daß Wissenschaft, Medizin, Industrie, Regierung und Öffentlichkeit verbindliche Richtlinien für diese Forschung erarbeiten.

Wenn ein Genaustausch mit normaler DNA zur Behandlung von Erbkranken möglich wird, fordert der Weltärztebund die Beachtung folgender Faktoren:

1. Für alle Forschungsverfahren gilt die Deklaration des Weltärztebundes von Helsinki für biomedizinische Versuche am Menschen.
2. Für alle Verfahren, die nicht der Forschung dienen, gelten die üblichen Normen der ärztlichen Praxis und ärztlichen Verantwortung, einschließlich der Wahrung der Grundsätze der Deklaration von Helsinki.
3. Das vorgesehene Verfahren muß ausführlich mit dem Patienten erörtert werden. Die Einwilligung des Patienten oder seines Rechtsvertreters muß nach Aufklärung aus freiem Willen und in schriftlicher Form erfolgen.
4. Die virale DNA, welche das Ersatz- oder Korrektur-Gen enthält, darf keinen zufälligen oder unerwünschten Virus aufweisen.
5. Die eingesetzte DNA muß unter normaler Kontrolle in der Empfängerzelle arbeiten, um Entwicklungsschäden zu verhindern, die dem gesunden Gewebe und dem Patienten Schaden zufügen könnten.
6. Die Wirksamkeit der Gentherapie solle so gründlich wie möglich weiterentwickelt werden. Dazu gehört die Bestimmung des Endes der natürlichen Krankheitsgeschichte und die Anschließungsuntersuchungen bei folgenden Generationen.
7. Solche Verfahren sollten in Zukunft nur nach sorgfältiger Prüfung auf Verfügbarkeit und Wirksamkeit anderer Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft werden. Wenn eine einfachere und sicherere Therapie möglich ist, sollte dieser Vorzug gegeben werden.
8. Angesichts der Weiterentwicklung gentechnischer Verfahren und wissenschaftlicher Erkenntnisse sollten diese Richtlinien fortlaufend überprüft werden.

WELTÄRZTEBUND

Deklaration des Weltärztebundes
zum

Projekt der Analyse des menschlichen Genoms

verabschiedet von der
44. Generalversammlung des Weltärztebundes
Marbella, Spanien, September 1992

Präambel

Das Projekt der Analyse des menschlichen Genoms basiert auf der Annahme, daß die im Gen enthaltenen Informationen es uns ermöglichen, eine große Zahl genetischer Erkrankungen in utero oder sogar noch früher zu erkennen; es wird uns ermöglichen, Entscheidungen vor der Fortpflanzung zu treffen.

Der Schlüssel zum Verständnis genetischer Erkrankungen liegt in der Identifizierung und Beschreibung der Gene nach der Mutation. Man kann sagen, daß von nun an das Verständnis der gesamten menschlichen Biologie auf der Identifikation von 50.000 bis 100.000 Genen in den Chromosomen des menschlichen Körpers beruht.

Das Projekt der Analyse des menschlichen Genoms kann es uns ermöglichen, die an den hauptsächlichen genetischen Erkrankungen beteiligten Gene zu identifizieren und zu beschreiben; später wäre es möglich, die Gene zu identifizieren und zu beschreiben, die an Erkrankungen mit einer genetischen Komponente und weiteren Faktoren beteiligt sind, wie beispielsweise Diabetes, Schizophrenie und Morbus Alzheimer. Bei diesen Erkrankungen schafft das Gen eher eine Prädisposition für die Erkrankung und ist nicht selbst deren Ursache. Diese Erkrankungen verursachen schwerwiegende soziale Probleme und wenn es möglich ist, die Prädisposition vor Ausbruch der Krankheit zu erkennen, wäre es vielleicht möglich, diesem durch Veränderung der Lebensführung oder Ernährungsgewohnheiten und regelmäßige Untersuchungen vorzubeugen.

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts fand eine Revolution im Denken statt, als man begann, Krankheiten unter biochemischen Gesichtspunkten zu sehen. Nun findet eine neue Revolution statt, die die Anweisung für alle biochemischen Prozesse der Körperzellen im Gen lokalisiert.

Probleme der Vorgehensweise

Es gibt viele wichtige ethische Gründe dafür, die genetischen Informationen so schnell wie möglich zu erlangen, damit wir viele Krankheiten besser verstehen. Diese Informationen können jedoch frustrierend sein, wenn wir nicht gleichzeitig therapeutische Mittel entwickeln und die Öffentlichkeit über die verschiedenen genetischen Optionen informieren, damit der einzelne die besten auswählen kann.

Eine andere Frage ist die, ob die geleisteten Anstrengungen gerechtfertigt sind im Vergleich zu anderen Wegen, die mit geringerem Kostenaufwand zu diesen Zielen führen. Sollte das Projekt eine umfassende Bestandsaufnahme anstreben oder wäre es vorzuziehen, Schritt für Schritt bescheidener zu beginnen und stufenweise fortzufahren?

Finanzierung des Projektes

Das Projekt der Analyse des menschlichen Genoms gilt als ein beachtliches Projekt, ähnlich dem Raumfahrtprogramm, daher kann man behaupten, daß Investition und Gewinn in keinem Verhältnis zueinander stehen. Die geschätzten Kosten des Projektes belaufen sich auf \$ 3 Milliarden über 15 Jahre, d.h. \$ 200 Millionen pro Jahr. Diese Kosten dürften nicht ungewöhnlich erscheinen, wenn man weiß, daß die Stiftung für Mukoviszidose allein in den USA in den letzten vier Jahren \$ 120 Millionen für diese Erkrankung ausgegeben hat. Daher sollte man sich nicht aus finanziellen Gründen von der Entwicklung dieses Projektes abschrecken lassen.

Ein weiterer Hinderungsfaktor beruht auf dem in manchen Ländern bestehenden Verbot, finanzielle Mittel für die klinische Forschung an menschlichen Embryos bereitzustellen. Nach den finanziellen Aufwendungen für die Genkartierung könnte kein Geld mehr für die auf den Ergebnissen beruhende klinische Forschung bereitgestellt werden.

Der Konflikt zwischen dem Datenschutz und der Notwendigkeit wissenschaftlicher Zusammenarbeit

Die Kartierung der menschlichen Gene muß anonym erfolgen, die gewonnenen Informationen werden sich aber auf jeden Menschen anwenden lassen, ungeachtet individueller Unterschiede, der Hautfarbe oder Rasse. Die Informationen sollten Allgemeingut sein und nicht zu kommerziellen Zwecken verwendet werden. Daher sollten keine Patente auf das menschliche Genom oder Teile hiervon erteilt werden.

Genetische Diskriminierung bei privater Versicherung und am Arbeitsplatz

Es gibt einen Konflikt zwischen den vermehrten Möglichkeiten der neuen Technologien, genetische Heterogenität aufzuzeigen, und den Kriterien für private Versicherung und Beschäftigungsverhältnisse. Es wäre wünschenswert, bei genetischen Faktoren dieselbe stillschweigende Übereinkunft zu treffen, die auch eine Rassendiskriminierung am Arbeitsplatz oder bei Versicherungen verbietet.

Die Genkartierung kann zur Quelle von Stigmatisierung und sozialer Diskriminierung werden und die "Risikogruppen" könnten zu "Defektgruppen" werden.

Die Gefahr der Eugenik und der Verwendung von Genen zu nichtmedizinischen Zwecken

Die Eugenik basiert auf der Annahme, daß Gene von entscheidender Bedeutung sind und daß sich ihre Verteilung in der Bevölkerung durch Veränderung des Fortpflanzungsverhaltens verändern läßt. Nach dieser Vorstellung rechtfertigt das Allgemeinwohl die Einschränkung der Freiheit des einzelnen. Die Tragweite der Informationen wirft die Frage auf, wie diese angewendet werden. Es gibt immer noch die Angst vor Regierungsprogrammen zur "Verbesserung der Rasse" und vor dem Einsatz medizinischer Technologie für nichtmedizinische Zwecke.

Empfehlungen

Die vom Projekt zur Analyse des menschlichen Genoms aufgeworfenen Fragen sind nicht mit der Technologie selbst verbunden sondern mit deren sachgemäßer Anwendung. Aufgrund der Tragweite dieser neuen Methode sollten ihre ethischen, rechtlichen und sozialen Auswirkungen geprüft werden, solange das Programm noch in den Anfängen steckt.

Ein Teil des Widerstands beruht auf der Angst, daß der Wissenschaftler versucht sein könnte, "Gott zu spielen" oder in die Gesetze der Natur einzugreifen. Wenn wir uns von einem kompromißlosen Widerstand gegen das Projekt der Analyse des menschlichen Genoms freimachen, können wir die ethischen Auswirkungen anhand der gleichen Parameter beurteilen, die uns bei der Prüfung einer neuen Methode der Diagnostik oder Therapie leiten. Die Hauptkriterien bleiben die Abwägung zwischen Nutzen und Risiko, die Achtung vor dem Menschen und die Achtung der Selbstbestimmungs- und der Persönlichkeitsrechte.

Es ist erforderlich, allgemeine ethische und rechtliche Leitlinien festzulegen, um Diskriminierung und eine genetische Stigmatisierung der Risikogruppen zu verhindern.

Die grundsätzlichen Leitlinien sind die folgenden:

- Die genetische Dienstleistung sollte für jeden leicht zugänglich sein, um zu verhindern, daß sie nur von denjenigen ausgenutzt wird, die über die entsprechenden Mittel verfügen, was die soziale Ungleichheit verstärken würde.
- Zwischen allen Ländern sind internationaler Informationsaustausch, Wissens- und Technologietransfer vonnöten.
- Man sollte den Willen der Untersuchten und deren Recht auf Entscheidung über ihre Teilnahme und die Verwendung der gewonnenen Informationen respektieren.
- Der Patient oder sein gesetzlicher Vertreter sollte vollständig informiert werden. Die ärztliche Schweigepflicht sollte gewahrt werden und Informationen sollten nicht ohne Zustimmung an Dritte weitergegeben werden. Auch wenn ein Risiko für Angehörige des Patienten besteht, muß die ärztliche Schweigepflicht gewahrt bleiben, es sei denn, es handelt sich um eine ernsthafte Gefährdung, die durch Weitergabe der Informationen vermieden werden könnte. Die Vertraulichkeit darf nur als letztes Mittel verletzt

werden, wenn alle Versuche, den Patienten davon zu überzeugen, die Informationen selbst weiterzugeben, gescheitert sind. Auch in diesem Fall sollten nur die sachdienlichen genetischen Informationen weitergegeben werden.

- Die Weitergabe von Informationen an Dritte oder der Zugang zu persönlichen genetischen Daten sollten nur mit der aufgeklärten Zustimmung des Patienten erlaubt sein.

WELTÄRZTEBUND

Erklärung des Weltärztebundes
zur

Transplantation von fetalem Gewebe

verabschiedet von der
41. Generalversammlung des Weltärztebundes
Hongkong, September 1989

Vorwort

Die Aussicht, therapeutisch wirksame Transplantate fetalen Gewebes zur Therapie von Diabetes und Parkinson einzusetzen, hat neue Fragen in die ethische Diskussion der Fötusforschung eingebracht. Die Fragen unterscheiden sich wesentlich von denen der 70er Jahre, die sich auf invasive Verfahren stützen, die von Wissenschaftlern an lebenden, lebensfähigen Föten vorgenommen wurden. Sie müssen auch separat von den Fragen behandelt werden, die sich aus der Entwicklung neuer Technologien für die pränatale Diagnose ergeben. Wenngleich die Verwendung von Transplantat-Gewebe von Föten nach einem Spontanabort oder einem herbeigeführten Abort gleich zu sein scheint mit der Verwendung von Kadavergewebe und -organen, so scheint die moralische Problematik darin zu liegen, daß die Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch an den Entschluß gekoppelt sein kann, fetales Gewebe für eine Transplantation zu liefern.

Die Verwendung von Gewebe menschlicher Föten für Transplantationszwecke beruht auf Daten aus einer langen Versuchsreihe mit Tieren. Bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt wurden nur wenige Gewebeübertragungen durchgeführt, aber es eröffnen sich vielversprechende Felder für die klinische Forschung im Zusammenhang mit bestimmten Krankheiten. Es steht zu erwarten, daß die Nachfrage nach übertragbaren Nerven- oder Pankreaszellen steigen wird, wenn die klinischen Untersuchungen eindeutig ergeben, daß damit langfristig neurale oder endokrine Mängel ausgleichbar sind.

Die ethischen Bedenken richten sich vornehmlich gegen die Möglichkeit, daß eine Frau aufgrund des fetalen Potentials für Transplantationen ihre Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch darauf gründet. Es besteht sogar die Möglichkeit, daß Schwangerschaften absichtlich herbeigeführt werden, um den Fötus abzutreiben und einem Verwandten zu helfen oder um finanziellen Gewinn daraus herzuleiten. Wenn eine Frau noch unentschlossen ist, ob sie die Schwangerschaft abbrechen lassen will oder nicht, könnte sie dazu überredet werden mit dem Argument, daß sie damit Gutes tun würde. Diese Befürchtungen führen zur Forderung folgender Verbote:

- a) die Spende fetalen Gewebes an bestimmte Personen;
- b) die kommerzielle Verwendung;
- c) die Einholung der Zustimmung zur Verwendung des fetalen Gewebes, bevor der Entschluß zum Schwangerschaftsabbruch endgültig ist.

Auch der Arzt hat die Möglichkeit, den Abbruch zu manipulieren. Daher muß sichergestellt werden, daß der Entschluß, fetales Gewebe zu spenden, weder auf die Technik noch auf den Zeitpunkt des Eingriffs (Alter des Fötus) einen Einfluß ausüben darf. Um einen Interessenkonflikt zu vermeiden, dürfen die am Schwangerschaftsabbruch beteiligten Ärzte und das Hilfspersonal keinen unmittelbaren Nutzen aus der Forschung mit fetalem Gewebe oder aus der Verwendung des abgetriebenen Fötus herleiten. Die Gewinnung und Konservierung brauchbaren Gewebes darf niemals der primäre Faktor eines Aborts sein. Daher sollten die Beteiligten an einer Transplantation weder Einfluß noch Teilnahme am Prozeß des Schwangerschaftsabbruchs haben.

Die Gewinnung, Konservierung, Präparierung, die Versuche und Bereitstellung fetalen Gewebes ist mit erheblichem kommerziellen Gewinn verknüpft. Die Verfügbarmachung fetalen Gewebes ohne kommerziellen Gewinn, d.h. nur auf kostendeckender Basis, würde die Möglichkeit erheblich einschränken, einen direkten oder indirekten Einfluß auf eine Frau auszuüben, ihre Zustimmung zur Spende des abgetriebenen Fötus zu erhalten.

Empfehlungen

Der Weltärztebund bestätigt, daß die Nutzung fetalen Gewebes für Transplantationszwecke noch in der Erforschungsphase steht und nur dann ethisch zulässig ist, wenn folgende Voraussetzungen gegeben sind:

1. Die Deklaration des Weltärztebundes von Helsinki und die Deklaration über die Transplantation menschlicher Organe haben Gültigkeit, da sie auch auf den Empfänger des übertragenden fetalen Gewebes zutreffen.
2. Für die Bereitstellung fetalen Gewebes gilt die Erklärung des Weltärztebundes zum Handel mit Organen. Die Vergütung für derartiges Gewebe darf nicht über den Rahmen einer vertretbaren Deckung der entstehenden Kosten hinausgehen.
3. Der Empfänger darf nicht vom Spender bestimmt werden.
4. Ein Gespräch über die Verwendung fetalen Gewebes darf erst geführt werden, wenn der Entschluß zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs endgültig ist.
5. Der Schutz der Schwangeren hat Vorrang vor Entscheidungen über die Technik des Abbruchs oder den Zeitpunkt des Aborts im Hinblick auf den Entwicklungszustand des Fötus.
6. Alle am Schwangerschaftsabbruch Beteiligten nehmen nicht an einer Transplantation teil oder ziehen aus ihr irgendeinen Nutzen, wenn es sich um denselben Abbruch handelt.

7. Das geltende Gesetz findet Anwendung auf die Aufklärungspflicht gegenüber Spender und Empfänger.

WELTÄRZTEBUND

Erklärung des Weltärztebundes
zu

biomedizinischer Forschung an Tieren

verabschiedet von der
41. Generalversammlung des Weltärztebundes
Hongkong, September 1989

Einleitung

Für die Gesundheit und das Wohlbefinden jedes Menschen in unserer Gesellschaft ist die biomedizinische Forschung notwendig. Fortschritte in der biomedizinischen Forschung haben die Lebensqualität und -dauer in der ganzen Welt erheblich verbessert. Die Möglichkeit der Wissenschaftler in ihren Bemühungen um die Verbesserung der individuellen Gesundheit und der des Gemeinwesens ist jedoch bedroht durch eine Bewegung, die biomedizinische Forschung an Tieren abzuschaffen. Diese Bewegung wird durch Gruppen radikaler Tierschützer angeführt, deren Ansichten sich überhaupt nicht mit der überwiegenden Haltung der Öffentlichkeit decken und deren Taktiken von subtiler Beeinflussung, Geldsammlung, Propaganda und falscher Information bis zu gewalttätigen Angriffen auf biomedizinische Forschungseinrichtungen und individuelle Forscher reichen.

Die Auswirkungen dieser gewalttätigen Tierschutzaktionen sind erstaunlich. Seit 1980 hat es in den Vereinigten Staaten von Amerika mehr als 29 Einbrüche in amerikanische Forschungseinrichtungen gegeben, wurden mehr als 2.000 Tiere gestohlen, entstand ein Sachschaden von mehr als US\$ 7 Millionen und wurden Jahre laufender wissenschaftlicher Forschung zunichte gemacht. Tierschutzgruppen haben in ähnlicher Weise in Großbritannien, Westeuropa, Kanada, Australien und Neuseeland agiert. Verschiedene Gruppen in diesen Ländern haben die Verantwortung für die Bombardierung von Autos, Einrichtungen, Geschäften und Privathäusern von Forschern übernommen.

Gewalttätige Tierschutzaktionen wirken auf die internationale Gemeinschaft der Forscher abschreckend. Wissenschaftler, Forschungsorganisationen und Universitäten wurden derartig eingeschüchtert, daß sie wichtige Forschungsvorhaben, die von Tierversuchen abhängig waren, entweder änderten oder beendeten. Laboratorien wurden gezwungen, tausende von US-Dollars aus Forschungsmitteln für den Kauf hochwertiger Sicherheitseinrichtungen abzuzweigen. Junge Menschen, die vielleicht sonst eine Karriere in der biomedizinischen Forschung angestrebt hätten, wenden sich alternativen Berufen zu.

Trotz der Bemühungen vieler Gruppen, die biomedizinische Forschung vor Tierschutzaktionen zu schützen, blieb die Antwort auf die Tierschutzbewegung bruchstückartig, unzureichend finanziert und vor allem defensiv. Viele Gruppierungen innerhalb der biomedizinischen Forschungsgemeinschaft zögern, gegen Tierschutzaktionen öffentlich Stellung zu nehmen, weil sie Repressalien befürchten. Die Folge davon ist, daß die Forschungseinrichtungen in eine defensive Haltung gedrängt wurden. Ihre Motivationen wurden hinterfragt und wiederholt wurde die Notwendigkeit, an Tieren zu forschen, in Frage gestellt.

Obwohl die Forschung an Tieren für die Verbesserung der medizinischen Versorgung aller Menschen notwendig ist, erkennen wir an, daß die menschliche Behandlung von Tieren, die zu Forschungszwecken verwandt werden, sichergestellt sein muß, Angemessene Ausbildung für das gesamte Forschungspersonal sollte erfolgen und angemessene tierärztliche Versorgung vorhanden sein. Bei Versuchen müssen Regeln oder Vorschriften über humane Behandlung, Unterbringung, Versorgung und den Transport von Tieren eingehalten werden.

Internationale medizinische und wissenschaftliche Organisationen müssen stärkere und gemeinsame Maßnahmen entwickeln, um der wachsenden Bedrohung der Gesundheit durch Tierschützer entgegenzuwirken. Leitung und Koordination müssen vorgehalten werden.

Der Weltärztebund bekräftigt daher folgende Grundsätze:

1. Biomedizinische Forschung an Tieren ist für den kontinuierlichen medizinischen Fortschritt notwendig.
2. Die Weltärztebund-Deklaration von Helsinki fordert, daß der biomedizinischen Forschung am Menschen Tierversuche vorausgehen sollen, fordert aber gleichzeitig, daß das Wohlergehen der in der Forschung eingesetzten Tiere respektiert wird.
3. Humane Behandlung von Tieren, die für die biomedizinische Forschung verwandt werden, ist notwendig.
4. Alle Forschungseinrichtungen müssen die Hauptgrundsätze der menschlichen Behandlung von Tieren erfüllen.
5. Medizinische Gesellschaften sollten jedem Versuch widerstehen, die angemessene Verwendung von Tieren in biomedizinischer Forschung abzulehnen, da eine derartige Ablehnung die Versorgung der Patienten gefährdet.
6. Obwohl das Recht auf freie Meinungsäußerung nicht verletzt werden soll, muß das anarchistische Element unter den Tierschützern verurteilt werden.
7. Mittel der Bedrohung, der Einschüchterung, der Gewalt und persönlichen Belästigung von Wissenschaftlern und ihrer Familien sollte international verurteilt werden.
8. Maximale koordinierte Bemühungen internationaler Rechtsschutzorganisationen sollten angestrebt werden, um Forscher und Forschungseinrichtungen vor Aktionen terroristischer Art zu schützen.

WELTÄRZTEBUND

Erklärung des Weltärztebundes
zum

Dauerkoma (Persistent Vegetative State)

verabschiedet von der
41. Generalversammlung des Weltärztebundes
in Hongkong, September 1989

Präambel

Die Gesundheitsstatistiken, die weltweit erstellt werden, enthalten keine Angaben über Patienten, die im Dauerkoma sind. Vor zehn Jahren beliefen sich die Schätzungen für Japan auf 2 bis 3 je 100.000. Wahrscheinlich ist der Anteil dieser Fälle durch die Intensivmedizin, durch die Herz-Lungen-Unterstützung, durch künstliche Ernährung und die Infektionsabwehr bei schwer hirngeschädigten Patienten erheblich gestiegen.

Die Frage, wie mit diesem emotional schmerzlichen, finanziell einschneidenden und ganz und gar unerwünschten Ergebnis moderner Medizin umgegangen werden soll, stellt ein wachsendes Problem dar.

Patienten im Dauerkoma

Der pathologische Verlust des Bewußtseins kann durch eine Reihe von Schädigungen des Gehirns ausgelöst werden, u.a. unzureichende Ernährung, Vergiftung, Schlaganfall, Infektionen, unmittelbare Verletzungen, degenerative Erkrankungen. Der abrupte Verlust des Bewußtseins zeigt sich im allgemeinen als schlafähnlicher Zustand ohne Ansprechbarkeit, Koma genannt, der in unterschiedlichen Stadien reversibel ist oder in einem Zustand chronischer, neurologischer Behinderung endet.

Patienten mit Zerebralschäden verfallen gewöhnlich in einen Zustand der Bewußtlosigkeit, in dem der Körper dem Rhythmus von Wachen und Schlafen folgt, jedoch keine Reaktionen auf Anreize von außen zeigt. Dieser Zustand der völligen Reaktionslosigkeit kann auf ein Koma nach akuter Verletzung folgen, er kann aber auch am Ende eines progressiven Verfalls stehen, wie z.B. bei der Alzheimerschen Krankheit, die im Endstadium die psychologischen Funktionen des Zerebrums zerstören kann. Wenn dieses reaktionslose Stadium länger als einige Wochen dauert, nennt man es "persistent vegetative state" (PVS), weil im Körper alle Funktionen zum vegetativen Überleben ablaufen. Eine Besserung ist möglich, insbesondere während der ersten Tage oder Wochen nach dem Beginn des Zustandes. Die Tragik ist jedoch die, daß ein solcher Zustand monatelang oder jahrelang fortbestehen kann, wenn Nahrung und andere stützende Maßnahmen verabreicht werden.

Besserung des Zustandes

Wenn kompetente Ärzte diagnostiziert haben, daß ein Patient wach aber ohne Reaktionen ist, hängt die Dauer dieses Zustandes von der Art der Hirnverletzung, der Dauer des Wahrnehmungsversagens und der gestellten Prognose ab. Bei Patienten unter 35 Jahren, die nach einer Kopfverletzung im Koma liegen und in vereinzelt Fällen auch nach intrakranieller Blutung, besteht Aussicht auf eine langsame Besserung. Daher kann sich ein PVS ein bis drei Monate nach dem Eintritt des Komas im Laufe von sechs Monaten zu einem Stadium geringerer Behinderung bessern. Allerdings sind die Aussichten, nach dreimonatigem Koma wieder ganz unabhängig zu werden, sehr gering. Seltene Ausnahmen werden angeführt, aber bei einigen kann es sich auch um einen anhaltenden Zustand nach dem Erwachen aus einem verletzungsbedingten Koma handeln. Letztlich bleibt bei allen Fällen eine schwere Behinderung zurück.

Richtlinien

Wenn man die ganz seltenen Fälle außer acht läßt, kann man davon ausgehen, daß nach dem Ablauf von sechs Monaten keine Besserung möglich ist, bzw. eine schwere Dauerbehinderung zurückbleibt, unabhängig davon, wie schwer die Schädigung des Gehirns war. Das konservative Kriterium für die Diagnose von PVS ist daher mindestens 12 Monate beobachtetes Wahrnehmungsversagen, wobei die Möglichkeit, daß nach sechs Monaten eine gewisse Reaktionsfähigkeit zurückkehrt, bei Patienten über 50 äußerst selten ist. Das Risiko einer Fehlprognose unter dem genannten Kriterium ist so gering, daß eine Entscheidung dies mit voller Rechtfertigung einbeziehen kann. Die Feststellung eines Arztes, daß eine Wiedererlangung des Bewußtseins unwahrscheinlich ist, geht im allgemeinen der Überlegung voran, ob die Versorgung zur Aufrechterhaltung des Lebens abgesetzt oder fortgeführt werden soll.

Wenn auch die Angehörigen diese Frage zuerst stellen mögen, so wird über die Fortführung der Behandlung erst entschieden, wenn ein Arzt eine Prognose abgegeben hat. Sobald die Frage über die Aufrechterhaltung oder Absetzung der lebenserhaltenden Versorgung einmal aufgekommen ist, muß gründlich ihre ethische und rechtliche Dimension betrachtet werden.

WELTÄRZTEBUND

Erklärung des Weltärztebundes
zur

Mißhandlung und Vernachlässigung von Kindern

- verabschiedet von der
36. Generalversammlung des Weltärztebundes
Singapur, Oktober 1984
revidiert von der
41. Generalversammlung des Weltärztebundes
Hongkong, September 1989
von der
42. Generalversammlung des Weltärztebundes
Rancho Mirage, U.S.A., Oktober 1990
von der
44. Generalversammlung des Weltärztebundes
in Marbella, Spanien, September 1992
und der
47. Generalversammlung des Weltärztebundes
in Bali, Indonesien, September 1995

Eine der destruktivsten Manifestationen von Aggressivität im Zusammenleben einer Familie ist die Mißhandlung und Verwahrlosung von Kindern. Prävention, frühzeitiges Erkennen der Notlage und umfassende Behandlung der Opfer von Kindesmißhandlung bilden nach wie vor eine Herausforderung an die Ärzteschaft der Welt.

Die unterschiedlichen Kulturkreise haben auch unterschiedliche Definitionen von Kindesmißhandlung. Es ist bedauerlich, daß kulturelle und kultische Vorwände für gesundheitsgefährdende Handlungen an Kindern nur allzu leicht als Begründung dafür akzeptiert werden, daß die Behandlung der Kinder weder mißbräuchlich noch gefährdend ist. Zum Beispiel sollte der Beitrag, den Kinder mit ihrer Arbeit im täglichen Familienleben und in der Gesellschaft leisten, anerkannt und gefördert werden, solange dies auch zur Entwicklung der Kinder selbst beiträgt. Im Gegensatz dazu kann eine Ausbeutung von Kindern auf dem Arbeitsmarkt dazu führen, daß sie ihrer Kindheit und Bildungschancen beraubt werden und darüber hinaus ihre jetzige und künftige Gesundheit gefährdet wird. Der Weltärztebund hält eine derartige Ausbeutung von Kindern für einen schweren Fall von Mißhandlung und Vernachlässigung von Kindern.

Diese Erklärung bezieht sich auf verschiedene Formen der Kindesmißhandlung im physischen, sexuellen und emotionalen Bereich. Kindesverwahrlosung bezieht sich auf das Unvermögen eines Elternteils oder sonstiger Sorgeberechtigter, die Grundbedürfnisse eines Kindes zu erfüllen und eine angemessene Versorgung sicherzustellen.

Der Weltärztebund ist sich bewußt, daß der Mißbrauch von Kindern ein Weltgesundheitsproblem ist und empfiehlt den nationalen Ärzteorganisationen die Annahme folgender Richtlinien für die Ärzte:

1. Ärzte haben eine besondere und einzigartige Aufgabe bei der Aufdeckung von Kindesmißhandlung und bei der Hilfe für die Betroffenen, sowohl für das Kind wie für die verhaltensgestörte Familie.
2. Ärzte sollten im Erkennen von Kindesmißbrauch spezielle Kenntnisse erwerben. Zahlreiche Fortbildungsprogramme vermitteln die erforderlichen Kenntnisse auf diesem Gebiet.
3. Der Anschluß an ein erfahrenes multidisziplinäres Gremium wird dem Arzt dringend empfohlen. Zu einem solchen Gremium gehören Ärzte, Sozialarbeiter, Psychiater und Kinderpsychiater, Entwicklungsspezialisten, Psychologen und Rechtswissenschaftler. Wenn die Möglichkeit der Mitarbeit in einem Team nicht gegeben ist, muß der einzelne Arzt sich mit Kollegen sowie Mitarbeitern des Sozial- und Rechtswesens und psychiatrischer Einrichtungen beraten.
4. Ärzte der Erstversorgung (Hausärzte, Internisten, Kinderärzte), Notfallmediziner, Chirurgen, Psychiater und andere Gebietsärzte, die Kinder behandeln, müssen Kenntnisse erwerben und Methoden erlernen für das Erkennen und den Umgang mit Kindesmißhandlung und -vernachlässigung, in der Kindesentwicklung und Elternschaft, in der Nutzung von Einrichtungen der Städte und Gemeinden und in den Rechtspflichten der Ärzte.
5. Beim Vorliegen körperlicher Kindesmißhandlung sollten folgende Umstände erfaßt werden: (1) Krankengeschichte der Verletzungen; (2) eine körperliche Untersuchung des Patienten; (3) Röntgenaufnahmen der vorhandenen Traumen; (4) Feststellung von Wunden und Blutergüssen; (5) Farbaufnahmen; (6) körperliche Untersuchung der Geschwister; (7) ein amtlicher schriftlicher ärztlicher Bericht; (8) ein Bericht über beobachtetes Verhalten des Kindes; (9) ein Entwicklungsbericht über Kleinkinder und Kinder im Vorschulalter.
6. Die Feststellung sexuell mißbrauchter Kinder erfordert folgende Maßnahmen: (1) die Behandlung physischer und psychischer Traumen; (2) die Sammlung und Verwendung von Beweismaterial; (3) die Behandlung und/oder Verhinderung von Schwangerschaften und Geschlechtskrankheiten.
7. Ärzte sollten in der Lage sein, die Intaktheit des Familienlebens, soweit sie Bezug auf den Schutz der Kinder hat, zu beurteilen: sie sollten erkennen und abwägen können, welche Auswirkungen eheliche Beziehungen, erzieherische Gepflogenheiten, wirtschaftliche Zwänge, emotionale Probleme, Alkoholmißbrauch, Drogenabhängigkeit sowie sonstige Suchterscheinungen auf die Kindesmißhandlung haben.
8. Ärzte sollten über ein eingehendes Wissen über Mißhandlung und Vernachlässigung verfügen. Oft sind physische Beweise nicht deutlich erkennbar und erst ein vorsichtiges Gespräch mit dem Kind und den Eltern kann Widersprüche zwischen den Angaben und dem objektiven Befund enthüllen.

9. Wenn der Verdacht auf Kindesmißbrauch vorliegt, muß der Arzt folgende Sofortmaßnahmen einleiten: (1) alle Verdachtsfälle sind den Kinderschutzorganisationen zu melden; (2) Einweisung ins Krankenhaus schutzbedürftiger Kinder in der ersten Ermittlungsphase; (3) Mitteilung der Diagnose an die Eltern und Bericht über die Verletzungen an die Hilfsorganisationen.
10. Das Kind ist der Patient des Arztes und ihm gilt sein Einsatz. Es liegt in seiner Verantwortung, weiteren Schaden von dem Kind abzuwenden. In den meisten Fällen schreibt das Gesetz eine Meldung an die zuständigen Kinderschutzeinrichtungen vor. In einigen Fällen wird es auch erforderlich, das betroffene Kind in ein Krankenhaus einzuweisen.
11. Falls die Aufnahme in ein Krankenhaus erforderlich wird, muß unverzüglich festgestellt werden, welche physischen, emotionalen und Entwicklungsprobleme vorliegen. Falls der Arzt, der zuerst die Kindesmißhandlung festgestellt hat, dazu nicht in der Lage ist, sollte er Kollegen aus dem multidisziplinären Team des Krankenhauses oder andere Ärzte hinzuziehen, die in der Behandlung mißhandelter Kinder erfahren sind.
12. Wenn der Verdacht auf Kindesmißbrauch vorliegt, sollte der Arzt die Eltern auf den Umstand hinweisen, daß die Diagnose Anzeichen von Kindesmißhandlung aufweist. Es ist erforderlich, daß der Arzt bei einem solchen Gespräch objektiv bleibt und keine Anklagen oder Urteile den Eltern gegenüber zum Ausdruck bringt.
13. Während der Untersuchungen müssen unbedingt Aufzeichnungen im Krankenblatt vorgenommen werden, da diese Eintragungen bei späteren Gerichtsverhandlungen von ausschlaggebender Bedeutung sein können.
14. Ärzte sollten an Vorsorgemaßnahmen aller Stufen beteiligt sein: bei der pränatalen und postnatalen Familienberatung, bei der Darlegung von Problemen der Kindererziehung und Elternschaft sowie bei der Aufklärung über Familienplanung und Geburtenkontrolle.
15. Persönliche Maßnahmen und solche des öffentlichen Gesundheitswesens, z.B. Hausbesuche durch Pflegerinnen, Frühberatung der Eltern, Kontrolluntersuchungen von Säuglingen und Kleinkindern, sollten von Ärzten unterstützt werden. Gesundheitsfördernde Fürsorgeprogramme für Kinder verhindern ebenfalls Kindesmißhandlungen und sollten gleichfalls die Unterstützung der Ärzte finden.
16. Ärzte sollten erkennen, daß Kindesmißhandlung und Kinderverwahrlosung ein komplexes Problem ist und daß es erforderlich sein kann, mehrere Therapiewege zu beschreiten, um den mißhandelten Kindern und ihren Familien zu helfen. Die Entwicklung einer geeigneten Therapie erfordert Beiträge vieler Berufe, einschließlich der Medizin, Rechtswissenschaft, Krankenpflege, Bildung und Erziehung, Psychologie und Sozialarbeit.
17. Ärzte sollten die Entwicklung neuartiger Programme unterstützen, die dazu dienen, ärztliches Wissen und ärztliche Zuständigkeit auf dem Gebiet der Kindesmißhandlung und Kinderverwahrlosung zu vertiefen.

18. In Fällen von Kindesmißhandlungen entfällt die ärztliche Schweigepflicht in bezug auf den Patienten. Bei einem Verdacht auf Mißbrauch des Patienten muß der Arzt für dessen Schutz einstehen. Ungeachtet der Art des Mißbrauchs (körperlich, geistig oder sexuell) muß ein amtlicher Bericht an die zuständigen Behörden erstellt werden.
19. Die Ärzte sollten in ihren jeweiligen Ländern die Gesetzgebung unterstützen, die wirksam zum Erkennen und zum Schutz mißhandelter Kinder beiträgt. Diese Gesetzgebung sollte auch Ärzte und Vertreter anderer Berufe des Gesundheitswesens ihrerseits bei Identifizierung, Versorgung und Behandlung mißhandelter Kinder schützen.
20. Ärzte sollten gesetzliche Maßnahmen unterstützen, die es dem mißhandelten Kind ermöglichen, innerhalb einer vertretbaren Frist nach Erreichen der Volljährigkeit gegen den mutmaßlichen Täter Klage zu erheben. Auch sollten Ärzte faire und objektive gesetzliche Maßnahmen unterstützen, die durch nichts gestützte Behauptungen der Kindesmißhandlung in vertretbarer Weise zu verhindern versuchen und die objektive Beweismittel verlangen, bevor gegen einen mutmaßlichen Täter in irgendeiner Form Klage erhoben wird.

WELTÄRZTEBUND

Erklärung des Weltärztebundes
zur

**Versorgung von Patienten im Endstadium
einer zum Tode führenden Krankheit
mit starken chronischen Schmerzen**

verabschiedet von der
42. Generalversammlung des Weltärztebundes
Rancho Mirage, U.S.A., Oktober 1990

Vorwort

Die Versorgung von Patienten im schmerzreichen, irreversiblen Endstadium sollte eine Behandlung bieten, die es den Patienten ermöglicht, ihr Leben bewußt und in Würde zu beschließen. Analgetika, sowohl opioid als auch opioidfrei sind verfügbar und können bei richtiger Anwendung eine wirksame Schmerzbefreiung für die meisten Patienten im Endstadium bringen. Es obliegt dem Arzt und allen, die um den sterbenden Patienten bemüht sind, sich der Dynamik von Schmerzen bewußt zu sein und die klinische Pharmakologie von Analgetika sowie die Bedürfnisse des Patienten, seiner Angehörigen und Freunde zu kennen.

Ebenso ist es unerläßlich, daß von staatlicher Seite eine ausreichende Menge opioider Analgetika für die Anwendung bei schweren chronischen Schmerzen zur Verfügung steht.

Grundsätze der klinischen Behandlung schwerer chronischer Schmerzzustände

Wenn sich ein Patient im Endstadium einer tödlich verlaufenden Krankheit befindet, müssen alle Anstrengungen darauf gerichtet sein, das Leiden zu lindern. Dabei ist der Schmerz nur ein Aspekt des Leidens. Die Auswirkungen des Schmerzzustandes auf das Leben des Patienten können jedoch von erträglichem Unbehagen bis hin zu einem Gefühl der vernichtenden und erschöpfenden Niederlage reichen.

Klinische Erfahrung hat bewiesen, daß es generell nicht so wichtig ist, welches Opioid zur Schmerzlinderung beim Todkranken angewandt wird, sondern daß es auf die Art der Verabreichung ankommt. Für den Arzt ist es entscheidend, daß er zwischen akutem und als chronisch anzunehmendem Schmerz unterscheidet, da dies ein wichtiges Indiz für die Anwendung opioider Analgetika ist. Die folgenden allgemeinen Grundsätze sollten bei der Behandlung schwerer chronischer Schmerzen, insbesondere bei der Anwendung analgetischer Medikamente, Beachtung finden:

1. Die Behandlung muß auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten abgestellt sein und den bestmöglichen Zustand des Wohlbefindens herbeiführen.
2. Man muß erkennen, daß die Bedürfnisse der Patienten mit chronischen Schmerzzuständen andere sind als die von Patienten mit akuten Schmerzen.
3. Der Arzt muß die Wirksamkeit, Wirkungsdauer und Nebenwirkungen der verfügbaren Analgetika kennen, um die richtige Auswahl, Dosierung, Verabreichungsart und -häufigkeit treffen zu können, damit ein Höchstmaß an Schmerzbefreiung für den Patienten sichergestellt werden kann.
4. Eine Kombination von opioiden und opioidfreien Analgetika kann eine bessere Schmerzbefreiung bei Patienten bewirken, die auf opioidfreie Analgetika nicht mehr ansprechen. Dadurch vermeidet man gleichzeitig ein höheres Potential unerwünschter Nebenwirkungen.
5. Die Toleranzentwicklung gegenüber den analgesischen Wirkungen eines opioiden Wirkstoffes kann durch Umstellung des Patienten auf einen alternativen opioiden Wirkstoff verstärkt werden. Dies beruht auf dem Fehlen der vollständigen Quer-Toleranz verschiedener opioider Analgetika untereinander.
6. Iatrogenische Abhängigkeit sollte nicht als Primärproblem bei der Behandlung schwerer Schmerzzustände einer neoplastischen Krankheit angesehen werden und darf niemals der Grund sein, Patienten starke Analgetika vorzuenthalten, die Erleichterung dadurch erfahren könnten.
7. Die staatlichen Stellen sollten die Einsatzmöglichkeit von Opioiden für medizinische Zwecke im Rahmen der Gesundheitssysteme und -gesetze prüfen, mögliche Hinderungsgründe für ihre Verabreichung feststellen und Aktionspläne entwickeln, die es ermöglichen, die Beschaffung und Bereitstellung von Opioiden für alle vertretbaren medizinischen Indikationen zu erleichtern.

WELTÄRZTEBUND

Deklaration des Weltärztebundes
zu

biologischen und chemischen Waffen

verabschiedet von der
42. Generalversammlung des Weltärztebundes
Rancho Mirage, U.S.A., Oktober 1990

Der Weltärztebund weist die Ärzteschaft auf der ganzen Welt auf die Gefahren des Einsatzes biologischer und chemischer Waffen hin. Neben anderen, offensichtlicheren Gefahren sollte man folgende beachten:

- a) Der Einsatz dieser Waffen hätte verheerende Auswirkungen nicht nur auf die Streitkräfte sondern auch auf die Zivilbevölkerung, und zwar nicht nur im Zielgebiet sondern auch an weiter entfernt liegenden Orten, vielleicht über die Staatsgrenzen der kriegführenden Staaten hinaus.
- b) Die Auswirkungen des Kontakts mit biologischen und chemischen Waffen stellen eine andauernde Bedrohung der menschlichen Gesundheit über einen langen Zeitraum hinweg dar und verursachen möglicherweise Krankheiten, Verletzungen und gesundheitliche Schädigungen in der Bevölkerung mit langanhaltender Wirkung.
- c) Die Auswirkungen des Kontakts mit biologischen und chemischen Waffen können ebenfalls anhaltende, komplexe und unvorhersehbare Veränderungen der Umwelt, einschließlich der Tier- und Pflanzenwelt sowie der Wasserversorgung verursachen und somit die Nahrungsquelle des Menschen vernichten und zu weitreichender Morbidität führen.
- d) Die bestehenden Dienste der Gesundheitsfürsorge, Technik und personelle Ausstattung sind möglicherweise nicht in der Lage, das durch den Kontakt mit biologischen und chemischen Waffen hervorgerufene Leiden zu lindern.

Die Genfer Deklaration des Weltärztebundes fordert die Ärzte auf, ihr Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen und zu geloben, daß die Gesundheit des Patienten oberstes Gebot ihres Handelns darstellt und sie das ärztliche Wissen nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden werden.

Die Deklaration des Weltärztebundes von Helsinki legt fest, daß die Aufgabe des Arztes die Erhaltung der menschlichen Gesundheit ist. Der Erfüllung dieser Aufgabe dient er mit seinem Wissen und Gewissen.

Die Deklaration des Weltärztebundes von Tokyo beginnt mit der folgenden Erklärung:

"Es ist die vornehmste Pflicht des Arztes, seinen Beruf im Dienst der Menschlichkeit auszuüben, die körperliche und geistige Gesundheit ohne Ansehen der Person zu erhalten und wiederherzustellen und die Leiden der Patienten zu lindern. Die höchste Achtung vor dem menschlichen Leben muß sogar unter Bedrohung aufrechterhalten werden. Ärztliches Wissen darf niemals in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit angewendet werden."

Daher betrachtet es der Weltärztebund als den Geboten der Ethik zuwiderlaufend, wenn Ärzte, deren Aufgabe die gesundheitliche Versorgung des Menschen ist, an der Forschung und Entwicklung biologischer und chemischer Waffen mitwirken und ihre persönlichen Kenntnisse sowie ihr berufliches Wissen in die Konzeption und Herstellung derartiger Waffen einbringen.

Der Weltärztebund

1. verurteilt Entwicklung und Einsatz biologischer und chemischer Waffen
2. fordert alle Regierungen auf, Entwicklung und Einsatz biologischer und chemischer Waffen zu unterlassen.
3. fordert alle nationalen Ärzteverbände auf, gemeinsam mit dem Weltärztebund diese Deklaration aktiv zu unterstützen.

WELTÄRZTEBUND

Erklärung des Weltärztebundes
zur

ärztlichen Ethik im Katastrophenfall

verabschiedet von der
46. Generalversammlung des Weltärztebundes
Stockholm, Schweden, September 1994

1. Die Definition der Katastrophe für dieses Dokument zielt insbesondere auf die medizinischen Aspekte.

Eine Katastrophe ist ein unerwartetes, in der Regel plötzlich auftretendes gewaltsames Ereignis, das zu erheblichen Sachschäden, beträchtlicher Obdachlosigkeit und/oder zu einer großen Zahl von Opfern und/oder einer bedeutenden Störung der Gesellschaft oder einer Kombination von diesen führen kann. Die Definition in diesem Zusammenhang bezieht sich nicht auf Situationen, die das Ergebnis von Konflikten und Kriegen sind, seien es internationale oder innere Konflikte, die, zusätzlich zu den in diesem Papier genannten, zu weiteren Problemen führen. Vom medizinischen Standpunkt aus sind Katastrophen gekennzeichnet durch ein über einen bestimmten Zeitraum hinweg bestehendes akutes und unvorhergesehenes Ungleichgewicht zwischen der Kapazität und den Ressourcen der Ärzteschaft und den Bedürfnissen der Opfer oder der Menschen, deren Gesundheit in Gefahr ist.

2. Katastrophen, seien es Naturereignisse (z. B. Erdbeben), technisches Versagen (z.B. Nuklear- oder Chemie-Unfälle) oder Unfälle (z.B. Zugentgleisungen) sind durch mehrere Merkmale gekennzeichnet, die zu besonderen Problemen führen:
 - a) ihr plötzliches Auftreten, das sofortige Maßnahmen erfordert;
 - b) unzureichende medizinische Ressourcen, die auf den Normalzustand bemessen sind: die große Zahl von Opfern bedeutet, daß die verfügbaren Ressourcen so effizient wie möglich eingesetzt werden müssen, um die größtmögliche Zahl von Menschenleben zu retten;
 - c) Natur- oder Sachschäden, die den Zugang zu den Opfern erschweren und/oder gefährlich machen;
 - d) Gesundheitsschäden durch die entstehende Umweltbelastung und das Seuchenrisiko;

Katastrophen erfordern dementsprechend vielfältige Reaktionen und viele verschiedene Arten von Hilfsmaßnahmen vom Transport und der Versorgung mit Lebensmitteln bis hin zur medizinischen Versorgung, vor dem Hintergrund strenger Sicherheitsmaßnahmen (Polizei, Feuerwehr, Armee ...). Diese Operationen erfordern eine effektive Zentralstelle zur Koordination von öffentlichen und privaten Maßnahmen. Rettungshelfer und Ärzte sind mit einer Ausnahme-situation konfrontiert, in der sie ihre persönliche ethische Überzeugung den ethischen Erfordernissen, die von der Allgemeinheit in solch einer emotional aufgeheizten Atmosphäre gestellt werden, in gewisser Weise anpassen müssen.

Vorher definierte und in der Ausbildung vermittelte ethische Regeln sollten die persönliche ethische Überzeugung der Ärzte ergänzen.

Unzureichende und/oder beeinträchtigte medizinische Ressourcen vor Ort und die große Zahl innerhalb kurzer Zeit Verletzter stellen ein besonderes ethisches Problem dar.

Unter solchen Bedingungen medizinische Leistungen zu erbringen, wirft technische und organisatorische Fragen auf, die zu den ethischen Fragen hinzukommen. Der Weltärztebund empfiehlt deshalb die folgenden ethischen Haltungen in der Rolle des Arztes bei Katastrophen.

3.1 TRIAGE

- 3.1 Triage wirft das erste ethische Problem auf wegen des Mangels an unmittelbar für die Behandlung zur Verfügung stehenden Ressourcen im Verhältnis zu der großen Zahl von Opfern mit unterschiedlicher gesundheitlicher Verfassung. Triage ist eine medizinische Entscheidung über Behandlungs- und Versorgungsprioritäten auf der Grundlage von Diagnose und Prognose. Das Überleben der Opfer hängt von der Triage ab. Sie muß rasch erfolgen, und zwar unter Berücksichtigung der medizinischen Notwendigkeit, der Möglichkeit ärztlichen Eingreifens und der verfügbaren Ressourcen. Lebensnotwendige Wiederbelebensmaßnahmen und Triage müssen möglicherweise gleichzeitig erfolgen.
- 3.2 Die Triage sollte einem bevollmächtigten, erfahrenen Arzt übertragen werden, dem kompetente Mitarbeiter zur Seite stehen.
- 3.3 Der Arzt sollte die Opfer folgendermaßen unterteilen:
 - a) Opfer in unmittelbarer Lebensgefahr, deren Leben gerettet werden kann, was sofortige Behandlung oder die vorrangige Behandlung innerhalb der nächsten Stunden erfordert;
 - b) Opfer, die sich nicht in unmittelbarer Lebensgefahr befinden und die dringende, aber nicht sofortige ärztliche Versorgung benötigen;
 - c) Verletzte, die nur eine geringfügige Behandlung benötigen und die zu einem späteren Zeitpunkt oder von Rettungshelfern behandelt werden können;
 - d) Opfer mit psychischen Traumata, die beruhigt werden müssen, nicht einzeln versorgt werden können, die jedoch möglicherweise Beruhigung oder Sedierung benötigen, wenn sie akut verstört sind;

- e) Opfer, deren Zustand die vorhandenen Behandlungsressourcen übersteigt und die so schwer verletzt sind, zum Beispiel durch Verstrahlung oder Verbrennungen solchen Grades, daß sie unter den besonderen örtlichen und zeitlichen Umständen nicht gerettet werden können, oder deren komplexer chirurgischer Fall eine besonders heikle Operation erfordert, die zu lange dauern würde, was den Arzt dazu verpflichtet, eine Wahl zu treffen zwischen ihnen und anderen Patienten. Aus diesen Gründen können all diese Opfer als Fälle "jenseits der rettungs-medizinischen Möglichkeiten" klassifiziert werden. Die Entscheidung, "einen Verletzten aufzugeben" aufgrund von Prioritäten, die durch die Katastrophensituation diktiert werden, kann nicht als "unterlassene Hilfeleistung an einer Person in Lebensgefahr" betrachtet werden. Sie ist gerechtfertigt, wenn sie in der Absicht erfolgt, die größtmögliche Zahl von Opfern zu retten.
- f) Da die Fälle einer Entwicklung unterliegen und sich damit ihre Kategorien ändern können, ist es von wesentlicher Bedeutung, daß die Lage regelmäßig von dem für die Triage Verantwortlichen neu bewertet wird.

3.4.

- a) Aus ethischer Sicht fügt sich das Problem der Triage und der einzunehmenden Haltung gegenüber Verletzten "jenseits der rettungsmedizinischen Möglichkeiten" in den Rahmen der Allokation der unmittelbar verfügbaren Mittel unter Ausnahmebedingungen, die sich der menschlichen Kontrolle entziehen. Es ist unethisch, wenn ein Arzt darauf besteht, das Leben von hoffnungslosen Fällen unter allen Umständen zu erhalten und dabei vergeblich knappe Ressourcen verschwendet, die anderswo benötigt werden. Dennoch muß der Arzt Mitleid für die Patienten aufbringen und die Würde ihrer Privatsphäre respektieren, indem er sie beispielsweise von anderen trennt und ihnen angemessene Schmerz- und Beruhigungsmittel verabreicht.
- b) Der Arzt muß unter Berücksichtigung der verfügbaren Mittel nach bestem Wissen und Gewissen handeln. Er sollte versuchen, eine Reihenfolge der Prioritäten für die Behandlung aufzustellen, die die Rettung der größtmöglichen Zahl von Schwerverletzten, die eine Chance zu genesen haben, und die Begrenzung der Morbidität auf ein Minimum ermöglicht bei Hinnahme der umständebedingten Grenzen.

Der Arzt sollte besondere Aufmerksamkeit auf die besonderen Bedürfnisse von Kindern richten.

4. VERHALTEN DEN OPFERN GEGENÜBER

- 4.1 Die Art der Versorgung der Opfer besteht in Erste-Hilfe-Maßnahmen und rettungsmedizinischer Versorgung. Bei einer Katastrophe sollte der Arzt ohne Unterschied und un- aufgefordert allen Opfern ärztliche Hilfe leisten.
- 4.2 Bei der Auswahl der zu rettenden Patienten sollte der Arzt nur die rettungsmedizinischen Kriterien berücksichtigen und jegliche nichtmedizinische Überlegungen ausschließen.
- 4.3 Das Verhalten den Opfern gegenüber wird bestimmt von den Erste-Hilfe-Maßnahmen und ihrer Notlage, so daß die Notwendigkeit, das beste Interesse der Patienten zu wahren, nach Möglichkeit respektiert werden soll, indem ihre Zustimmung im unmittelbaren Notfall eingeholt wird. Der Arzt sollte sich jedoch den kulturellen Unterschieden der betroffenen Bevölkerungsgruppen anpassen und gemäß den Erfordernissen der Situation handeln. Er sollte sich am Konzept der optimalen Versorgung orientieren, die sowohl technische als auch emotionale Betreuung einschließt, um die größtmögliche Zahl von Leben zu retten und die Morbidität auf das absolute Minimum zu begrenzen.
- 4.4 Das Verhalten den Opfern gegenüber schließt Aspekte im Zusammenhang mit der Trauer über die Toten ein, Aspekte, die sich vom ärztlichen Handeln fachlicher Art gänzlich unterscheiden, und die die psychische Belastung erkennen und dabei Unterstützung leisten. Dazu gehört, die Würde und Moral der Opfer und ihrer Angehörigen zu respektieren und den Überlebenden Hilfestellung zu geben.
- 4.5 Der Arzt muß die Sitten und Gebräuche sowie die Religion der Opfer respektieren und in völliger Unvoreingenommenheit handeln.
- 4.6 Wenn möglich, sollten die entstandenen Schwierigkeiten und die Identifikation der Opfer gemeldet werden, um medizinische Nachuntersuchungen zu ermöglichen.

5. VERHALTEN GEGENÜBER DRITTEN

Der Arzt ist jedem Patienten gegenüber verpflichtet, im Umgang mit den Medien oder Dritten gegenüber Diskretion und die Schweigepflicht zu wahren sowie Vorsicht und Objektivität walten zu lassen und in bezug auf die emotionale und politische Atmosphäre bei einer Katastrophensituation mit Würde zu handeln.

6. PFLICHTEN DES ÄRZTLICHEN HILFSPERSONALS

Für Rettungshelfer, die unter der Weisung des Arztes stehen, gelten die gleichen ethischen Grundsätze wie für den Arzt.

7. AUSBILDUNG

Der Weltärztebund empfiehlt, die Ausbildung in Notfallmedizin in die Lehrpläne zur ärztlichen Aus- und Weiterbildung aufzunehmen.

8. HAFTUNG

Der Weltärztebund ruft die Mitgliedstaaten und Versicherungsgesellschaften dazu auf, eine Form der verminderten Haftbarkeit oder Haftung ohne Verschulden einzurichten, um sowohl zivilrechtliche Haftung als auch persönliche Schadensersatzforderungen abzudecken, die Ärzten aus ihrer Tätigkeit in Katastrophen- oder Notfallsituationen entstehen könnten.

Der Weltärztebund fordert die Regierungen dazu auf,

- a) ausländischen Ärzten ungeachtet ihrer Rasse, Religion etc. Hilfe und Schutz zu gewähren und ihre Maßnahmen, ihre Erscheinung und ihr Auftreten (z.B. Rotes Kreuz, Roter Halbmond) zu akzeptieren;
- b) der medizinischen Versorgung Vorrang vor Besuchen von Amtsträgern einzuräumen.

WELTÄRZTEBUND

Erklärung des Weltärztebundes
zur

Häuslichen medizinischen Überwachung, "Telemedizin"
und ärztlichen Ethik

verabschiedet von der
44. Generalversammlung des Weltärztebundes
Marbella, Spanien, September 1992

Moderne medizinische Technologien und Therapien haben zur Behandlung und Beherrschung (nicht jedoch zur Heilung) vieler potentiell letaler Erkrankungen geführt. Solche weltweiten medizinischen Erfolge haben ihrerseits die Zahl chronisch kranker und behinderter Menschen aller Altersgruppen rasch ansteigen lassen. Die Angehörigen des Gesundheitswesens stehen auf der ganzen Welt vor dem Problem, wie diese Gruppe chronisch kranker und behinderter Menschen am besten zu versorgen ist. (Dies schließt die Notwendigkeit, neue Technologien und soziale/ medizinische Organisationen zu entwickeln, mit ein).

Das Ziel der ärztlichen Versorgung besteht in diesen Fällen darin, diese Krankheitsverläufe unter Kontrolle zu halten und den Patienten zu helfen, ihre Unabhängigkeit und ein Höchstmaß an Funktionsfähigkeit zu Hause und an ihrem Wohnort aufrechtzuerhalten.

Die ärztliche Versorgung umfaßt nicht nur Diagnose und ärztliche Behandlung, sondern auch die Anleitung des Patienten zur Selbstversorgung sowie ärztliche Langzeitkontrolle und -überwachung.

Die Patienten müssen lernen, eine große Zahl von ärztlichen Aufgaben selbst zu übernehmen, die früher nur von ausgebildetem ärztlichen Personal ausgeübt wurden. Solche Aufgaben reichen von denen eines Diabetes-Patienten, der seinen Blutzuckerspiegel zwei- bis viermal täglich mißt und die Insulindosis darauf abstimmt, bis zu dem Patienten mit einem Herzschrittmacher, der lernt, wie man ein Gerät benutzt, um einen EKG-Rhythmusstreifen telefonisch in die Praxis des Arztes am Ort oder zu einem entfernten Überwachungszentrum zu übermitteln.

Die Telekommunikationstechnologie hat Ärzten neue Möglichkeiten eröffnet, Informationen einzuholen und den medizinischen Bedürfnissen ihrer Patienten aus der Ferne nachzukommen. Eine Vielzahl medizinischer Informationen kann nun per Telefon übertragen werden, dazu gehören EKGs, EEGs, Röntgenergebnisse, Fotos und medizinische Dokumentation aller Art. Solche Informationen können gesammelt und von der Patientenwohnung oder der Arztpraxis aus an ein größeres medizinisches Zentrum zur Auswertung und zur Beratung über die Behandlung geschickt werden. Der schnelle Austausch medizinischer Informationen ermöglicht es dem Patienten, zu Hause oder am Ort zu bleiben und trotzdem die umfassendste und modernste medizinische Versorgung zu erhalten.

Der Weltärztebund erkennt, daß die "Telemedizin" unzweifelhaft eine immer wichtigere Rolle in der zukünftigen Tätigkeit des Arztes spielen wird.

Bei der Entwicklung telemedizinischer Überwachungssysteme müssen die folgenden Punkte berücksichtigt werden:

- Eine Zentrale muß in der Lage sein, Anrufe von verschiedenen Bio-Teleüberwachungssystemen entgegenzunehmen und darauf zu reagieren.
- Es ist ein interaktives System erforderlich, wie zum Beispiel ein internes Telefonnetz, das Dialog und Intervention ermöglicht.
- Das telemedizinische Netz muß eine medizinische Verbindung zwischen der Wohnung des Patienten und dem leistungsfähigsten medizinischen Zentrum herstellen.

Die Einrichtung telemedizinischer Überwachungssysteme umfaßt:

1. Die Verwendung von Kommunikationssystemen (Telefon, Fernsehen, Satelliten) zur visuellen Konsultation und zur Zusammenarbeit von Ärzten aus der Ferne und zur Verbindung von medizinischen Einrichtungen von hoher Qualität mit
 - a) bescheideneren medizinischen Einrichtungen
 - b) Privatwohnungen
 - c) Rehabilitationszentren
 - d) geographisch isolierten oder abgelegenen oder im Notfall nicht schnell erreichbaren Gegenden.
2. Übermittlung von Unterlagen: EKGs, EEGs, Fotos, Röntgenaufnahmen, Szintigraphien, biologische Analysen, Echogramme, Kernspintomogramme, Patientenakten usw.
 - Symptombeschreibung
 - therapeutische und medizinisch-chirurgische Beratung
3. Unterstützung der häuslichen Pflege (Teleüberwachungsnetz): Kontrolle in der Kardiologie, Geburtshilfe, Dialyse, bei Atemwegserkrankungen, schweren körperlichen Leiden usw.

Der Weltärztebund erkennt, daß neben den technischen Schwierigkeiten bei der Entwicklung und Einrichtung von telemedizinischen Systemen von diesen neuen Methoden viele ethische und rechtliche Fragen aufgeworfen werden. Deshalb empfiehlt der Weltärztebund den Ärzten, die folgenden Leitlinien als Grundelemente bei der Schaffung eines wirksamen "telemedizinischen" Netzes oder Systems zu verwenden.

- 1) Der Arzt muß feststellen, daß der Patient oder seine Angehörigen sachkundig und gut informiert sind, bevor ein telemedizinisches System zum Einsatz kommt.

Systeme, bei denen der Patient oder ein Angehöriger die Daten sammeln und übermitteln muß, sind nicht wirksam, wenn die Patienten die Bedeutung der Tests und die Wichtigkeit ihrer vollständigen Durchführung nicht verstehen. Es ist von wesentlicher Bedeutung, daß der Patient sowohl psychologisch als auch physisch kooperiert.

- 2) Es muß eine enge Zusammenarbeit und ein Vertrauensverhältnis zwischen dem Patienten und dem für dessen medizinische Versorgung verantwortlichen Arzt bestehen.

Die Organisationen, die "telemedizinische" Dienstleistungen erbringen, sollten das Recht des Patienten auf freie Arztwahl respektieren.

- 3) Enge Zusammenarbeit zwischen dem den Patienten persönlich behandelnden Arzt und dem Personal des "telemedizinischen" Zentrums ist von wesentlicher Bedeutung, um eine humane, individuelle Versorgung von hoher Qualität zu gewährleisten.
- 4) Die Vertraulichkeit aller Patientendaten muß sichergestellt sein.

Es müssen strenge Kontrollen beim Zugriff auf Patientendaten, technische Sicherheitsvorkehrungen und empfindliche gesetzliche Strafmaßnahmen bei Zuwiderhandeln erfolgen.

- 5) Die Qualitätskontrolle der verwendeten Geräte und der übertragenen Informationen ist von wesentlicher Bedeutung zur Gewährleistung einer adäquaten Versorgung.

Strenge Überwachungssysteme für die Kalibrierung und Wartung der Geräte sind notwendig für die Sicherheit des Patienten.

WELTÄRZTEBUND

Erklärung des Weltärztebundes über

Ethik und Verantwortlichkeit in der Telemedizin

verabschiedet von der 51. Generalversammlung des Weltärztebundes
Tel Aviv, Israel, Oktober 1999

A. Präambel

Einführung

- §1 Seit vielen Jahren benutzen Ärzte zum Wohle ihrer Patienten Kommunikationsmittel wie das Telefon und das Faxgerät. Ständig werden neue Informations- und Kommunikationstechniken entwickelt, die den Austausch von Informationen zwischen Ärzten sowie zwischen Ärzten und Patienten erleichtern. Telemedizin ist die ärztliche Tätigkeit aus der Entfernung, bei der Eingriffe, diagnostische und therapeutische Entscheidungen und Empfehlungen auf klinischen Daten, Dokumenten und anderen Informationen basieren, die durch Telekommunikationssysteme übermittelt werden.
- §2 Die Telemedizin hat viele potentielle Vorteile und wird in zunehmendem Maße nachgefragt. Patienten, die ohne die Telemedizin nicht in der Lage sind, Fachärzte zu konsultieren oder die zuweilen sogar ohne Basisversorgung auskommen müssen, werden in hohem Maße von dieser neuen Form der ärztlichen Behandlung profitieren. Die Telemedizin ermöglicht die Übertragung medizinischer Bilder zur Fernevaluierung durch Fachärzte, die beispielsweise auf den Gebieten Radiologie, Pathologie, Augenheilkunde, Kardiologie, Dermatologie oder Orthopädie tätig sind. Dadurch kann die für die Konsultation von Fachärzten aufgewendete Zeit auf ein Minimum begrenzt werden, wobei gleichzeitig die mit dem Transport des Patienten und/oder diagnostischen Bildes verbundenen potentiellen Risiken und Kosten reduziert werden. Durch moderne Kommunikationssysteme wie die Veranstaltung von Videokonferenzen und die Kommunikation mittels e-mail können Ärzte der verschiedensten Fachrichtungen wesentlich häufiger mit ihren Kollegen oder ihren Patienten in Kontakt treten. Durch die Telechirurgie oder die elektronische Zusammenarbeit zwischen telechirurgischen Einrichtungen können weniger erfahrene Chirurgen durch die fachkundige Anleitung erfahrener Chirurgen schwierige operative Eingriffe durchführen. Durch die kontinuierliche Weiterentwicklung der Technologie entstehen neue Systeme der Patientenversorgung, die weit über das Spektrum der Vorteile, die die Telemedizin heute bietet, hinausgehen werden. Darüber

hinaus bietet die Telemedizin insbesondere Studenten und in entlegenen Gebieten tätigen Ärzten einen leichteren Zugang zur ärztlichen Fortbildung und Forschung.

§3 Der Weltärztebund ist sich bewußt, daß die Telemedizin neben ihren positiven Auswirkungen auch viele ethische und rechtliche Fragen aufwirft. Insbesondere durch den Umstand, daß die persönliche Konsultation in der Arztpraxis entfällt, werden einige der das Arzt-Patienten-Verhältnis bestimmenden traditionellen Grundsätze von der Telemedizin aufgehoben. Aus diesem Grund gibt es einige ethische Leitlinien und Grundsätze, die von Ärzten, die die Telemedizin anwenden, befolgt werden müssen.

17 Da sich dieser Bereich der Medizin derartig schnell entwickelt, sollte diese Erklärung in regelmäßigen Abständen überprüft werden um sicherzustellen, daß sie auch die aktuellsten und schwierigsten Fragen behandelt.

Formen der Telemedizin

1. Inwieweit Ärzte die Telemedizin einsetzen können ist von der technologischen Ausstattung abhängig, und da gibt es weltweit erhebliche Unterschiede. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit erheben zu wollen, werden nachfolgend die heute weltweit wichtigsten Anwendungen der Telemedizin beschrieben:

5.1 Eine Interaktion zwischen einem Arzt und einem Patienten, der sich in einer geographisch isolierten oder feindlichen Umgebung befindet und vor Ort keinen Arzt konsultieren kann. Diese Form der Telemedizin, die auch *Teleassistenz* genannt wird, ist im allgemeinen auf sehr konkrete Einzelfälle beschränkt (z.B. Notfälle).

5.2 Eine Interaktion zwischen einem Arzt und einem Patienten, bei der die medizinischen Informationen dem Arzt auf elektronischem Wege übermittelt werden (Blutdruck, Elektrokardiogramm, etc.), damit der Zustand des Patienten regelmäßig überwacht werden kann. Diese Form der Telemedizin, die auch *Telemonitoring* genannt wird, kommt meist bei Patienten mit chronischen Krankheiten, beispielsweise Diabetes, Hypertonie, körperliche Behinderung oder Hochrisikoschwangerschaft, zum Einsatz. Manchmal kann auch der Patient oder ein Familienangehöriger geschult werden, um die erforderlichen Daten zu sammeln und zu übermitteln. In anderen Fällen muß eine Krankenschwester, eine medizinisch-technische Assistentin oder eine andere besonders qualifizierte Person einbezogen werden, um zuverlässige Ergebnisse zu bekommen bzw. zu übermitteln.

5.3 Eine Interaktion, bei der ein Patient einen Arzt direkt um medizinischen Rat bittet, indem er irgendeine Form der Telekommunikation, einschließlich des Internet, benutzt. Diese Form der Telemedizin wird auch *Telekonsultation* genannt. Online-Konsultationen oder Telekonsultationen, bei denen zuvor kein Arzt-Patienten-Verhältnis bestand oder keine klinische Untersuchungen stattgefunden haben, stellen gewisse Risiken dar, beispielsweise die Unsicherheit in bezug auf die Zuverlässigkeit, Vertraulichkeit, und Sicherheit der ausgetauschten Informationen sowie die Identität und nachweisbare Qualifikation des Arztes.

- 5.4 Eine Interaktion zwischen zwei Ärzten: ein Arzt ist bei dem Patienten und der andere ist ein anerkannter Experte in bezug auf ein medizinisches Problem. Die medizinischen Informationen werden dem konsultierten Arzt elektronisch übermittelt, der entscheiden muß, ob es ihm möglich ist, auf der Grundlage der Qualität und Quantität der übermittelten Daten eine aussagekräftige Expertenmeinung abzugeben. Diese Art der Konsultation tritt in der Telemedizin am häufigsten auf.
- §6 Unabhängig davon, welche Form der Telemedizin der Arzt benutzt, darf ein Verstoß gegen die Grundsätze ärztlicher Ethik, die weltweit für alle Ärzte bindend sind, niemals hingenommen werden.

B. Grundsätze

Das Arzt-Patienten-Verhältnis

- 17 Telemedizin darf sich nicht nachteilig auf das Arzt-Patienten-Verhältnis auswirken. Wenn sie richtig eingesetzt wird, hat die Telemedizin das Potential, dieses Verhältnis durch die erhöhte Kommunikation und den verbesserten Zugang von Arzt und Patient zu diesem Kommunikationsmittel noch zu intensivieren. Wie in allen medizinischen Bereichen muß das Arzt-Patienten-Verhältnis auf gegenseitigen Respekt, Unabhängigkeit des ärztlichen Urteilsvermögens, Selbständigkeit des Patienten sowie auf die Wahrung des Berufsgeheimnisses basieren. Es ist von wesentlicher Bedeutung, daß sich der Arzt und der Patient gegenseitig identifizieren können, wenn sie mittels Telemedizin miteinander kommunizieren.
- §8 Die Hauptanwendung der Telemedizin ist der Fall, daß der behandelnde Arzt auf Bitte oder mit Erlaubnis des Patienten die Meinung oder den Rat eines anderen Arztes einholt. In einigen Fällen steht der Patient jedoch nur via Telemedizin mit dem Arzt in Kontakt. Im Idealfall sollten alle Patienten, die ärztlichen Rat benötigen, das persönliche Gespräch mit einem Arzt suchen und die Telemedizin sollte nur dann angewendet werden, wenn ein Arzt nicht in der Lage ist, innerhalb eines bestimmten und zu vertretenden Zeitraumes zu seinem Patienten zu kommen.
- 18 In dem Fall, wo der Patient eine direkte telemedizinische Konsultation wünscht, sollte dem im Idealfall nur dann entsprochen werden, wenn zwischen dem Arzt und dem Patienten bereits eine berufliche Beziehung besteht oder der Arzt in hinreichendem Maße über das vorliegende Problem informiert ist, so daß er eine korrekte und zu vertretende klinische Beurteilung abgeben kann. Es muß jedoch anerkannt werden, daß viele medizinische Einrichtungen, bei denen es zwar die o.g. bereits bestehenden Beziehungen nicht gibt (beispielsweise telefonische Beratungszentren und andere Einrichtungen in entlegenen Gebieten), gerade im Rahmen ihres Betätigungsfeldes wertvolle Arbeit leisten.
- §10 In einer telemedizinischen Notfallsituation kann der Fall eintreten, daß die Diagnose eines Arztes auf unvollständigen Informationen basiert, aber in diesem Fall ist die klinische Notfallsituation der entscheidende Faktor bei der telemedizinischen Diagnose bzw. Behandlung. In

dieser Ausnahmesituation trägt der Arzt die berufliche Verantwortung für seine Entscheidungen.

Verantwortlichkeit des Arztes

- 18 Der Arzt muß frei und völlig unabhängig entscheiden können, ob er bei seinen Patienten telemedizinische Verfahren einsetzen bzw. empfehlen kann oder nicht. Grundlage für eine Entscheidung, die Telemedizin einzusetzen oder abzulehnen, sollte einzig und allein das Wohl des Patienten sein.
- 11 Bei der unmittelbaren telemedizinischen Behandlung eines Patienten übernimmt der Arzt die Verantwortung für diesen Patienten. Dazu zählen Diagnose, Expertise, Behandlungspläne sowie direkte ärztliche Eingriffe.
- §13 Der Arzt, der den Rat eines anderen Arztes einholt, bleibt für alle Diagnosen, Behandlungen sowie andere Entscheidungen und Empfehlungen in bezug auf den Patienten verantwortlich. Der zugezogene *Tele-Experte* ist jedoch dem fragenden Arzt verantwortlich in bezug auf die Qualität seiner Empfehlungen und sollte die Bedingungen spezifizieren, unter denen sein medizinischer Rat wirksam ist. Er ist verpflichtet, eine Mitwirkung an der Behandlung abzulehnen, wenn ihm die Fachkenntnisse, die Kompetenz oder ausreichende Informationen oder Daten über den Patienten fehlen, um eine fundierte Meinung abzugeben.
- §14 Ein Arzt, der keinen direkten Kontakt zum Patienten hat (wie es bei einem *Tele-Experten* oder einem Arzt, der in eine *Telemonitoring*-Behandlung einbezogen wurde, der Fall ist), muß für die Beantwortung von Fragen und die Mitwirkung an Nachfolgebehandlungen, falls dies erforderlich ist, zur Verfügung stehen.
- §15 Wenn Nichtärzte bei einer telemedizinischen Behandlung mitwirken, beispielsweise bei der Erfassung oder Übermittlung von Daten zur medizinischen Überwachung oder für andere Zwecke, muß der Arzt sicherstellen, daß diese Hilfskräfte über eine entsprechende Ausbildung und die Fähigkeiten verfügen, damit die telemedizinische Behandlung den Grundsätzen ärztlicher Ethik entspricht.

Rolle des Patienten

- §16 Es gibt Situationen, da trägt der Patient die Verantwortung für die Datenerfassung und -übermittlung an den Arzt, wie das beim *Telemonitoring* der Fall ist. Es ist die Pflicht des Arztes zu gewährleisten, daß der Patient in ausreichendem Maße für die erforderlichen Aufgaben geschult worden ist, diese physisch bewältigen kann und sich der Bedeutung seiner Rolle bei der Behandlung bewußt ist. Das gleiche gilt für einen Familienangehörigen oder einen anderen Betreuer, der den Patienten bei einer telemedizinischen Behandlung unterstützt.

Zustimmung des Patienten und Vertraulichkeit

- §17 Die allgemein geltenden Vorschriften in bezug auf Zustimmung des Patienten und Vertraulichkeit gelten auch für die Telemedizin. Patientendaten und andere Informationen dürfen dem Arzt oder anderen in der gesundheitlichen Versorgung Tätigen nur auf Bitte oder mit der

aufgeklärten Zustimmung des Patienten und in dem von ihm gebilligten Umfang übermittelt werden. Die übermittelten Daten müssen sich auf das gesundheitliche Problem des Patienten beziehen. Aufgrund der einigen elektronischen Kommunikationssystemen eigenen datenschutz-relevanten Unsicherheitsfaktoren ist der Arzt verpflichtet, sicherzustellen, daß alle bestehenden Sicherheitsmaßnahmen beachtet werden, um die Vertraulichkeit der Patientendaten zu schützen.

Qualität der Versorgung und Sicherheit in der Telemedizin

- §18 Ein Arzt, der telemedizinisch arbeitet, ist für die Qualität der Versorgung, die der Patient erhält, verantwortlich und darf sich nur für eine telemedizinische Beratung entscheiden, wenn er dies für die beste Lösung hält. Im Rahmen seiner Entscheidung sollte der Arzt auch Fragen in bezug auf die Qualität, den Zugang zum Kommunikationsmittel sowie die anfallenden Kosten berücksichtigen.
- §19 Es sollten regelmäßig Maßnahmen zur Qualitätsbewertung durchgeführt werden, um sicherzustellen, daß in der Telemedizin die bestmöglichen Diagnoseverfahren und Behandlungsmethoden eingesetzt werden. Ein Arzt sollte nur dann mit der telemedizinischen Technik arbeiten, wenn er sicher ist, daß seine technische Ausstattung die hohen Qualitätsanforderungen erfüllt, einwandfrei funktioniert und den anerkannten Standards entspricht. In Notfällen sollten Backup-Systeme zur Verfügung stehen. Um die Genauigkeit und Qualität der erfaßten und übermittelten Daten zu überprüfen, sollten Routinekontrollen und Kalibrierungsprüfungen durchgeführt werden. Bei allen telemedizinischen Interaktionen sollte ein Leitfaden vorliegen, der Anweisungen für die Durchführung von Maßnahmen enthält, wenn ein Systemfehler auftritt oder ein Patient während der telemedizinischen Konsultation Probleme bekommt.

Qualität der Daten und Informationen

- §20 Der Arzt, der aus der Entfernung praktiziert ohne den Patienten zu sehen, muß die Daten und anderen Informationen, die er erhalten hat, sorgfältig evaluieren. Der Arzt kann nur dann ärztliche Gutachten abgeben, ärztliche Entscheidungen treffen oder Empfehlungen abgeben, wenn die Qualität und Menge der ihm übermittelten Daten und Informationen ausreichend ist und den vorliegenden Krankheitsfall betrifft.

Befugnis und Kompetenz in bezug auf die telemedizinische Tätigkeit

- §21 Die Telemedizin bietet Möglichkeiten, um den effektiven Einsatz von Humanressourcen im medizinischen Bereich weltweit zu verbessern und sollte daher allen Ärzten, auch über die nationalen Grenzen hinaus, zur Verfügung stehen.
- §22 Ärzte, die telemedizinisch tätig sind, müssen die Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufes in dem Land oder Staat besitzen, in dem sie leben und sollten in dem Fachbereich, in dem sie tätig sind, Kompetenz aufweisen. Wird ein Patient, der in einem anderen Land oder Staat lebt, direkt via Telemedizin behandelt, dann muß der Arzt die Erlaubnis haben, in dem Land oder Staat zu praktizieren, es sei denn, es handelt sich um eine international anerkannte Dienstleistung.

Patientenunterlagen

- §23 Alle in der Telemedizin tätigen Ärzte müssen die relevanten Patientenunterlagen aufbewahren und alle Aspekte eines jeden Krankheitsfalles müssen hinreichend dokumentiert werden. Das Verfahren zur Identifikation des Patienten muß registriert werden ebenso wie die Quantität und Qualität der Daten und anderer Informationen über das Krankheitsbild des Patienten. Ergebnisse, Empfehlungen und erbrachte telemedizinische Dienstleistungen sollten in ausreichendem Maße festgehalten werden, wobei alle Anstrengungen unternommen werden müssen, um die Verfügbarkeit und Integrität der gespeicherten Informationen sicherzustellen.
- §24 Auch der Experte, der via Telemedizin konsultiert wird, sollte ausführliche Aufzeichnungen über die von ihm abgegebenen Empfehlungen aufbewahren sowie die Daten und sonstigen Informationen, auf denen sie basieren.
- §25 Elektronische Verfahren zur Speicherung und Übertragung von Patienteninformationen sollten nur dann eingesetzt werden, wenn ausreichende Maßnahmen getroffen worden sind, um die Vertraulichkeit sowie die Sicherheit der gespeicherten oder übermittelten Informationen sicherzustellen.

Ausbildung in der Telemedizin

- §26 Die Telemedizin ist ein vielversprechendes Gebiet der ärztlichen Tätigkeit und die Ausbildung in diesem Bereich sollte sowohl die ärztliche Grundausbildung als auch die ärztliche Fortbildung umfassen. Die Ausbildungs- und Fortbildungsmöglichkeiten sollten allen an der Telemedizin interessierten Ärzten und im Gesundheitswesen Tätigen offenstehen.

C. Empfehlungen für Nationale Ärzteorganisationen

- § 27 Der Weltärztebund empfiehlt den Nationalen Ärzteorganisationen:
- 27.1 diese Erklärung des Weltärztebundes zur Verantwortlichkeit und Ethik in der Telemedizin anzunehmen;
- 27.2 Schulungs- und Bewertungsprogramme für telemedizinische Techniken in bezug auf die Qualität der Versorgung, das Arzt-Patienten-Verhältnis und die Kosteneffektivität zu fördern; und
- 27.3 in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Fachorganisationen praktische Leitlinien zu entwickeln und umzusetzen, die als Instrument bei der Schulung von an der Anwendung der Telemedizin interessierten Ärzten und im Gesundheitswesen Tätigen eingesetzt werden könnten
- 27.4 die Entwicklung von Standardprotokollen zur Anwendung auf nationaler und internationaler Ebene zu fördern, die sich mit medizinischen und rechtlichen Fragen, beispielsweise die Registrierung und Haftung von Ärzten und die rechtliche Einstufung von

elektronisch erfaßten Patientenunterlagen, befassen;

27.5 die Aufstellung von Richtlinien, um die Kommerzialisierung bzw. die übermäßige Anwendung von Telekonsultationen zu verbieten.

§ 28 Der Weltärztebund wird den Einsatz der Telemedizin in ihren verschiedenen Formen weiterhin aufmerksam verfolgen.

WELTÄRZTEBUND

Richtlinien für den Fall bewaffneter Konflikte

verabschiedet von der
10. Generalversammlung des Weltärztebundes
Havanna, Kuba, Oktober 1956,
proklamiert von der
11. Generalversammlung des Weltärztebundes
in Istanbul, Türkei, Oktober 1957,
revidiert von der
35. Generalversammlung des Weltärztebundes
in Venedig, Italien, Oktober 1983

Richtlinien für den Fall bewaffneter Konflikte

1. Ärztliche Ethik in Zeiten bewaffneter Auseinandersetzungen unterscheidet sich nicht von der ärztlichen Ethik im Frieden, wie sie in der Internationalen Ärztlichen Standesordnung des Weltärztebundes niedergelegt ist. Die vornehmste Pflicht des Arztes ist sein Beruf. In der Ausübung seiner beruflichen Pflichten folgt der Arzt vor allem seinem Gewissen.
2. Die vorrangige Aufgabe der Ärzte ist die Erhaltung der Gesundheit und die Rettung von Leben. Es entspricht daher nicht den ethischen Grundsätzen, wenn Ärzte
 - a) Beratungen erteilen oder prophylaktische, diagnostische oder therapeutische Verfahren anwenden, die im Interesse des Patienten nicht zu verantworten sind;
 - b) ohne therapeutische Rechtfertigung die physische oder psychische Kraft eines Menschen schwächen;
 - c) wissenschaftliche Erkenntnisse einsetzen, um die Gesundheit zu gefährden oder Leben zu vernichten.
3. Versuche am Menschen unterliegen in Zeiten bewaffneter Konflikte denselben Grundsätzen wie im Frieden; es ist grundsätzlich streng untersagt, an Menschen Versuche auszuführen, die ihrer Freiheit beraubt sind, insbesondere gefangene Zivilisten und Angehörige der Streitkräfte sowie die Bevölkerung in besetzten Gebieten.
4. In Notfällen muß der Arzt immer die erforderliche Hilfe leisten, ohne Ansehen des Geschlechtes, der Rasse, der Nationalität, der Religion, der politischen Parteizugehörigkeit oder ähnlicher Kriterien. Die ärztliche Hilfe muß so lange währen, wie sie benötigt wird.

5. Der Arzt muß die ärztliche Schweigepflicht in der Ausübung seines Berufes wahren.
6. Vorteile und Erleichterungen, die dem Arzt gewährt werden, dürfen ausschließlich für berufliche Zwecke in Anspruch genommen werden.

Richtlinien für die Behandlung von Kranken und Verwundeten, insbesondere in Konfliktsituationen

A.

1. Jedem, der Hilfe benötigt, ob Angehöriger der Streitkräfte oder Zivilist, muß diese unter allen Umständen so schnell wie möglich zuteil werden, ohne Ansehen seines Geschlechts, seiner Rasse, Nationalität, Religion, politischer Parteizugehörigkeit oder anderer Kriterien.
2. Alles, was der Gesundheit eines Menschen, seiner physischen oder psychischen Integrität schaden könnte, ist verboten, soweit es nicht therapeutisch begründet ist.

B.

1. In Notsituationen wird von Ärzten und Sanitätspersonal erwartet, daß sie sich sofort nach besten Kräften einsetzen. Die Patienten sind alle gleich zu behandeln, die Prioritäten werden allein von der Dringlichkeit der Fälle bestimmt.
2. Den Ärzten und dem Sanitätspersonal muß der nötige Schutz zuteil werden, damit sie ihren Beruf ungehindert ausüben können. Bei der Erfüllung ihrer Aufgaben ist ihnen die notwendige Unterstützung zu gewähren. Wenn ihre Hilfe benötigt wird, ist ihnen freies Geleit zu geben. Völlige berufliche Unabhängigkeit sollte sichergestellt werden.
3. Die Erfüllung ärztlicher Aufgaben sollte unter keinen Umständen als Rechtsverletzung angesehen werden. Der Arzt darf nie wegen Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht verfolgt werden.
4. Bei Ausübung ihrer beruflichen Aufgaben sind Ärzte und Sanitätspersonal durch Tragen eines sichtbaren Abzeichens kenntlich zu machen, das aus einem roten Äskulapstab auf weißem Feld besteht. Die Verwendung dieses Emblems ist durch besondere Bestimmungen geregelt.

WELTÄRZTEBUND

Erklärung des Weltärztebundes
zur

Freiheit der Teilnahme an Ärzteversammlungen

verabschiedet von der
36. Generalversammlung des Weltärztebundes
Singapur, Oktober 1984

Berufliche Unabhängigkeit und Freiheit des Berufsstandes sind für die Ärzte eine unentbehrliche Voraussetzung für die Ausübung ihres Berufes im Interesse ihrer Patienten. Daher darf es keine Schranken der Weltanschauung, Religion, Rasse, Politik sowie geographischer, physischer oder sonstiger Natur geben, welche die Ärzte an der erforderlichen Versorgung der Patienten hindern oder sie von der Teilnahme an beruflichen Veranstaltungen ausschließen könnten, die der Information und der beruflichen Fortbildung in Theorie und Praxis dienen.

Der Weltärztebund will den Menschen dienen, indem er den höchsten internationalen Standard der ärztlichen Ausbildung, der medizinischen Wissenschaft, der ärztlichen Kunst und der ärztlichen Ethik anstrebt und medizinische Versorgung für alle Menschen auf der Welt sicherstellen will. Daher darf es keine Schranken geben, die Ärzte von der Teilnahme an den Veranstaltungen des Weltärztebundes oder anderer Ärzteversammlungen abhalten, wo immer diese auch stattfinden mögen.

WELTÄRZTEBUND

Erklärung des Weltärztebundes
zu

Waffen und deren Auswirkungen auf Leben und Gesundheit

verabschiedet von der
48. Generalversammlung des Weltärztebundes
Somerset West, Republik Südafrika, Oktober 1996

PRÄAMBEL

Der Weltärztebund ist sich bewußt, daß für den Kriegseintritt von Staaten und die Entwicklung von Waffen strategische Gründe ausschlaggebend sind, die in der Regel kurzfristiger Natur sind. Sie denken dabei weder an die unmittelbaren noch an die langfristigen Folgen des Einsatzes dieser Waffen auf die Gesundheit der Zivilbevölkerung und auf die öffentliche Gesundheit allgemein.

Dessen ungeachtet muß sich die Ärzteschaft sowohl mit den unmittelbaren als auch mit den langfristigen Auswirkungen von Kriegshandlungen befassen und insbesondere mit den Folgen, die durch den Einsatz verschiedener Waffenarten entstehen.

DEFINITION

In Anbetracht der Rolle der Ärzte bei der Behandlung von durch Waffen verursachten Verletzungen, Leiden und Todesfällen erkennt der Weltärztebund an, daß die Folgen des Einsatzes von Waffen als ein Problem der öffentlichen Gesundheit betrachtet werden können.

Aus medizinischer Sicht müssen Ärzte alle Waffen ablehnen; Ärzte können jedoch dazu beitragen, daß der Einsatz von Waffen, die extreme Verletzungen oder Leiden verursachen und damit gegen das Internationale Völkerrecht verstoßen, verboten werden.

Es steht ein beträchtliches Potential an wissenschaftlichen und medizinischen Kenntnissen für die Entwicklung neuer Waffensysteme zur Verfügung, die gezielt gegen bestimmte Einzelpersonen, bestimmte Bevölkerungsgruppen oder gegen Körpersysteme eingesetzt werden können. Dazu könnte die Entwicklung von Waffen zählen, deren Ziel anatomische oder physiologische Funktionen, beispielsweise die Sehkraft, sind oder die das Wissen um humangenetische Ähnlichkeiten und Unterschiede nutzen, um Waffen gezielt einzusetzen. Ärzte, die sich mit der Erforschung der Auswirkungen von Waffensystemen dieser Art befassen, sei es als Beauftragte von Waffenproduzenten oder Auf-

sichtsbehörden, werden mit außergewöhnlichen ethischen Problemen konfrontiert, da ihre Arbeit von ihren Auftraggebern ohne Rücksicht auf internationales Recht oder allgemein akzeptierte Grundsätze eingesetzt werden könnte.

Trotz der klar erkennbaren Folgen des Einsatzes von Waffen auf nicht an den Kämpfen beteiligte Einzelpersonen und Gruppen gibt es zur Zeit keine allgemein verbindlichen Kriterien, anhand derer die Folgen dieser Waffen genau zu beurteilen sind. Laut Internationalem Recht sind Waffen, die Verletzungen verursachen, die "unnötiges Leiden bzw. eine überflüssige Schädigung" hervorrufen, verboten. Da dieser Wortlaut nicht eindeutig definiert ist, muß eine Interpretation nach objektiven Kriterien erfolgen, damit das Gesetz auch erfolgreich angewendet werden kann.

Diese Kriterien würden den Juristen die Anwendung des Internationalen Rechts erleichtern und die Beurteilung der Rechtmäßigkeit von neuen in der Entwicklung befindlichen Waffen nach einem vereinbarten objektiven Bewertungssystem in bezug auf ihre medizinischen Auswirkungen sowie die Identifizierung der Waffen, die im Falle ihrer Herstellung gegen das Gesetz verstoßen würden, ermöglichen.

Es ist absolut erforderlich, Ärzte bei der Festlegung dieser objektiven Kriterien einzubeziehen, wenn sie Teil des Gerichtsverfahrens werden sollen. Es sollte jedoch anerkannt werden, daß Ärzte jedweden Einsatz von Waffen gegen Menschen ablehnen.

EMPFEHLUNG:

Der Weltärztebund ist der Ansicht, daß die Entwicklung, die Herstellung und der Verkauf von Waffen, die gegen Menschen eingesetzt werden sollen, verabscheuungswürdig ist. Um die Prävention und Reduzierung von durch Waffen verursachte Verletzungen zu unterstützen

1. unterstützt der Weltärztebund internationale Bemühungen unter Einbeziehung des Internationalen Komitees des Roten Kreuzes und anderer Organisationen zur Festlegung objektiver Kriterien, anhand der die Auswirkungen von jetzigen und künftigen Waffen festgestellt werden können und die außerdem angewendet werden könnten, um die Entwicklung, die Herstellung, den Verkauf und den Einsatz von Waffen zu unterbinden;
2. verlangt der Weltärztebund unter Berücksichtigung der Tatsache, daß die moderne Medizin von der fortwährenden technologischen Entwicklung abhängig ist, daß diese Technologie nicht für die Entwicklung von Waffen mißbraucht werden darf;
3. fordert der Weltärztebund die nationalen Mitgliedsorganisationen auf, sich bei ihren nationalen Regierungen nachdrücklich dafür einzusetzen, bei der Zusammenstellung dieser Daten, die für die Aufstellung der objektiven Kriterien erforderlich sind, zu kooperieren.

4. fordert der Weltärztebund die nationalen Mitgliedsorganisationen auf, die Erforschung der globalen Auswirkungen des Einsatzes von Waffen auf die öffentliche Gesundheit zu fördern, die entsprechenden Forschungsergebnisse sowohl national als auch international zu veröffentlichen, um sicherzustellen, daß sich die Öffentlichkeit wie auch die Regierungen der langfristigen gesundheitlichen Auswirkungen von Waffen auf Nichtkombattanten und die Zivilbevölkerung bewußt sind.

WELTÄRZTEBUND

Deklaration des Weltärztesbundes von Ottawa zum

Recht des Kindes auf gesundheitliche Versorgung

verabschiedet von der
50. Generalversammlung des Weltärztesbundes
Ottawa, Kanada, Oktober 1998

PRÄAMBEL

1. Die gesundheitliche Versorgung eines Kindes, ob im Krankenhaus oder zu Hause, beinhaltet medizinische, emotionale, soziale und finanzielle Besonderheiten, die den Heilungsprozeß beeinflussen und die es erforderlich machen, den Rechten des Kindes als Patient besondere Beachtung zu schenken.
2. In Artikel 24 des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte des Kindes vom 20. November 1989 erkennen die Vertragsstaaten das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit. Die Vertragsstaaten bemühen sich sicherzustellen, daß keinem Kind das Recht auf Zugang zu derartigen Gesundheitsdiensten vorenthalten wird.
3. Die vorliegende Deklaration definiert den Terminus "Kind" zeitlich von der Geburt des Kindes bis zur Vollendung des siebzehnten Lebensjahres, es sei denn, daß nach geltendem Recht des betreffenden Landes für die Mündigkeit von Kindern ein anderes Alter festgelegt ist.

ALLGEMEINE GRUNDSÄTZE

4. Jedes Kind hat ein naturgegebenes Recht auf Leben sowie das Recht auf Zugang zu den geeigneten Einrichtungen zur Gesundheitsförderung, Prävention und Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit. Ärzte und andere Leistungserbringer des Gesundheitswesens haben eine Verpflichtung, diese Rechte anzuerkennen und zu unterstützen und sich mit Nachdruck für die Bereitstellung der medizinischen Ausrüstung und der Humanressourcen zur Verteidigung und Durchsetzung dieser Rechte einzusetzen. Insbesondere sollten alle Anstrengungen unternommen werden, um:

- i) das Überleben und die Entwicklung des Kindes bestmöglich zu schützen und anzuerkennen, daß die Eltern (oder die gesetzlichen Vertreter) die Hauptverantwortung für die Entwicklung des Kindes tragen und beide Elternteile in dieser Hinsicht eine gemeinsame Verantwortung haben;
- ii) zu gewährleisten, daß die bestmögliche Wahrnehmung der Interessen des Kindes die wichtigste Aufgabe in der Gesundheitsversorgung sein muß;
- iii) bei der ärztlichen Behandlung und medizinischen Versorgung eines Kindes jegliche Art von Diskriminierung in bezug auf Alter, Geschlecht, Behinderung, Konfession, ethnische Herkunft, Nationalität, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Neigung oder soziale Stellung des Kindes oder seiner Eltern bzw. gesetzlichen Vertreter auszuschließen;
- iv) für eine angemessene prä- und postnatale medizinische Versorgung der Mutter und ihres Kindes zu sorgen;
- v) dafür Sorge zu tragen, daß jedes Kind eine adäquate ärztliche Betreuung und medizinische Versorgung erhält einschließlich geeigneter Mittel zur Schmerzlinderung, das gilt vor allem für die Primärversorgung und für die psychiatrische Behandlung von Kindern mit psychischen Erkrankungen sowie für die spezielle Betreuung von behinderten Kindern;
- vi) das Kind vor unnötigen Diagnoseverfahren, Behandlungen und Forschung zu schützen;
- vii) Krankheit und Fehlernährung zu bekämpfen;
- viii) Gesundheitsvorsorgemaßnahmen zu entwickeln;
- ix) gegen Kindesmißhandlung in all ihren verschiedenen Formen rigoros vorzugehen;
- x) auf für die Gesundheit des Kindes schädliche traditionelle Praktiken zu verzichten.

KONKRETE GRUNDSÄTZE

Qualität der Versorgung

5. Das für die medizinische Betreuung eines Kindes zuständige Team hat die Kontinuität und die Qualität der gesundheitlichen Versorgung sicherzustellen.
6. Ärzte und andere mit der medizinischen Betreuung von Kindern betrauten Personen müssen über eine spezielle Ausbildung und besondere Fähigkeiten verfügen, um in geeigneter Weise den medizinischen, physischen, emotionalen und psychologischen Bedürfnissen der Kinder und ihrer Familien gerecht werden zu können.
7. In den Fällen, wo für eine spezielle Behandlung, die nur in begrenztem Maße zur Verfügung steht, unter mehreren Kindern eine Auswahl getroffen werden muß, haben all diese Patienten das Recht auf ein faires Auswahlverfahren für diese Behandlung, das allein auf medizinischen Kriterien beruhen muß und niemanden diskriminieren darf.

Freie Arztwahl

8. Die Eltern bzw. die gesetzlichen Vertreter oder, wenn das Kind die erforderliche geistige Reife besitzt, das Kind selbst, sollten in der Lage sein, den Arzt des Kindes frei zu wählen bzw. zu wechseln; sich zu vergewissern, daß der Arzt, für den sie sich entschieden haben, seine medizinischen und ethischen Entscheidungen frei und ohne Einmischung von außen treffen kann; und sie sollten in der Lage sein, jederzeit die Meinung eines anderen Arztes einzuholen.

Zustimmung und Selbstbestimmung

9. Das Kind und seine Eltern bzw. gesetzlichen Vertreter haben das Recht, über alle Entscheidungen in bezug auf die gesundheitliche Versorgung des Kindes informiert und aktiv daran beteiligt zu werden. In diesen Entscheidungsprozessen sollten die Wünsche des Kindes berücksichtigt werden und in Abhängigkeit von der geistigen Reife des Kindes zunehmende Bedeutung erhalten. Das nach ärztlichem Urteil entscheidungsfähige Kind hat das Recht, die Entscheidungen über seine gesundheitliche Versorgung selbst zu treffen.
10. Von einer Notsituation abgesehen (s. § 12) muß vor Beginn jeder Diagnose oder Therapie eines Kindes die Zustimmung nach erfolgter Aufklärung erteilt werden, insbesondere wenn es sich um einen operativen Eingriff handelt. In der Regel wird die Einwilligung von den Eltern oder gesetzlichen Vertretern des Kindes erteilt, jedoch sollten zuvor auch die vom Kind geäußerten Wünsche Berücksichtigung finden. Besitzt das Kind jedoch die erforderliche geistige Reife, so muß das Kind nach entsprechender Aufklärung um Zustimmung gebeten werden.
11. Im allgemeinen hat ein zurechnungsfähiges Kind als Patient und seine Eltern bzw. gesetzlichen Vertreter das Recht, jedes diagnostische Verfahren oder jede Therapie abzulehnen. Obwohl anzunehmen ist, daß die Eltern oder die gesetzlichen Vertreter im besten Interesse des Kindes handeln werden, ist dies manchmal nicht der Fall. Falls ein Elternteil oder der gesetzliche Vertreter die Einwilligung zu einem Verfahren und/oder einer Behandlung verweigert, ohne die die Gesundheit des Kindes ernsthaft gefährdet wäre oder irreversiblen Schaden nehmen würde und zu denen es in der allgemein anerkannten medizinischen Behandlung keine Alternative gibt, dann sollte der Arzt die Entscheidung eines zuständigen Gerichtes oder einer anderen Institution herbeiführen, um dieses Verfahren bzw. diese Behandlung durchführen zu können.

Falls das Kind bewußtlos oder aus anderen Gründen nicht in der Lage ist, seine Einwilligung zu geben und die Eltern oder gesetzlichen Vertreter nicht erreichbar sind, ein medizinischer Eingriff aber dringend erforderlich ist, dann kann die Einwilligung zu diesem Eingriff unterstellt werden, es sei denn, daß es aufgrund vorheriger, eindeutiger Erklärung oder Überzeugung offensichtlich und ohne Zweifel ist, daß die Einwilligung zu einem Eingriff in dieser Situation verweigert würde (vorbehaltlich der in § 7 genannten Bedingung).

13. Ein krankes Kind und seine Eltern bzw. gesetzlichen Vertreter haben das Recht, die Mitwirkung an der Forschung oder der medizinischen Lehre abzulehnen. Diese Ablehnung darf niemals das Arzt-Patienten-Verhältnis beeinträchtigen noch die gesundheitliche Versorgung des Kindes gefährden oder ihm sonstige medizinische Vorteile vorenthalten, auf die das Kind ein Anrecht hat.

Zugang zu Informationen

14. Mit Ausnahme der in § 18 dargestellten Fälle haben das kranke Kind und seine Eltern oder gesetzlichen Vertreter das Recht auf umfassende Informationen über den Gesundheitszustand und die medizinischen Befunde des Kindes, vorausgesetzt, daß die Interessen des Kindes dadurch nicht verletzt werden. Vertrauliche Informationen in den Krankenakten des Kindes über eine dritte Person dürfen jedoch nicht ohne Zustimmung dieser dritten Person an das Kind, die Eltern oder die gesetzlichen Vertreter weitergegeben werden.
15. Alle Informationen müssen dem Empfänger in einer seinem kulturellen Niveau und seiner Verständnisfähigkeit entsprechenden Weise so mitgeteilt werden, daß sie für ihn verständlich sind. Das ist besonders wichtig bei der Information eines Kindes, das ein Recht auf Zugang zu allgemeinen Informationen über seinen Gesundheitszustand haben sollte.
16. In Ausnahmefällen können bestimmte Informationen dem Kind, seinen Eltern oder gesetzlichen Vertretern vorenthalten werden, wenn es triftige Gründe zu der Annahme gibt, daß diese Informationen zu einer ernsthaften Gefährdung des Lebens oder der Gesundheit des Kindes oder der physischen oder geistigen Gesundheit einer anderen Person führen würden.

Vertraulichkeit

17. Im allgemeinen gilt die Verpflichtung von Ärzten und anderen im Gesundheitssektor Tätigen zur vertraulichen Behandlung von identifizierbaren persönlichen und medizinischen Informationen von Patienten (einschließlich der Informationen über den Gesundheits- bzw. Krankheitszustand, Diagnose, Prognose und Behandlung) gleichermaßen für Kinder wie für erwachsene Patienten.
18. Jedes Kind, das aufgrund seines Reifegrades ohne seine Eltern oder gesetzlichen Vertreter ärztlich beraten werden kann, hat das Recht auf Schutz seiner Privatsphäre und kann die vertrauliche Behandlung seiner Aussagen verlangen. Dieses Verlangen sollte respektiert werden und die während einer Konsultation oder Beratung erhaltenen Informationen sollten nicht ohne Zustimmung des Kindes an die Eltern oder gesetzlichen Vertreter weitergegeben werden, es sei denn, es liegen Umstände vor, die eine Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht auch bei Erwachsenen rechtfertigen. Wenn der behandelnde Arzt allen Grund zu der Annahme hat, daß das Kind bei einer ärztlichen Beratung ohne Teilnahme seiner Eltern nicht in der Lage ist, nach fachgerechter Aufklärung eine Entscheidung in bezug auf die Behandlung zu treffen oder daß ohne die Anwesenheit oder Einbeziehung der Eltern die Gesundheit des Kindes ernsthaften, eventuell sogar irreversiblen Schaden nehmen könnte, dann kann er in Ausnahmefällen die während der Konsultation mit dem Kind allein erhaltenen vertraulichen Informationen an die Eltern oder gesetzlichen Vertreter weitergeben; zuvor sollte er jedoch dem Kind die Gründe für sein Handeln darlegen und versuchen, es von der Notwendigkeit seines Handelns zu überzeugen.

Einweisung ins Krankenhaus

19. Ein Kind sollte nur in ein Krankenhaus eingewiesen werden, wenn die erforderliche medizinische Versorgung nicht zu Hause oder ambulant erfolgen kann.
20. Die Umgebung eines stationär behandelten Kindes sollte seinem Alter und seinem Gesundheitszustand entsprechend gestaltet, eingerichtet und ausgestattet sein. Ein Kind sollte nicht zusammen mit erwachsenen Patienten in einem Zimmer untergebracht sein, mit Ausnahme von durch den gesundheitlichen Zustand des Kindes bedingten Sonderfällen, beispielsweise eine Entbindung oder ein Schwangerschaftsabbruch.
21. Es sollten alle Anstrengungen unternommen werden, damit die Eltern bzw. die gesetzlichen Vertreter bei ihrem stationär behandelten Kind sein können; falls erforderlich, sollte ihnen im oder ganz in der Nähe des Krankenhauses kostenlos bzw. zu sehr geringen Kosten eine Übernachtungsmöglichkeit zur Verfügung gestellt werden. Darüber hinaus sollten sie auch Arbeitsbefreiung in Anspruch nehmen können, ohne dabei Nachteile für ihren Arbeitsplatz in Kauf nehmen zu müssen.
22. Jedes Kind sollte soviel Besuch wie in Übereinstimmung mit den Behandlungsnotwendigkeiten möglich empfangen und Kontakt nach außen halten dürfen, wobei das Alter der Besucher keine Rolle spielt, ausgenommen Situationen, in denen der Arzt allen Grund zu der Annahme hat, daß der Besuch nicht dem Wohl des Kindes dient.
23. Bei der stationären Aufnahme eines Kleinkindes muß die Mutter die Möglichkeit haben, ihr Kind zu stillen, es sei denn, eine positive medizinische Kontraindikation steht dem entgegen.
24. Ein Kind im Krankenhaus sollte immer eine seinem Alter adequate Möglichkeit und Gelegenheit zum Spielen und zur Erholung haben; des weiteren sollte der Schulunterricht fortgesetzt werden, indem entweder eigens dafür geschulte Lehrer das Kind im Krankenhaus unterrichten oder dem Kind die Möglichkeit geboten wird, an geeigneten Fernunterrichtsprogrammen teilzunehmen.

Kindesmißhandlung

25. Es müssen alle erforderlichen Maßnahmen getroffen werden, um Kinder vor allen Formen der Vernachlässigung oder vernachlässigenden Behandlung, physischer und mentaler Gewalt, Mißhandlung, Verletzung oder Mißbrauch einschließlich des sexuellen Mißbrauchs zu schützen. In diesem Zusammenhang sei auf die Leitlinien in der *Erklärung des Weltärztebundes zur Mißhandlung und Vernachlässigung von Kindern* (17.W) hingewiesen.

Gesundheitserziehung

26. Eltern und Kinder, letztere unter Berücksichtigung ihres Alters und Entwicklungsstandes, sollten umfassend über die Gesundheit und die Ernährung des Kindes (insbesondere die Vorteile

des Stillens), über Hygiene, Umwelthygiene, Unfallverhütung und sexuelle und reproduktive Gesundheitserziehung informiert und dabei unterstützt werden, diese Kenntnisse in der Praxis anzuwenden.

Würde des Patienten

27. Ein krankes Kind sollte immer mit Feingefühl und Verständnis behandelt und seine Würde und Privatsphäre sollte jederzeit respektiert werden.
28. Es sollten alle Anstrengungen unternommen werden, um dem Kind Schmerzen und /oder Leiden zu ersparen und wenn dies nicht möglich ist, diese auf ein Minimum zu reduzieren und den physischen und emotionalen Streß des kranken Kindes zu lindern.
29. Das todkranke Kind sollte die geeignete palliative Versorgung und alle zur Verfügung stehende Hilfe erhalten, damit der Sterbevorgang so angemessen und so würdevoll wie möglich erfolgen kann.

Religiöser Beistand

30. Es sollte alles getan werden, damit das kranke Kind geistigen und moralischen Beistand erhält; dies schließt den Beistand eines Geistlichen der Konfession seiner Wahl ein.

WELTÄRZTEBUND

Erklärung des Weltärztesbundes über

Patente auf medizinische Verfahren

verabschiedet von der 51. Generalversammlung des Weltärztesbundes
Tel Aviv, Israel, Oktober 1999

PRÄAMBEL

- §1 Nach dem Recht einiger Länder können medizinische Verfahren patentiert werden. Patente auf medizinische Verfahren werden oft patentierte medizinische Verfahren genannt. Mit einem patentierten medizinischen Verfahren oder einem Patentanspruch erwirbt man Rechte an Verfahrensschritten, nicht aber an neuen Geräten.
- §2 In über 80 Ländern sind Patente auf medizinische Verfahren verboten. Die Nichtpatentierbarkeit medizinischer Verfahren steht im Einklang mit denen im Rahmen der Uruguay-Runde zum Allgemeinen Zoll- und Handelsabkommen vereinbarten Änderungen zu den handelsbezogenen Aspekten der Rechte an geistigem Eigentum (GATT-TRIPs): "Mitglieder können außerdem von der Patentierbarkeit ausschließen: (a) diagnostische, therapeutische und chirurgische Verfahren zur Behandlung von Menschen oder Tieren" (Artikel 27). In den Vereinigten Staaten sind Patente auf medizinische Verfahren zwar noch erlaubt, aber ab Juli 1996 können neu erteilte Patente auf medizinische Verfahren nicht mehr gegen Ärzte geltend gemacht werden, die in Ausführung eines medizinischen oder chirurgischen Verfahrens dagegen verstoßen. Durch dieses Gesetz werden neue Patente auf medizinische Verfahren in den Vereinigten Staaten praktisch wertlos. In den Vereinigten Staaten gibt es jedoch noch eine Vielzahl von Patenten auf medizinische Verfahren, die vor 1996 erteilt wurden und noch gültig sind.
- §3 Der Zweck von Patenten besteht darin, private Investoren für die Forschung und Entwicklung zu gewinnen. Ärzte, insbesondere die in Forschungseinrichtungen Tätigen, haben jedoch bereits Anreize zur Erweiterung und Verbesserung ihrer Kenntnisse und Fähigkeiten. Zu diesen Anreizen zählen berufliche Anerkennung, beruflicher Aufstieg sowie die ethische und rechtliche Verpflichtung zur Erbringung einer angemessenen ärztlichen Leistung (Internationale Ärztliche Berufsordnung, 17.A). Für diese Tätigkeiten werden Ärzte bereits bezahlt und für die medizinische Forschung werden manchmal auch öffentliche Mittel zur Verfügung gestellt. Das Argument, Patente seien notwendig, um die Entwicklung neuer medizinischer Verfahren voranzutreiben und daß es ohne die Patentierung weniger medizinische Verfahren zum Wohle der Pa-

tienten gebe, ist nicht sehr überzeugend, wenn gleichzeitig diese anderen Anreize und Finanzierungsmechanismen zur Verfügung stehen.

- §4 Einem anderen Argument zufolge sind Patente nicht so sehr für Erfindungen, sondern für die Produktentwicklung notwendig. Auch dieses Argument ist im Falle medizinischer Verfahren nicht überzeugend. Anders als bei der Entwicklung von Geräten, für die Investitionen in Ingenieure, Produktionsprozesse und Fabriken erforderlich sind, erwerben und perfektionieren bei der Entwicklung medizinischer Verfahren Ärzte ihre manuellen und intellektuellen Fähigkeiten. Wie bereits erwähnt, haben Ärzte sowohl die Verpflichtung zur Erbringung einer angemessenen ärztlichen Leistung in diesen Berufsfeldern als auch das Recht auf eine angemessene Entlohnung.
- §5 Ob die Patentierung medizinischer Geräte nun ethisch ist oder nicht steht nicht in direktem Zusammenhang damit, ob die Patentierung medizinischer Verfahren für Ärzte ethisch zu vertreten ist. Die Herstellung und der Vertrieb von Geräten erfolgt durch Unternehmen, während medizinische Verfahren von Ärzten "hergestellt und vertrieben" werden. Ärzte haben gegenüber ihren Patienten eine ethische und rechtliche und gegenüber ihren Kollegen eine berufliche Verpflichtung, die Unternehmen nicht haben. Es sind gerade diese besonderen ethischen Verpflichtungen, die den Beruf des Arztes von anderen Berufen unterscheiden.
- §6 Es gibt keinen Grund von vornherein anzunehmen, daß Patentinhaber ihre patentierten medizinischen Verfahren allgemein zur Verfügung stellen. Patentinhaber können versuchen, ihre Gewinne zu maximieren, indem sie das Verfahren einer breiten Kundschaft durch nicht-ausschließliche Lizenzen mit niedrigen Lizenzgebühren zur Verfügung stellen. Alternativ können sie aber auch versuchen, ihre Gewinne zu maximieren, indem sie das Verfahren einer begrenzten Anzahl von Kunden, für die das Verfahren außerordentlich wichtig ist, zu höheren Preisen zur Verfügung stellen. Der Wettbewerb zwischen in der Gesundheitsversorgung tätigen Organisationen könnte einige Organisationen anspornen, ausschließliche Lizenzen auszuhandeln bzw. Lizenzen, die den Kreis derjenigen, die das Verfahren anwenden dürfen, stark einschränken. Mit einer Lizenz dieser Art könnte sich die Organisation einen Vorteil bei der Patientengewinnung verschaffen, wenn sie werbewirksam darauf hinweist, daß sie die einzige Organisation in der Region ist, die eine besonders gefragte Dienstleistung anbieten kann. Somit werden zumindest einige dieser Patentinhaber wahrscheinlich den Zugang zu patentierten medizinischen Verfahren beschränken.
- §7 Patentierte medizinische Verfahren können sich negativ auf die Patientenversorgung auswirken. Werden Patente auf medizinische Verfahren erlangt, dann könnte der Zugang der Patienten zu notwendigen medizinischen Behandlungen eingeschränkt und dadurch die Qualität der medizinischen Versorgung in Mitleidenschaft gezogen werden. Der Zugang könnte aus folgenden Gründen eingeschränkt werden:
- 7.1 Die Kosten für die ärztliche Berufsausübung würden wahrscheinlich aufgrund der anfallenden Patent- und Lizenzgebühren einerseits und aufgrund der zur Deckung der Patentprozeßkosten höheren Versicherungsprämien für den Arzt andererseits steigen.
 - 7.2 Einige Ärzte, die das patentierte Verfahren beherrschen, würden wahrscheinlich keine Lizenz erhalten, um es in der Praxis anzuwenden. Die Zahl der Ärzte, die eine Lizenz

erhalten, würde wahrscheinlich begrenzt, weil einige Ärzte die Lizenz- oder Patentgebühren nicht zahlen können oder wollen oder weil der Patentinhaber es ablehnt, Lizenzen an seinem Patent in unbeschränktem Maße zu vergeben. Eine Begrenzung der Anzahl von Lizenzen könnte unter Umständen die Arztwahl der Patienten einschränken.

7.3 Das Vorhandensein von Patenten könnte Ärzte von der Entwicklung von Verfahren abhalten, die ein Patent gar nicht verletzen. Im Gegensatz zu Geräten können Verfahren nach der Patentierung nicht gekennzeichnet werden und daher ist es nicht sofort offensichtlich, ob das, was man gerade macht, eine Verletzung eines patentierten medizinischen Verfahrens darstellt. Da fehlende Informationen jedoch keine Rechtfertigung für eine Patentverletzung sind, dürfte ein Arzt, der sich nicht sicher ist, ob er eine Patentverletzung begeht, von der Durchführung des Verfahrens Abstand nehmen.

§8 Sollte sich die Patentierung medizinischer Verfahren durchsetzen, könnte dies auch zu einer Verletzung der Privatsphäre der Patienten oder zu einer Unterminierung der ethischen Verpflichtung des Arztes zur vertraulichen Behandlung der Informationen über seine Patienten führen. Bei Ärzten, die in kleinen Gruppen oder allein praktizieren, ist es für den Patentinhaber am zweckmäßigsten, die Krankenakten der Patienten durchzusehen oder die Patienten zu befragen, um festzustellen, ob Patentverletzungen vorliegen. Die Beseitigung offensichtlicher Identifikatoren für die Prüfung der Patientenunterlagen würde nichts nützen, da die Identität oftmals anhand einiger weniger Informationsbruchstücke "rekonstruiert" werden kann. Das träfe vor allem auf kleine Städte oder kleine Praxen zu.

§9 Ärzte haben entsprechend ihrem Berufsethos die Pflicht sowohl ihre Kollegen in den Kenntnissen, Fähigkeiten und Techniken zu unterweisen als auch ihre eigenen Kenntnisse und Fähigkeiten ständig zu aktualisieren. Diese Verpflichtung kann durch die Patentierung medizinischer Verfahren unterminiert werden. Wenn ein Patent erst einmal ein Verfahren erteilt worden ist, dann wird das Verfahren deutlich und vollständig offenbart (dies ist eine Voraussetzung für die Erlangung eines Patents); jedoch werden diejenigen, die keine Lizenz an dem Patent haben, das patentierte Verfahren nicht verwerten können. Eine Begrenzung der Zahl derjenigen, die das Verfahren anwenden dürfen, würde die berufsethische Pflicht zur Vermittlung und Weitergabe von Kenntnissen und Fähigkeiten unterminieren, ebenso die Verpflichtung zur ständigen Aktualisierung der eigenen Kenntnisse und Fähigkeiten, da es nicht sinnvoll ist, Kenntnisse zu erwerben, die man nicht auf rechtmäßige Weise einsetzen kann.

§10 Die Verpflichtung zur Lehre und Weitergabe von Kenntnissen kann auch beeinträchtigt werden, wenn sich Ärzte durch die Möglichkeit der Patentierung veranlaßt sehen, die Veröffentlichung neuer Ergebnisse oder die Vorstellung neuer Ergebnisse auf Konferenzen zu verzögern. Ärzte könnten geneigt sein, neue Techniken bis zur Fertigstellung einer Patentanmeldung geheimzuhalten und zwar deshalb, weil die öffentliche Verwendung eines Verfahrens oder die Veröffentlichung einer Beschreibung eines Verfahrens vor der Anmeldung eines Patents die Ungültigkeit der Anmeldung zur Folge haben könnte.

§11 Ärzte haben auch eine ethische Verpflichtung, ihr freies und unabhängiges ärztliches Urteilsvermögen nicht durch Gewinnstreben beeinflussen zu lassen (Internationale Ärztliche Standesordnung, 17.A). Denn Ärzte, die Patente auf medizinische Verfahren beantragen, erlangen oder durchsetzen, könnten diese Verpflichtung mißachten. Ärzte, die Patente oder Lizenzen an

Verfahren besitzen, sollten sich für den praktischen Einsatz dieser Verfahren einsetzen, auch wenn sie nicht indiziert sind oder unter den gegebenen Umständen nicht die beste Lösung darstellen. Ärzte, die keine Lizenz für die Durchführung eines bestimmten Verfahrens besitzen, könnten dagegen vorgehen, selbst wenn es sich unter den gegebenen Umständen um das beste Verfahren handelt.

§12 Abschließend könnte die berufliche Pflicht des Arztes, seinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde auszuüben (Deklaration von Genf), durch die Patentierung medizinischer Verfahren verletzt werden. Gerichtsverfahren sind selten würdevolle oder angenehme Veranstaltungen und das Schauspiel von sich regelmäßig gegenseitig verklagenden Ärzten wird höchstwahrscheinlich nicht zur Erhöhung des Ansehens des Berufsstandes beitragen.

STELLUNGNAHME

§13 Der Weltärztebund

13.1 stellt fest, daß die Patentierung medizinischer Verfahren für die effektive Ausübung des ärztlichen Berufes ernsthafte Gefahren darstellt, da dadurch die Verfügbarkeit neuer Verfahren für die Patienten möglicherweise begrenzt wird;

13.2 vertritt die Auffassung, daß die Patentierung medizinischer Verfahren unethisch ist und den Grundsätzen des ärztlichen Berufsethos widerspricht, an den sich Ärzte bei der Behandlung ihrer Patienten und im Umgang mit ihren Kollegen halten sollten. Jedoch ist in Anbetracht der oben genannten Unterschiede zwischen medizinischen Verfahren und medizinischen Geräten gegen die Patentierung medizinischer Geräte nichts einzuwenden;

13.3 fordert die nationalen Ärzteorganisationen auf, alle Anstrengungen zu unternehmen, um Ärzte, die sich für den Fortschritt in der medizinischen Wissenschaft einsetzen und neue medizinische Verfahren entwickeln, zu unterstützen. Wenn private Investitionen für die Entwicklung neuer medizinischer Verfahren wegen fehlender Patente auf medizinische Verfahren reduziert werden, dann sollten sich die nationalen Ärzteorganisationen für die verstärkte Bereitstellung öffentlicher Mittel einsetzen.

WELTÄRZTEBUND

Erklärung des Weltärztebundes
zur

Berufszulassung von Ärzten, die sich der Strafverfolgung wegen schwerwiegender strafbarer Handlungen entziehen

verabschiedet von der 49. Generalversammlung des Weltärztebundes
Hamburg, Deutschland, November 1997

PRÄAMBEL

Ärzte sind nach den Grundsätzen ärztlicher Ethik verpflichtet, mit ihrer ärztlichen Tätigkeit dem Wohle der Patienten zu dienen. Die Mitwirkung eines Arztes an Folter, Kriegsverbrechen oder Verbrechen gegen die Menschlichkeit verstößt gegen die Grundsätze ärztlicher Ethik, die Menschenrechte und gegen das Völkerrecht. Ein Arzt, der sich dieser Verbrechen schuldig macht, darf den ärztlichen Beruf nicht ausüben.

DEFINITION

Ärzte, die in einem Land beruflich tätig werden möchten, unterliegen den Vorschriften zur Berufszulassung dieses Landes. Der Nachweis für die fachliche und persönliche Eignung zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit ist vom die Berufszulassung beantragenden Arzt zu erbringen. Die Genehmigungsbehörden sind in einigen Ländern nicht automatisch die nationalen Ärzteorganisationen.

Ärzte, die in einem Land ihre Berufserlaubnis verloren haben, nachdem sie von ihrer Zulassungsbehörde für schuldig befunden wurden, im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit eine schwere Verfehlung begangen zu haben oder nachdem sie strafrechtlich verurteilt wurden, werden sich in der Regel vergebens um eine Zulassung in einem anderen Land bemühen. Aus diesem Grund verlangen die meisten Zulassungsbehörden nicht nur einen Nachweis über die berufliche Befähigung, sondern auch einen aktuellen Nachweis, daß sich der Antragsteller, der in diesem Sinne ein Einwanderer ist, in seinem Ursprungsland beruflich stets einwandfrei verhalten hat.

Zuweilen ist es Ärzten, die von internationalen Stellen der Folter, Kriegsverbrechen oder Verbrechen gegen die Menschlichkeit angeklagt wurden, aber dennoch gelungen, aus dem Land, in dem diese Verbrechen begangen wurden, zu fliehen und sich von der Zulassungsbehörde in einem anderen Land die Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufs zu erschleichen. Das ist ein klarer Verstoß gegen das öffentliche Interesse und schadet dem Ansehen der Ärzteschaft.

EMPFEHLUNG:

Die nationalen Ärzteorganisationen sollten ihre eigenen Zulassungsbefugnisse benutzen, um sicherzustellen, daß Ärzte, gegen die schwere Beschuldigungen wegen der Teilnahme an Folter, Kriegsverbrechen und Verbrechen gegen die Menschlichkeit erhoben werden, solange keine Zulassung zur Ausübung des ärztlichen Berufs erhalten, bis diese Behauptungen von ihnen eindeutig widerlegt worden sind. Nationale Ärzteorganisationen, die keine Zulassungsbefugnisse haben, sollten die entsprechenden Zulassungsbehörden benachrichtigen, wenn ihnen Informationen über Ärzte vorliegen, gegen die schwere Beschuldigungen wegen der Teilnahme an Folter, Kriegsverbrechen und Verbrechen gegen die Menschlichkeit erhoben werden, sowie die Zulassungsbehörden auffordern, entsprechende Maßnahmen zu ergreifen um sicherzustellen, daß diese Ärzte erst dann die Zulassung zur Ausübung des ärztlichen Berufs erhalten, wenn sie die gegen sie erhobenen Anschuldigungen eindeutig widerlegt haben. Wenn ein zwingender Beweis für die Mitwirkung an den o.g. Verbrechen vorliegt, sollten die nationalen Mitgliedsorganisationen oder die Zulassungsbehörden dies den zuständigen Behörden melden.

WELTÄRZTEBUND

Vorschlag des Weltärztebundes
zur

Einrichtung einer Stelle für einen Berichterstatter bei den Vereinten Nationen zur Überwachung der Unabhängigkeit und Integrität von Angehörigen medizinischer Berufe

verabschiedet von der
49. Generalversammlung des Weltärztebundes,
Hamburg, November 1997

Die British Medical Association (BMA) bittet den Weltärztebund einen von einem Zusammenschluß von ärztlichen Organisationen*, die sich mit Menschenrechtsfragen befassen, vorgelegten Vorschlag zur Einrichtung einer neuen Stelle für einen Berichterstatter bei den Vereinten Nationen zur Überwachung der Unabhängigkeit und Integrität von Angehörigen medizinischer Berufe zu unterstützen.

Die Aufgabe des Berichterstatters soll darin bestehen, die bereits von einer Reihe von Berichterstattern der Vereinten Nationen geleistete Arbeit in bezug auf Folter, willkürliche Exekutionen, Gewalt gegen Frauen etc. zu ergänzen. Der neue Berichterstatter hätte den Auftrag zu überwachen und sicherzustellen, daß Ärzte ihren Beruf ungehindert ausüben können und Patienten Zugang zur ärztlichen Behandlung haben, ohne daß sie aufgrund ihrer Nationalität oder ethnischen Herkunft in Kriegsgebieten oder in Ländern mit politischen Spannungen diskriminiert werden. Die Aufgaben des neuen Berichterstatters werden detailliert auf den Seiten zwei, drei und vier dieses Dokuments aufgezeigt.

Ursprünglich kam der Vorschlag von einem Rechtsgelehrten, Herrn Cees Flinterman, Professor für Verfassungs- und Völkerrecht an der Universität Limburg, Maastricht, Niederlande. Der Vorschlag wird von mehreren unten aufgeführten Ärzteorganisationen* unterstützt, die sich für den Schutz der Menschenrechte und die Rechte der Ärzte, die in Konfliktsituationen ärztlich tätig sind, einsetzen. Diese Gruppe wird sich in umfassender Weise beraten und mit Hilfe der Internationalen Kommission der Juristen darauf hinarbeiten, die Vereinten Nationen für diesen Vorschlag zu gewinnen.

* Folgende Organisationen nehmen an dieser Aktion teil: Amnesty International; British Medical Association; Centre for Enquiry into Health & Allied Themes (Bombay); Graza Community Mental Health; Internationales Komitee des Roten Kreuzes; Ärzte für Menschenrechte (in Dänemark, Israel, Südafrika, dem Vereinigten Königreich und den USA); die türkische Ärzteorganisation sowie die Johannes Wier Stiftung.

Nach einer Diskussion im Jahre 1996 unterstützte der Vorstand der BMA diesen Vorschlag. Diese Aktion würde erheblich an Bedeutung gewinnen, wenn auch der Weltärztebund diese Initiative unterstützen würde, deren Hauptziel darin besteht, Ärzte und ihre Patienten in Kriegssituationen und anderen Fällen, wo die ärztliche Unabhängigkeit durch politische oder militärische Extremisten bedroht werden könnte, zu schützen.

Vorschlag zur Einrichtung einer Stelle für einen Berichterstatter bei den Vereinten Nationen zur Überwachung der Unabhängigkeit und Integrität von Angehörigen medizinischer Berufe

Ziele

In Anbetracht der Tatsache, daß in vielen Situationen politischer Konflikte (z.B. im Bürger- oder Völkerkrieg) oder politischer Spannungen (z.B. Aufhebung der Bürgerrechte in einem von der Regierung erklärten Ausnahmezustand) Angehörige medizinischer Berufe, abgesehen von der Regierung oder militärischen Kreisen, oftmals die ersten sind, die detaillierte Kenntnis von Menschenrechtsverletzungen haben, einschließlich der Verletzung des Rechts der Bevölkerung auf Zugang zur medizinischen Versorgung, setzt sich eine Initiative von Ärzten mit Nachdruck für die Einrichtung einer Reihe nationaler und internationaler Informationsstellen zur Erreichung der folgenden Ziele ein:

- 1) Überwachung von Situationen, in denen entweder Angehörigen medizinischer Berufe das Recht, ihre Patienten zu behandeln oder Patienten das Recht, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen, verwehrt wird;
- 2) Appell an die Öffentlichkeit zum Schutz von Angehörigen medizinischer Berufe, die allein aufgrund der Tatsache, daß sie ihren Beruf ausüben oder für die Menschenrechte eintreten, in Gefahr sind;
- 3) Verteidigung von Patienten, deren Menschenrechte allein aufgrund der Tatsache, daß sie ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen wollen, bedroht werden;
- 4) Appell an die Angehörigen medizinischer Berufe, Fälle von Menschenrechtsverletzungen zu melden;
- 5) Auswertung von Informationen über Angehörige medizinischer Berufe, die freiwillig an diskriminierenden Praktiken teilnehmen.

Die Gruppe vertritt die Ansicht, daß die bestehenden Meldemechanismen der Vereinten Nationen erweitert werden müssen. Kernpunkt der Vorschläge zur Erweiterung der Melde- und Berichtsmechanismen ist die Einrichtung einer neuen Stelle für einen Berichterstatter bei den Vereinten Nationen, der die Aufgabe hätte, die Informationen der anderen bereits vorhandenen Mechanismen der Vereinten Nationen zu sammeln und zu koordinieren sowie Vorschläge zu machen, wo langfristig auf lokaler und nationaler Ebene weitere Meldezentren eingerichtet werden könnten. Deshalb setzt sich die Gruppe mit Bezug auf das von der Rechtswissenschaftlichen Fakultät der Universität Limburg, Maastricht, erstellte und von der Johannes Wier Stiftung veröffentlichte Material für die Einrichtung einer neuen Stelle für einen Berichterstatters bei den Vereinten Nationen zur Überwachung der Unabhängigkeit und Integrität von Angehörigen medizinischer Berufe ein.

Definition der Aufgabe

Es ist nicht erforderlich, die Funktionen des künftigen Berichterstatters im einzelnen aufzuführen, da sein Aufgabengebiet von seiner eigenen Erfahrung und vom praktischen Charakter der zu verfolgenden

den Ziele abhängig ist. Zu seinen Aufgaben sollten jedoch die nachfolgend aufgeführten Punkte gehören:

- Erfassung, Auswertung, Überprüfung von und Berichterstattung über mutmaßliche Repressalien gegen Angehörige medizinischer Berufe oder Patienten, die daran gehindert werden, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Der Berichterstatter sollte die Kontaktzentrale für Berichte von Einzelpersonen, Ärztegruppen, Nichtregierungsorganisationen etc. sein und auch aktiv an der Informationsbeschaffung, insbesondere vor Ort, mitwirken.
- Auf der Grundlage der in bewaffneten Konflikten anzuwendenden Prinzipien des Völkerrechts und der ärztlichen Ethik sollte er konkrete Leitlinien zur Unparteilichkeit von Angehörigen medizinischer Berufe in bezug auf die Behandlung von Patienten in politischen oder bewaffneten Konflikten entwickeln. Der Weltärztebund und die nationalen Ärzteorganisationen sollten darin bestärkt werden, den Berufsgruppen des Gesundheitswesens während ihrer Ausbildung diese Informationen zu vermitteln. Im Rahmen dieser Orientierungslinien sollten auch Mechanismen entwickelt werden, mit deren Hilfe sich Angehörige medizinischer Berufe in Situationen, in denen die Menschenrechte verletzt werden, schützen können.
- Der Berichterstatter sollte außerdem eine beratende Funktion ausüben und versuchen, die Einschätzungen und Ansichten von internationalen und nationalen Berufsverbänden, humanitären und Menschenrechtsorganisationen in bezug auf den Schutz von Angehörigen medizinischer Berufe und die Verteidigung des Rechts auf unvoreingenommene Behandlung von Patienten einzuholen.
- Der Berichterstatter sollte Berichte über Angehörige medizinischer Berufe prüfen, die freiwillig gegen die Grundsätze der Unparteilichkeit und Nichtdiskriminierung verstoßen.

Aufgabenbereich des Berichterstatters

- Hauptaufgabe ist der Schutz des Arzt-/Patienten-Verhältnisses vor ungerechtfertigter äußerer Einmischung aber auch die Ahndung von freiwilligen Verstößen gegen die Grundsätze der Unparteilichkeit und Nichtdiskriminierung durch Angehörige medizinischer Berufe. Der Berichterstatter hat sicherzustellen, daß Angehörige medizinischer Berufe die Grundsätze der Unabhängigkeit, Integrität und Unparteilichkeit respektieren. Zur Erreichung dieser Ziele müssen folgende Bedingungen erfüllt werden:
 - Angehörige medizinischer Berufe müssen ihre Entscheidungen in bezug auf die Behandlung von Patienten treffen können, ohne dabei mit ungerechtfertigten Druck ausübenden Behörden in Konflikt zu geraten;
 - die körperliche Unversehrtheit von Angehörigen medizinischer Berufe als auch die Berufsausübung in Übereinstimmung mit den Berufsordnungen müssen geschützt werden;
 - Angehörige medizinischer Berufe müssen eine den Bedürfnissen der Patienten entsprechende Behandlung vornehmen können;

- die Patienten müssen ungehinderten Zugang zur ärztlichen Behandlung haben;

- Angehörige medizinischer Berufe müssen in ihrer Eigenschaft als Anbieter medizinischer Leistungen völlige Bewegungsfreiheit und freien Zugang zu ihren Patienten haben.

Der Berichterstatter wird außerdem prüfen müssen, inwieweit extern ausgeübter Druck einen negativen Einfluß auf den Zugang zur medizinischen Versorgung hat.

- Der Aufgabenbereich des Berichterstatters ist international.
- Aufgrund fehlender Informationsmechanismen sind Angehörige medizinischer Berufe oftmals nicht in der Lage, etwas gegen die Verletzung von Patientenrechten zu unternehmen. Deshalb soll der Berichterstatter die Einführung von Rechtsvorschriften auf nationaler oder lokaler Ebene, zivilrechtlichen oder militärischen Vorschriften oder anderen Vorschriften verfolgen, die den Zugang zur ärztlichen Behandlung oder Krankenpflege für bestimmte Patientengruppen einschränken oder verbieten.
- Der Berichterstatter hat die Aufgabe, den zuständigen Ärzteorganisationen bzw. den betreffenden Regierungen Berichte über und Beweise für Verstöße gegen die ärztliche Unparteilichkeit, dazu zählen auch Zuwiderhandlungen, an denen Angehörige der Gesundheitsberufe freiwillig teilnehmen, vorzulegen.
- Zu den Aufgaben des Berichterstatters gehört außerdem die Erstellung von Berichten über generelle Beschränkungen in bezug auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung, von denen besonders schutzbedürftige Gruppen, wie z. B. Flüchtlinge, Asylanten, Gefängnisinsassen und ethnische Minderheiten betroffen sind. Er sollte dazu beitragen, daß die Angehörigen der Gesundheitsberufe die Kraft und den Mut aufbringen, sich gemeinsam der Untergrabung der Patientenrechte zu widersetzen.
- Aktionen, Angehörige der Gesundheitsberufe durch Drohungen und Einschüchterungsversuche unter Druck zu setzen mit dem Ziel, Patienten allein aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu einer ethnischen oder religiösen Gruppe bzw. zu einer bestimmten Rasse, also aus nicht-medizinischen Gründen, zu diskriminieren, sollten auf jeden Fall untersucht werden, auch wenn diese Aktionen nicht in die Tat umgesetzt werden.
- Des weiteren sollte der Berichterstatter Berichten über Angehörige der Gesundheitsberufe, die allein aufgrund ihres Berufes bzw. Ausübung ihres Berufes schikaniert oder inhaftiert worden sind, nachgehen. Gleichermäßen sollten repressive Maßnahmen mit dem Ziel, Angehörige der Gesundheitsberufe davon abzuhalten, Verstöße gegen die ärztliche Integrität zu melden, untersucht werden. In Absprache mit anderen Organisationen sollte der Berichterstatter über Maßnahmen berichten, die darauf abzielen, Angehörige der Gesundheitsberufe zu ermutigen, aktiv die bereits genannten Verstöße zu dokumentieren und zu melden.

- Abschließend sollten auch Berichte über Patienten, die daran gehindert oder davon abgehalten werden, die vorhandenen Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung in Anspruch zu nehmen, untersucht werden.

Fragen außerhalb des Aufgabenbereichs des Berichterstatters

Genauso wichtig wie die Definition der Aufgaben des Berichterstatters ist die Darlegung der Punkte, die außerhalb seines Aufgabenbereichs liegen. Im Laufe der Zeit und der dann zur Verfügung stehenden Erfahrungswerte wird eine präzise Darlegung dieser Punkte sicherlich erfolgen. Zwischenzeitlich schlagen wir jedoch vor, daß:

- Angehörige der Gesundheitsberufe aller Länder während ihrer Ausbildung über Inhalte moralischer Verantwortung gegenüber ihren Patienten oder potentiellen Patienten unterrichtet werden sollten. Da dies nicht in den Aufgabenbereich des Berichterstatters fällt, sollte er die Funktion einer Beratungsstelle zu Fragen der ärztlichen Unparteilichkeit ausüben. Langfristig sollte diese Aufgabe jedoch von medizinischen Fakultäten, Berufsorganisationen sowie von entsprechenden Organisationen auf nationaler Ebene übernommen werden;
- obgleich gesetzliche Regelungen in bezug auf die Gesundheitsversorgung (beispielsweise die gerechte Verteilung medizinischer Ressourcen oder die Einstufung und Gewährung von Behandlungen nach dem Prinzip der absoluten Notwendigkeit) im allgemeinen zwar nicht in den Aufgabenbereich des Berichterstatters fallen, sollten aber extreme Maßnahmen, die dazu führen, daß Gruppen von Patienten von der medizinischen Versorgung ausgeschlossen werden, dokumentiert und in die Berichterstattung aufgenommen werden;
- wenn Regierungen daran scheitern, für die gesamte oder den Großteil der Bevölkerung den Zugang zur Gesundheitsförderung und -versorgung sicherzustellen, dies nicht zu den Aufgaben des Berichterstatters gehört;
- eine der Hauptaufgaben des Berichterstatters zwar darin besteht, daß der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung für alle Patienten, die diese benötigen und wünschen, gewährleistet ist, es aber nicht in seinen Aufgabenbereich fällt, wenn Einzelpersonen oder Patientengruppen freiwillig (beispielsweise aus religiösen oder kulturellen Gründen) auf die Inanspruchnahme der konventionellen medizinischen Versorgung verzichten.

WELTÄRZTEBUND

Deklaration des Weltärztebundes
zu

Nuklearwaffen

verabschiedet von der
50. Generalversammlung des Weltärztebundes
Ottawa, Kanada, Oktober 1998

PRÄAMBEL

1. Im Oktober 1990 verabschiedete der Weltärztebund eine *Deklaration zu Chemischen und Biologischen Waffen* (Dokument 17.Y), in der die Entwicklung und der Einsatz dieser Waffen verurteilt wurde und alle Regierungen aufgefordert wurden, Entwicklung und Einsatz biologischer und chemischer Waffen zu unterlassen und alle nationalen Ärzteorganisationen aufgefordert wurden, gemeinsam mit dem Weltärztebund diese Deklaration aktiv zu unterstützen. Mit der Verabschiedung dieser Deklaration erkannte der Weltärztebund die mit dem Einsatz dieser Waffen einhergehenden Gefahren und Gesundheitsrisiken sowie die nicht überschaubaren Langzeitfolgen für die Zivilbevölkerung und die Umwelt an und wies auch darauf hin, daß die vorhandenen Gesundheitseinrichtungen, einschließlich der technologischen und personellen Möglichkeiten, mit dem durch die Waffen verursachten Leiden höchstwahrscheinlich überfordert wären.
2. Die durch den Einsatz von Nuklearwaffen verursachten Schäden können noch katastrophaler, unüberschaubarer und weitreichender sein als die der chemischen und biologischen Waffen. Diese Folgen, die auf eingehenden Studien der betroffenen Bevölkerungen und auf Untersuchungen der Auswirkungen des durch Versuchsexplosionen von Nuklearwaffen in der Atmosphäre verursachten radioaktiven Niederschlags basieren, sind über die Jahre umfassend dokumentiert worden.
3. Mindestens 40% der Bevölkerung Hiroshimas und 26% der Bevölkerung Nagasakis wurden bei den Atombombenabwürfen auf diese beiden Städte getötet. Moderne Nuklearwaffen haben eine weitaus höhere Zerstörungskraft, so daß die Zahl der Opfer heute wesentlich höher wäre.

4. Neben den Menschen, die unmittelbar der Druckwelle, der Hitze und der Strahlung zum Opfer fielen, würden viele der "Überlebenden" an den Spätfolgen der ionisierenden Strahlung (Leukämie, Krebs und genetische Effekte) sowie an Infektionskrankheiten wie Cholera, Tuberkulose und Dysenterie, ausgelöst durch den Zusammenbruch der lokalen Gesundheitseinrichtungen, sterben.
5. Sonnenlicht absorbierende partikelförmige aus Bränden entstandene Substanzen, verursacht durch einen massiven Nuklearangriff, bei dem mehrere Bomben an mehreren Stellen explodieren, würden die Penetration des Sonnenlichts auf die Erdoberfläche reduzieren und die physikalischen Eigenschaften der Erdatmosphäre verändern, was zu langen Perioden der Dunkelheit führen würde und verheerende Auswirkungen auf die landwirtschaftliche Produktion hätte.
6. Bei den Bombardierungen von Hiroshima und Nagasaki wurden viele der in der gesundheitlichen Versorgung Tätigen getötet, alle Krankenhäuser und die gesamte Infrastruktur, wie zum Beispiel Elektrizität und Wasserversorgung, zerstört und demzufolge konnte die Gesundheitsversorgung in einer Zeit, in der sie am meisten benötigt wurde, nicht aufrechterhalten werden.
7. In seiner letzten beratenden Stellungnahme zur Rechtsstellung von Nuklearwaffen hat der Internationale Gerichtshof (IGH) erklärt, daß die Drohung mit bzw. der Einsatz von Nuklearwaffen gegen die Charta der Vereinten Nationen und die in bewaffneten Konflikten anzuwendenden Vorschriften des Völkerrechts und insbesondere gegen die Grundsätze und Vorschriften des humanitären Völkerrechts verstößt.
8. Nach gegenwärtigem Stand des Völkerrechts konnte der IGH nicht definitiv entscheiden, ob die Drohung mit bzw. der Einsatz von Nuklearwaffen in einer extremen Situation der Selbstverteidigung, in der das reine Überleben eines Landes auf dem Spiel steht, rechtmäßig oder rechtswidrig sei.
9. In den Deklarationen des Weltärztebundes von Genf (Dokument 17.A), Helsinki (Dokument 17.C) und Tokio (Dokument 17.F) werden die Pflichten, Verantwortlichkeiten und der besondere Auftrag des Arztes, die Gesundheit des Patienten zu erhalten und zu schützen und seinen Beruf im Dienst der Menschlichkeit auszuüben, deutlich zum Ausdruck gebracht.

EMPFEHLUNGEN

10. Der Weltärztebund hält es aufgrund seines bedeutenden Potentials der Einflußnahme auf die Gesellschaft für seine Pflicht, sich für die Abschaffung der Nuklearwaffen einzusetzen. Aus diesem Grund
 - i) verurteilt der Weltärztebund die Entwicklung, die Erprobung, die Produktion, die Aufstellung, die Bedrohung mit und den Einsatz von Nuklearwaffen;
 - ii) fordert der Weltärztebund alle Regierungen auf, von der Entwicklung, der Erprobung, der Produktion, der Aufstellung, der Bedrohung mit und dem Einsatz von Nuklearwaffen Abstand zu nehmen und sich aufrichtig für die Abschaffung der Nuklearwaffen einzusetzen;

- iii) fordert der Weltärztebund alle nationalen Ärzteorganisationen auf, gemeinsam mit dem Weltärztebund diese Deklaration zu unterstützen und sich bei ihren nationalen Regierungen für die Abschaffung der Nuklearwaffen einzusetzen.

W E L T Ä R Z T E B U N D

Entschließung des Weltärztebundes
zum

therapeutischen Ersatz

verabschiedet von der
42. Generalversammlung des Weltärztebundes
Rancho Mirage, U.S.A., Oktober 1990

Es wird festgestellt, daß therapeutischer Ersatz eine Form des Medikamentenaustausches ist. Therapeutischer Ersatz liegt dann vor, wenn ein Apotheker ein chemisch anders zusammengesetztes Medikament anstelle desjenigen aushändigt, das der Arzt tatsächlich verschrieben hat. Das Ersatzmedikament gehört in dieselbe pharmakologische Kategorie und/oder therapeutische Klasse. Da jedoch die beiden Medikamente unterschiedliche chemische Strukturen aufweisen, können sich für den Patienten potentiell gegenteilige Wirkungen ergeben.

Es wird festgestellt, daß sich der generische Ersatz wesentlich vom therapeutischen Ersatz unterscheidet. Beim generischen Ersatz wird ein Markenmedikament durch ein Generikum ersetzt, jedoch enthalten beide die gleichen aktiven chemischen Substanzen, die gleiche Dosierstärke und die gleiche Darreichungsform.

Es wird festgestellt, daß die Verschreibung eines Medikamentes am Ende eines gründlichen Beratungsprozesses zwischen Arzt und Patient steht, der das Ziel hat, eine Krankheit oder ein Problem zu verhindern, zu bessern oder zu heilen. Dieser Beratungsprozeß verlangt vom Arzt die Beurteilung einer Reihe wissenschaftlicher und psychosozialer Daten, einschließlich der Kosten, und erfordert die Entscheidung über eine individualisierte Therapiewahl für den Patienten.

Es wird festgestellt, daß die Verantwortung für die Diagnose der Beschwerden der Patienten und für die Aufstellung eines Therapieplans, einschließlich der Verschreibung entsprechender Arzneien und Medikamente beim Arzt liegt.

Daher wird beschlossen, daß der Weltärztebund folgendes empfiehlt:

1. Individualisierung der Therapie aufgrund einer vollständigen klinischen Datenbasis, die sich aus der Krankengeschichte, dem aktuellen Befund, allen relevanten Labordaten und aus psychosozialen Faktoren ergibt.
2. Die Verschreibungsentscheidung muß beim Arzt verbleiben, damit der Patient wirksam und korrekt versorgt wird.

3. Der Apotheker muß sich strikt an die vom Arzt verordnete chemische Form, Dosierung und Darreichungsform halten.

Ferner wird beschlossen, daß der Weltärztebund Einspruch erhebt gegen:

1. Das Konzept der therapeutischen Substitution, weil sie zu einer Verordnung aufgrund unvollständiger Daten führt, die sich nachteilig für den Patienten auswirken kann.
2. Alle Gesetze oder Verordnungen, die eine therapeutische Substitution zulassen.

September 1995

20.1/95
Original: Englisch

WELTÄRZTEBUND

Entschließung des Weltärztebundes
zu

Atomwaffentests

verabschiedet von der 47. Generalversammlung des Weltärztebundes
in Bali, Indonesien, September 1995

Es wird beschlossen, daß der Weltärztebund:

1. die Durchführung von Atomwaffenversuchen bedauert;
2. die unverzügliche Einstellung von Atomwaffenversuchen fordert; und
3. die Mitgliedsorganisationen ersucht, ihre Regierungen über die gesundheitsschädlichen Auswirkungen von Atomwaffenversuchen aufzuklären.

WELTÄRZTEBUND

EntschlieÙung des Weltärztebundes
zu

verstärkten Investitionen in die gesundheitliche Versorgung

verabschiedet von der
50. Generalversammlung des Weltärztebundes
Ottawa, Kanada, Oktober 1998

PRÄAMBEL

1. Die Mitgliedsorganisationen des Weltärztebundes stellen sich besorgt die Frage, ob die Systeme der gesundheitlichen Versorgung in allen Ländern über ausreichende Ressourcen zur Deckung der Grundbedürfnisse ihrer Bevölkerungen verfügen¹.
2. In den letzten zehn Jahren ist jedoch weltweit in vielen Ländern, insbesondere in den am wenigsten entwickelten Ländern, eine Tendenz der zunehmenden Ausgrenzung der ärmeren Gesellschaftsschichten, vor allem Frauen, von der gesundheitlichen Versorgung sowie eine Verschlechterung des Zugangs zur gesundheitlichen Versorgung zu erkennen.
3. Die schwierige Wirtschaftslage und die hohe Schuldenlast vieler der am wenigsten entwickelten Länder führten zu Strukturellen Anpassungsprogrammen (SAPs), die von internationalen Finanzinstitutionen gefördert und von den Regierungen durchgeführt wurden. Im Rahmen der SAPs haben die Regierungen der betreffenden Länder ihre Sozial- und Gesundheitsausgaben gekürzt, ohne daß ein adäquates alternatives Finanzierungssystem zur Verfügung gestellt worden wäre, um auch für die ärmeren Gesellschaftsschichten den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung sicherzustellen.
4. Diese nachteiligen Entwicklungen haben internationale Foren veranlaßt, Initiativen zur Verbesserung der Situation zu entwickeln. In der 1995 auf der Weltgipfelkonferenz über die Sozialentwicklung in Kopenhagen² verabschiedeten "20/20-Initiative" werden nationale Regierungen und internationale Geber aufgefordert, 20 Prozent ihrer Ausgaben für dringend erforderliche Sozialprogramme und für die medizinische Primärversorgung³ zur Verfügung zu stellen. Die Initiative für die hochverschuldeten Entwicklungsländer (HIPC), auf die sich die Vorstände des Internationalen Währungsfonds und der Weltbank 1996 verständigt hatten,

sieht eine umfassende Schuldenentlastung für die ärmsten Entwicklungsländer vor mit dem Ziel, ihre Schuldenlast auf ein erträgliches Niveau⁴ zu bringen und verstärkte Ausgaben im sozialen Bereich zu ermöglichen. Obgleich einige Fortschritte zu verzeichnen waren, würde eine breite Unterstützung diesen positiven Initiativen neuen Schwung verleihen und damit die Chancen verbessern, zu konkreten Lösungen für die dringend erforderliche medizinische Primärversorgung der Bevölkerungen der ärmsten Länder der Welt zu kommen.

EMPFEHLUNGEN

5. In Bekräftigung der auf der Generalversammlung des Weltärztebundes 1988 in Wien verabschiedeten Leitlinien über den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung, die einen gerechten Zugang zur medizinischen Versorgung fordern, ungeachtet wirtschaftlicher Faktoren wie Kostenfinanzierung und Finanzierung der Krankenbeförderung;
6. Unter Bezugnahme auf seine 1983 auf der Generalversammlung des Weltärztebundes in Venedig aufgestellte Forderung, aktiv an der Erstellung von Plänen in bezug auf die medizinische Versorgung in ländlichen Gebieten mitzuwirken⁵;
7. In der Erkenntnis, daß Wirtschaftspolitik Auswirkungen auf die Gesundheit und die gesundheitliche Versorgung haben;
8. In der Erkenntnis, daß die jüngsten Entwicklungen im Wirtschafts- und Gesundheitssektor zu zunehmenden Ausgrenzungen in der gesundheitlichen Versorgung geführt und negative Auswirkungen auf das Recht der Menschen auf Zugang zur gesundheitlichen Versorgung haben, insbesondere in den am wenigsten entwickelten Ländern;
9. In Anbetracht des Potentials der 20/20 -Initiative und der HIPC-Initiative Mittel zur Verbesserung der Gesundheit und des Zugangs zur gesundheitlichen Versorgung für die ärmeren Gesellschaftsschichten in den am wenigsten entwickelten Ländern zur Verfügung zu stellen;

empfiehlt der Weltärztebund seinen Nationalen Mitgliedsorganisationen

10. ihre Regierungen aufzufordern
 - a) internationale Vorschläge in bezug auf verstärkte Investitionen im sozialen Bereich zu entwickeln und zu fördern;
 - b) politische Initiativen in bezug auf eine Schuldenentlastung der ärmsten Entwicklungsländer zu entwickeln und zu fördern;
 - c) ihre Regierungen aufzufordern, sie schon frühzeitig in das Entscheidungsfindungsverfahren hinsichtlich der SAPs, der Kürzungen der öffentlichen Ausgaben und der Reformen des Gesundheitssektors einzubinden, damit sie dort ihren Sachverstand einbringen können;

11. internationale Finanzinstitutionen und andere Hauptgeberländer aufzufordern
 - a) ihre Politik in diesem Sinne zu ändern;
 - b) alle Maßnahmen, die zu einem eingeschränkten Zugang zur und zu einem weiteren Abbau der Gesundheitsversorgung, sowohl in qualitativer wie in quantitativer Hinsicht, in den Entwicklungsländern führen, zu stoppen;
 - c) den Zugang der Armen, insbesondere der Frauen, zur Gesundheitsversorgung zu verbessern;
 - d) noch vor Beginn der Verhandlungen über strukturelle Anpassungsprogramme Untersuchungen zur Beurteilung der Auswirkungen dieser Programme auf den Gesundheitssektor durchzuführen;
12. mit seinen nationalen Mitgliedsorganisationen in einen Informationsaustausch zu treten und die Bemühungen zur Änderung der Politik in diesen Bereichen zu koordinieren.

1. Erklärung des Weltärztebundes über den Zugang zur medizinischen Versorgung, verabschiedet von der 40. Generalversammlung des Weltärztebundes, Wien, September 1988 (10.70).
2. Deklaration und Aktionsprogramm der Weltgipfelkonferenz über die Sozialentwicklung der Vereinten Nationen, 10. März 1996.
3. Bericht der Internationalen Konferenz über die 20/20-Initiative, Oslo, Norwegen, 23.- 25.4.1996.
4. IWF und Weltbank. Multilaterale Verschuldung der hoch verschuldeten Entwicklungsländer. IWF und Weltbank, Washington DC, 1995.
5. Empfehlungen des Weltärztebundes zur medizinischen Versorgung in ländlichen Gebieten, verabschiedet von der 18. Generalversammlung des Weltärztebundes, Helsinki, Juni 1964, und revidiert von der 35. Generalversammlung des Weltärztebundes, Venedig, Oktober 1983 (10.50).

WELTÄRZTEBUND

Entschließung des Weltärztebundes
zum

SIRUS-Projekt

" eine Definition, nach der Waffen 'unnötiges Leiden bzw. vermeidbare Verletzungen' verursachen"

verabschiedet von der
50. Generalversammlung des Weltärztebundes
Ottawa, Kanada, Oktober 1998

IN DER ERKENNTNIS, DASS

der Weltärztebund in seiner Erklärung zu Waffen und deren Auswirkungen auf Leben und Gesundheit (17.130) internationale Bemühungen zur Festlegung "objektiver Kriterien, anhand der die Auswirkungen von jetzigen und künftigen Waffen festgestellt werden können und die außerdem angewendet werden könnten, um die Entwicklung, die Herstellung, den Verkauf und den Einsatz von Waffen zu unterbinden", unterstützt hat.

UND DASS

ein Expertengremium in Zusammenarbeit mit dem Internationalen Komitee vom Roten Kreuz (IKRK) in dem Bericht "Das SIrUS-Projekt: eine Definition, nach der Waffen 'unnötiges Leiden bzw. vermeidbare Verletzungen verursachen'" einen Kriterienkatalog erarbeitet hat.

DER WELTÄRZTBUND

1. beglückwünscht das IKRK und das Expertengremium zu ihrer Arbeit, und
2. fordert die nationalen Ärzteorganisationen auf, den SIrUS-Bericht zu unterstützen, um mit ihrem ärztlichen Sachverstand zur praktischen Durchsetzung der internationalen Konventionen in bezug auf die Begrenzung der Auswirkungen von Waffen beizutragen.
3. weist mit Nachdruck darauf hin, daß aus ärztlicher Sicht weder durch Waffen verursachte "unvermeidbare Verletzungen" noch "unvermeidbares Leiden" zu akzeptieren sind.

WELTÄRZTEBUND

Erklärung des Weltärztebundes
zu

akademischen Sanktionen oder Boykotts

verabschiedet von der
40. Generalversammlung des Weltärztebundes
Wien, Österreich, September 1988

Es wird festgestellt, daß akademische Sanktionen oder akademische Boykotts diskriminierende Gewaltakte zur Einschränkung der akademischen Freiheit sind, die Ärzte und andere Bürger an der Teilnahme bildender, kultureller oder wissenschaftlicher Veranstaltungen und anderer Möglichkeiten zum Informations- oder Wissensaustausch hindern oder sie davon ausschließen. Der Beweggrund für solche Gewaltakte ist der Protest gegen soziale und politische Maßnahmen von Regierungen.

Es wird festgestellt, daß derartige Behinderungen in direktem Gegensatz zu den Hauptzielen des Weltärztebundes stehen, nämlich: den höchsten internationalen Standard der Ausbildung zum Arzt, der medizinischen Wissenschaft, der ärztlichen Kunst und der ärztlichen Ethik zu erreichen, und

es wird festgestellt, daß sich derartige Restriktionen nachteilig auf die gesundheitliche Versorgung auswirken sowie

das Ziel des Weltärztebundes, für alle Menschen auf der Welt die bestmögliche Versorgung sicherzustellen, damit gefährdet wird, und

es wird festgestellt, daß Behinderungen, die auf politischer Überzeugung oder politischen Entscheidungen von Regierungen beruhen, das Vertrauensverhältnis zwischen Ärzten und Patienten empfindlich beeinträchtigen und damit im Widerspruch stehen zur Deklaration des Weltärztebundes von Genf, zur Deklaration der Menschenrechte und der Freiheit des Arztes und zur Erklärung des Weltärztebundes über die Freiheit zur Teilnahme an Ärztekongressen, und

es wird festgestellt, daß die Grundregel der ärztlichen Praxis, wie Hippokrates gelehrt hat, lautet: "Primum non nocere".

Daher möge beschlossen werden, daß der Weltärztebund die Anwendung von Restriktionen als Ventil und Willkürakte politischer Machenschaften ansieht, die dazu dienen sollen, einen internationalen akademischen Austausch zu verhindern und einzelne Ärzte oder ärztliche Vereinigungen wegen ihrer nationalen Zugehörigkeit oder der Politik ihrer Regierungen zu diskriminieren.

Da der Weltärztebund sich zum Ziel gesetzt hat, den Menschen dadurch zu dienen, den höchsten internationalen Standard der medizinischen Ausbildung, der medizinischen Wissenschaft, der ärztlichen Kunst und der ärztlichen Ethik anzustreben und die medizinische Versorgung aller Menschen auf der Welt sicherzustellen, und da diese Ziele durch derartige Restriktionen gefährdet wären, verurteilt der Weltärztebund derartige Gewaltakte auf das schärfste und fordert alle nationalen Ärzteorganisationen auf, sich ihnen mit allen zu Gebote stehenden Mitteln zu widersetzen und die Weltärztebund-Deklaration der Menschenrechte und der persönlichen Freiheit des Arztes sowie die Erklärung des Weltärztebundes zur Freiheit der Teilnahme an Ärztekongressen zu befolgen.

WELTÄRZTEBUND

EntschlieÙung des Weltärztebundes
zu

den Menschenrechten

verabschiedet von der
42. Generalversammlung des Weltärztebundes
Rancho Mirage, Kalifornien, USA, Oktober 1990,
revidiert von der
45. Generalversammlung des Weltärztebundes
Budapest, Ungarn, Oktober 1993
von der 46. Generalversammlung des Weltärztebundes
Stockholm, Schweden, September 1994
und von der 47. Generalversammlung des Weltärztebundes
in Bali, Indonesien, September 1995

Es wird festgestellt, daß

1. der Weltärztebund und seine Mitgliedsorganisationen immer bemüht gewesen sind, für die Menschenrechte als Anspruch aller Menschen einzustehen und wiederholt Schritte gegen Menschenrechtsverletzungen unternommen haben;
2. Ärzte häufig zu den ersten gehören, die von Menschenrechtsverletzungen erfahren;
3. Ärzteorganisationen eine wichtige Rolle dabei zufällt, in ihren Ländern auf derartige Vorfälle hinzuweisen.

Darum fordert der Weltärztebund seine Mitgliedsorganisationen erneut auf,

1. die Situation in ihren Ländern zu überprüfen, um sicherzustellen, daß Menschenrechtsverletzungen nicht aus Angst vor Vergeltung vor den zuständigen Stellen verschleiert werden, und auf strikter Wahrung der Bürger- und Menschenrechte zu bestehen, wenn Fälle von Rechtsverletzungen aufgedeckt werden;
2. im Strafvollzug tätigen Ärzten klare ethische Orientierungen zu geben;
3. wirksame Mechanismen zur Untersuchung unethischen ärztlichen Verhaltens auf dem Gebiet der Menschenrechte bereitzustellen;

4. alle Anstrengungen zu unternehmen, um eine angemessene gesundheitliche Versorgung für alle Menschen, ohne Unterschiede, sicherzustellen;
5. gegen mutmaßliche Menschenrechtsverletzungen durch Veröffentlichungen zu protestieren und eine humane Behandlung von Strafgefangenen sowie die sofortige Freilassung von Menschen zu fordern, die ohne Rechtsgrundlage inhaftiert wurden;
6. einzelne Ärzte, die auf Menschenrechtsverletzungen in ihren eigenen Ländern aufmerksam machen, zu unterstützen.

WELTÄRZTEBUND

EntschlieÙung des Weltärztebundes
zum

Verbot des Rauchens auf internationalen Flügen

verabschiedet von der
43. Generalversammlung des Weltärztebundes
Malta, November 1991

Es wird festgestellt, daß der Weltärztebund die "Stellungnahme zu den Gesundheitsrisiken von Tabakwaren", die für ein Rauchverbot eintritt, verabschiedet hat, und

Es wird festgestellt, daß die nationalen Ärzteorganisationen das Ansehen und die Glaubwürdigkeit besitzen, eine tabakfreie Gesellschaft zu fördern, und Verantwortung dafür tragen, eine gesunde Versorgung von hoher Qualität für alle sicherzustellen, und

Es wird festgestellt, daß die Internationale Organisation für Zivile Luftfahrt (ICAO), die den Vereinten Nationen angegliedert ist, das Gremium ist, das für 162 Länder die Normen für die internationale zivile Luftfahrt festlegt.

Es wird festgestellt, daß es unbedingt erforderlich ist, Regierungen weltweit eindringlich dazu aufzurufen, dafür einzutreten, daß die ICAO eine Norm übernimmt, die ein weltweites Rauchverbot auf Flügen vorschreibt.

Daher wird beschlossen, daß der Weltärztebund empfiehlt:

1. Daß nationale Ärzteorganisationen für die rasche Übernahme von bilateralen oder multilateralen Abkommen über das Rauchverbot auf internationalen Flügen zwischen einzelnen Ländern eintreten und gleichzeitig das langfristige Ziel der Übernahme eines Rauchverbots durch die ICAO verfolgen.
2. Daß die nationalen Ärzteorganisationen mit Regierungsvertretern, die für die Politik der Regelung internationaler kommerzieller Flüge zuständig sind, zusammentreffen und sie nachdrücklich dazu aufrufen, ein Rauchverbot durch die ICAO zu unterstützen.
3. Daß die nationalen Ärzteorganisationen an die ICAO-Vertreter ihrer Länder, die in diesem Dokument aufgelistet sind, schreiben, und sie nachdrücklich dazu aufrufen, ein Rauchverbot auf Flügen zu initiieren oder zu unterstützen.

4. Daß die nationalen Ärzteorganisationen ihre Verkehrsminister nachdrücklich dazu aufrufen, bilaterale oder multilaterale Abkommen über ein Rauchverbot auf allen Flügen zu initiieren.
5. Daß die nationalen Ärzteorganisationen sich an ihre Gesundheitsminister und Parlaments- oder Kongreßabgeordnete mit der Bitte um Unterstützung für die Initiative wenden.
6. Daß die nationalen Ärzteorganisationen dem Sekretariat des Weltärztebundes einen Ergebnisbericht senden über die Schritte, die unternommen wurden, um das Ziel eines Rauchverbots auf allen kommerziellen Flügen zu erreichen, so daß ein Gedankenaustausch stattfinden kann.

Der Weltärztebund möchte der Amerikanischen Krebsgesellschaft für die Informationen danken, auf denen die EntschlieÙung zum "Rauchverbot auf allen internationalen Flügen" beruht.

WELTÄRZTEBUND

EntschlieÙung des Weltärztebundes
zum

ärztlichen Verhalten bei Organtransplantationen

verabschiedet von der
46. Generalversammlung des Weltärztebundes
Stockholm, Schweden, September 1994

Es wird festgestellt, daß AnlaÙ zu größter Sorge besteht wegen der zunehmenden Zahl von Berichten über Ärzte, die an der Transplantation von menschlichen Organen oder Gewebe beteiligt waren, die

- Körpern von Gefangenen, die in Anwendung der Todesstrafe hingerichtet wurden, entnommen wurden, ohne deren Zustimmung zuvor eingeholt bzw. ihnen die Möglichkeit der Ablehnung gegeben zu haben; oder
- Körpern von Behinderten entnommen wurden, deren Tod wahrscheinlich schneller herbeigeführt wurde, um die Entnahme ihrer Organe zu erleichtern; oder
- Körpern von Armen entnommen wurden, die mit der Entnahme ihrer Organe aus kommerziellen Gründen einverstanden waren; oder
- Körpern von Kindern entnommen wurden, die aus diesem Grund gekidnappt wurden.

Es wird festgestellt, daß in diesen Fällen die Mitwirkung von Ärzten eine willkürliche Mißachtung der Richtlinien darstellt, die vom Weltärztebund in seiner im Oktober 1987 verabschiedeten Erklärung zu Organtransplantationen formuliert wurden.

Daher wird beschlossen, daß der Weltärztebund diese Richtlinien nochmals feierlich bekräftigt und alle nationalen Ärzteverbände dazu aufruft, sie zu unterstützen und im Falle einer Verletzung dieser Richtlinien die daran beteiligten Ärzte streng zu bestrafen.

November 1997

20.2/97
Original: Englisch

WELTÄRZTEBUND

Entschließung des Weltärztebundes
zur

Klonierung

angenommen auf der 147. Vorstandssitzung
Paris, Frankreich, Mai 1997
und
verabschiedet von der 49. Generalversammlung des Weltärztebundes
Hamburg, Deutschland, November 1997

In Kenntnis der kürzlich erzielten wissenschaftlichen Fortschritte, die zur Klonierung eines Säugetiers, und zwar eines Schafes, geführt haben, und

in Anbetracht der sich nun eröffnenden Möglichkeit, diese Klonierungstechniken auch beim Menschen einzusetzen und der daraus resultierenden Besorgnis in bezug auf die Menschenwürde und den Schutz des genetischen Materials des Menschen,

fordert der Weltärztebund hiermit die in der Forschung tätigen Ärzte und Wissenschaftler **auf**, freiwillig auf die Mitwirkung an der Klonierung von Menschen zu verzichten, bis die wissenschaftlichen, ethischen und rechtlichen Fragen vollständig durch Ärzte und Wissenschaftler geklärt sind und gegebenenfalls die erforderlichen Kontrollmechanismen zur Verfügung stehen.

WELTÄRZTEBUND

EntschlieÙung des Weltärztebundes

zum

Haager Friedensappell 1999

verabschiedet von der
50. Generalversammlung des Weltärztebundes
Ottawa, Kanada, Oktober 1998

Präambel

1. 1899 wurde in Den Haag die erste Internationale Friedenskonferenz konstituiert, um die Einrichtung eines ständigen Instrumentes des Internationalen Rechts zur Abrüstung, Verhinderung von Kriegen und zur friedlichen Beilegung von Konflikten zu diskutieren. Dies führte zur Entwicklung des humanitären Völkerrechts und zur Einrichtung von Institutionen, die die Vorläufer der Vereinten Nationen und des Internationalen Gerichtshofes waren.
2. Trotz dieser Bemühungen erlebte das 20. Jahrhundert die brutalsten Kriege und die Entwicklung und den Einsatz von Massenvernichtungswaffen.

EntschlieÙung

3. Der Weltärztebund schließt sich dem Haager Friedensappell an und unterstützt die Ziele dieser Konferenz, die vom 11. bis 16. Mai 1999 in Den Haag stattfinden wird:
 - a) Verstärkte Maßnahmen zum Schutz der Menschenrechte und zur Stärkung des Internationalen Völkerrechts und der entsprechenden Institutionen
 - b) Die friedliche Beilegung und insbesondere die Verhütung von Konflikten und friedensschaffende Maßnahmen
 - c) Abrüstung und Abschaffung der Massenvernichtungswaffen, einschließlich der nuklearen, chemischen und biologischen Waffen

September 1988

20.3/88
Original: Deutsch

WELTÄRZTEBUND

Entschließung des Weltärztebundes
zur

ärztlichen Gruppenpraxis

verabschiedet von der
40. Generalversammlung des Weltärztebundes
Wien, Österreich, September 1988

In der Erwägung, daß in der gesamten Welt die medizinische Versorgung in vielen unterschiedlichen Formen organisiert ist, d.h. von völlig freien bis zu ausschließlich und vollständig vom Staat festgelegten Strukturen,

in der Erwägung, daß die Untersuchung der wirtschaftlichen und sozialen Rahmenbedingungen, in denen diese Gesundheitsversorgungssysteme existieren, eine Vielzahl unterschiedlicher Bedürfnisse und Gesellschaftsziele aufweist,

in der Erwägung, daß es einer Vielzahl unterschiedlicher Organisationsstrukturen zur Bereitstellung der medizinischen Versorgung bedarf, um den Bedürfnissen und Zielen gerecht zu werden,

wird beschlossen, daß der Weltärztebund das Konzept der ärztlichen Gruppenpraxis als eine Form der Bereitstellung kontinuierlicher, qualifizierter medizinischer Versorgung unterstützt.

Oktober 1996

20.3/96
Original: Englisch

WELTÄRZTEBUND

EntschlieÙung des Weltärztebundes
zu

Dr. Radovan Karadzic

verabschiedet von der
48. Generalversammlung des Weltärztebundes
Somerset West, Republik Südafrika, Oktober 1996

In der Erwägung, daß

Dr. Radovan Karadzic öffentlich angeklagt wurde, die Verantwortung für viele Kriegsverbrechen im früheren Jugoslawien zu tragen; und er sich bis heute geweigert hat, vor dem *Internationalen Strafgerichtshof für das frühere Jugoslawien* in Den Haag, Niederlande, zu erscheinen; und er daher als Arzt unseren Berufsstand in Verruf bringt;

wird beschlossen, daß

der Weltärztebund Dr. Radovan Karadzic verurteilt, daß er sich nicht dem *Internationalen Strafgerichtshof für das frühere Jugoslawien* stellt und fordert ihn auf, dies umgehend zu tun.

WELTÄRZTEBUND

EntschlieÙung

verabschiedet von der
40. Generalversammlung des Weltärztebundes
Wien, Österreich, September 1988

IN ANBETRACHT der Sorge, daß einige Generika von geringerer Qualität sein könnten, und

IN ANBETRACHT der Tatsache, daß Patienten Schaden erleiden und Ärzte für Schäden, die aus der Anwendung qualitativ minderer Generika resultieren, haftbar gemacht werden könnten,

WIRD BESCHLOSSEN, DASS:

1. der Weltärztebund die Rechte und Pflichten der Ärzte unterstützt, die ihre berufliche Urteils-kraft zum Wohl der Patienten einsetzen;
2. der Weltärztebund jegliche Einmischung in die im Interesse der Patienten erfolgende ärztliche Entscheidung ablehnt;
3. die Verschreibung von Arzneimitteln deren Beurteilung durch den Arzt einschließt;
4. die vorgeschriebene Verordnung von Generika, die von minderer Qualität sein könnten, eine Einmischung in die Ausübung der ärztlichen Beurteilung darstellt und Schaden für den Patienten sowie eine Haftbarmachung des Arztes zur Folge haben kann;
5. der Weltärztebund tatkräftig die Bemühungen aller nationalen Ärzteverbände unterstützt, die Ausübung der ärztlichen Entscheidung vor Eingriffen zu bewahren, die zu einer Schädigung des Patienten und der Haftung des Arztes führen könnten.

WELTÄRZTEBUND

Entschließung des Weltärztebundes
zum

Berufsverbot für Ärztinnen in Afghanistan und zum Ausschluß von Frauen von der gesundheitlichen Versorgung

verabschiedet von der
49. Generalversammlung des Weltärztebundes
Hamburg, Deutschland, November 1997

PRÄAMBEL

Seit Jahren leiden Frauen und Mädchen in Afghanistan unter zunehmender Beschneidung ihrer Menschenrechte. 1996 wurde ein generelles Berufsverbot für Frauen ausgesprochen, das über 40.000 Frauen betraf. Humanitäre Menschenrechtsorganisationen sprechen von einer "Menschenrechtsskatsastrophe" gegenüber Frauen in Afghanistan. Frauen werden aus dem gesellschaftlichen Leben radikal verbannt, Mädchenschulen werden geschlossen, Studentinnen von den Universitäten verwiesen sowie Frauen auf offener Straße geschlagen und gesteinigt. Nach Angaben der Vereinten Nationen zur Menschenrechtssituation in Afghanistan (2/96) sind vorwiegend Frauen im Bereich des Ausbildungs- sowie des Gesundheitswesens von dem Berufsverbot betroffen. Besonders Ärztinnen und Krankenschwestern werden an der Ausübung ihres Berufes gehindert. Obwohl das Gesundheitswesen unter diesen Restriktionen zusammenzuberehen drohte, wurden sie nur ansatzweise gelockert. Ein Berufsverbot für Ärztinnen hat zur Folge, daß Frauen und ihre Kinder die Gesundheitsversorgung nicht in Anspruch nehmen können. Ärztinnen durften hernach zwar teilweise wieder beruflich tätig werden, jedoch generell nur unter strikter, unzumutbarer Bewachung (U.S. Department of State, Afghanistan Report on Human Rights Practices for 1996, Januar 1997).

EMPFEHLUNG

Der Weltärztebund fordert alle nationalen Ärzteorganisationen nachdrücklich dazu auf, gegenüber ihren Regierungen dafür einzutreten,

- die gravierende Verletzung grundlegender Menschenrechte der Frauen in Afghanistan auf das Schärfste zu verurteilen sowie

- das Ziel, die elementaren Menschenrechte der Frauen wiederherzustellen und das Berufsverbot für Frauen aufzuheben durch entsprechende weltweite Maßnahmen zu unterstützen.
- sich für das Recht der Frauen auf angemessene gesundheitliche Versorgung einzusetzen, die das gesamte Spektrum der medizinischen und chirurgischen Leistungen umfaßt, einschließlich der akuten, subakuten und langfristigen Behandlung.

Oktober 1999

20.4/99
Original: Englisch

WELTÄRZTEBUND

EntschlieÙung des Weltärztebundes
zur

Aufnahme der Ärztlichen Ethik und der Menschenrechte in die Lehrpläne der medizinischen Fakultäten weltweit

verabschiedet von der
51. Generalversammlung des Weltärztebundes
Tel Aviv, Israel, Oktober 1999

1. In der Erwägung, daß Ärztliche Ethik und Menschenrechte ein integraler Bestandteil der Arbeit und Kultur des ärztlichen Berufes sind, und
2. In der Erwägung, daß Ärztliche Ethik und Menschenrechte ein integraler Bestandteil der Geschichte, Organisation und der Ziele des Weltärztebundes sind
3. Wird hiermit beschlossen, daß der Weltärztebund den medizinischen Fakultäten weltweit dringend empfiehlt, die Unterrichtung in ärztlicher Ethik und Menschenrechten als Pflichtfach in ihre Lehrpläne aufzunehmen.

November 1997

20.5/97
Original: Englisch

WELTÄRZTEBUND

Entschließung des Weltärztebundes
zu

Wirtschaftsembargos und Gesundheit

verabschiedet von der
49. Generalversammlung des Weltärztebundes,
Hamburg, Deutschland, November 1997

IN DER ERKENNTNIS, DASS

alle Menschen ein Recht auf die Erhaltung ihrer Gesundheit haben; und

nach der Genfer Konvention (Artikel 23, Nummer IV, 1949) der ungehinderte Transport von medizinischen Hilfsgütern für Zivilpersonen sicherzustellen ist;

FORDERT DER WELTÄRZTEBUND die nationalen Ärzteorganisationen auf, zu gewährleisten, daß Regierungen, die Wirtschaftssanktionen gegen andere Staaten verhängen, die vereinbarten Ausnahmen für Arzneimittel, medizinische Hilfsgüter und Grundnahrungsmittel respektieren.

September 1981

20.6/81
Original: Englisch

WELTÄRZTEBUND

EntschlieÙung des Weltärztebundes
über

die Beteiligung von Ärzten an der Vollstreckung von Todesurteilen

verabschiedet von der
34. Generalversammlung des Weltärztebundes
Lissabon, Portugal, September/Okttober 1981

Es wird beschlossen, daß die Generalversammlung des Weltärztebundes den Generalsekretär bei der Herausgabe der beigefügten Presseverlautbarung im Namen des Weltärztebundes unterstützt, in der die Beteiligung von Ärzten im Vollzug der Todesstrafe verurteilt wird.

Weiterhin wird beschlossen zu erklären, daß die Teilnahme an der Vollstreckung eines Todesurteils gegen die ärztliche Ethik verstößt; hiervon ausgenommen ist jedoch die Feststellung des Todes durch Ärzte.

Weiterhin wird beschlossen, daß der Ethik-Ausschuß dieser Frage auch in Zukunft seine volle Aufmerksamkeit widmet.

WELTÄRZTEBUND

Presseverlautbarung

Zur sofortigen Freigabe:

Ferney-Voltaire, Frankreich
11. September 1981

Der erste Vollzug der Todesstrafe durch intravenöse Injektion einer tödlichen Dosis eines Medikamentes wurde von einem Gericht im Bundesstaat Oklahoma der Vereinigten Staaten von Amerika verfügt und soll in der kommenden Woche ausgeführt werden.

Unabhängig von dem Verfahren der Vollstreckung eines vom Staat verhängten Todesurteils sollte von keinem Arzt verlangt werden, aktiv daran teilzunehmen. Es ist die Verpflichtung der Ärzte, Leben zu erhalten.

Die Tätigkeit eines Henkers gehört nicht zur medizinischen Praxis und ärztliche Hilfe ist bei der Ausführung eines Todesurteils nicht erforderlich, selbst dann nicht, wenn pharmakologische Mittel oder Hilfsmittel zur Anwendung gelangen, die sonst in der medizinischen Praxis eingesetzt werden.

Die einzige zulässige ärztliche Tätigkeit ist die Feststellung des Todes, nachdem der Staat das Todesurteil vollstreckt hat.

Dr. André Wynen
Generalsekretär

Oktober 1998

20.7/98
Original: Englisch

WELTÄRZTEBUND

EntschlieÙung des Weltärztebundes

zur Unterstützung der Konvention von Ottawa

(Konvention über das Verbot des Einsatzes, der Lagerung, der Herstellung und des Transfers von Antipersonenminen und über deren Zerstörung)

verabschiedet von der
50. Generalversammlung des Weltärztebundes
Ottawa, Kanada, Oktober 1998

Der Weltärztebund:

1. bringt seine Unterstützung für die Konvention von Ottawa zum Ausdruck (auch als Konvention über das Verbot von Landminen bekannt); und
2. fordert seine nationalen ärztlichen Mitgliedsorganisationen auf, auf ihre Regierungen einzuwirken, damit diese die Konvention unterzeichnen und ratifizieren.

WELTÄRZTEBUND

Erklärung des Weltärztebundes
zum

Einsatz von Computern in der Medizin

Die folgende Erklärung basiert auf einer
Entschießung der
27. Generalversammlung des Weltärztebundes
München, Deutschland, Oktober 1973
revidiert von der
35. Generalversammlung des Weltärztebundes
Venedig, Italien, Oktober 1983

Der Weltärztebund hat Kenntnis genommen von den großen Fortschritten und den Vorteilen, die der Einsatz von Computern und elektronischer Datenverarbeitung auf dem Gebiet der Gesundheit bietet, insbesondere bei der Behandlung der Patienten und in der Epidemiologie, und gibt die folgenden Empfehlungen:

1. Die nationalen Ärzteorganisationen sollten alle ihnen möglichen Schritte unternehmen, um den Privatbereich und die Sicherheit der Patienten sowie die Vertraulichkeit der Informationen zu schützen;
2. Die Freigabe oder Weitergabe von vertraulichen Informationen aus dem Gesundheitsbereich zum Zweck der wissenschaftlichen Forschung, für Management-Analysen, Finanzplanungen, und zur Programmbewertung oder ähnlicher Studien stellt keinen Vertrauensbruch dar, solange die freigegebene Information in keinem Teil des Berichtes, der Analyse oder auf andere Weise weder direkt noch indirekt zur Identifizierung eines einzelnen Patienten führen kann.
3. Die nationalen Ärzteorganisationen sollten sich allen Versuchen entgegenstellen, die Gesetzgebung der Datenverarbeitung so zu regeln, daß die Gefahr besteht, das Recht des Patienten auf seine Intimsphäre, auf Sicherheit und Vertraulichkeit zu untergraben. Wirksame Maßnahmen gegen den Mißbrauch durch Unbefugte oder die Weitergabe von Schlüsselzahlen und anderer persönlicher Daten müssen sichergestellt sein, bevor diese Informationen eingespeichert werden.
4. Medizinische Datenbanken sollten nie mit anderen zentralen Datenbanken gekoppelt sein.

WELTÄRZTEBUND

Entschließung des Weltärztebundes
zur
medizinischen Versorgung von Flüchtlingen

verabschiedet von der
50. Generalversammlung des Weltärztebundes
Ottawa, Kanada, Oktober 1998

IN DER ERWÄGUNG, daß die jüngsten internationalen Konflikte und Bürgerkriege zu einer ständigen Zunahme von Flüchtlingen in allen Regionen geführt haben; und

IN DER ERWÄGUNG, daß internationale Kodizes für Menschenrechte und ärztliche Ethik, einschließlich die Deklaration des Weltärztebundes von Lissabon, erklären, daß alle Menschen ohne Unterschied ein Recht auf angemessene ärztliche Versorgung haben;

WIRD BESCHLOSSEN, DASS:

1. Ärzte die Pflicht haben, einem Patienten unabhängig von seinem Status die notwendige Versorgung zukommen zu lassen und Regierungen dürfen weder das Recht des Patienten auf medizinische Behandlung, noch die Pflicht des Arztes zu helfen, einschränken; und
2. Ärzte nicht gezwungen werden dürfen, an Strafaktionen oder gerichtlich angeordneten Aktionen gegen Flüchtlinge mitzuwirken oder an Flüchtlingen medizinisch nicht zu vertretende diagnostische Maßnahmen oder Behandlungen vorzunehmen, wie beispielsweise die Verabreichung von Beruhigungsmitteln, um Probleme bei der Abschiebung der Flüchtlinge in ihr Heimatland zu vermeiden; und
3. Ärzten genügend Zeit und ausreichende Ressourcen zugewilligt werden müssen, um den physischen und psychologischen Gesundheitszustand von Asylbewerbern beurteilen zu können.

WELTÄRZTEBUND

**Entschließung des Weltärztebundes
zu**

Berichten über Menschenrechtsverletzungen im Gesundheitssektor im Kosovo

verabschiedet von der
50. Generalversammlung des Weltärztebundes
Ottawa, Kanada, Oktober 1998

In großer Besorgnis über die Situation im Kosovo appelliert der Weltärztebund an seine nationalen Mitgliedsorganisationen, ihre Regierungen dringend aufzufordern, um:

1. die sofortige Bereitstellung humanitärer Hilfe für Tausende von Vertriebenen sicherzustellen;
2. darauf zu drängen, daß die Behörden unparteiische gerichtsmedizinische Untersuchungen unter der Aufsicht internationaler gerichtsmedizinischer Experten zulassen;
3. sich für die Ergreifung von Sofortmaßnahmen einzusetzen, um:
 - a) Menschenrechtsverletzungen aufzudecken;
 - b) sicherzustellen, daß das medizinische Personal und die medizinischen Einrichtungen respektiert werden; und
 - c) internationalen humanitären Organisationen den uneingeschränkten Zutritt zu ermöglichen.
4. die Diskriminierung bei der Gesundheitsversorgung im Kosovo sowie jegliche Benachteiligung aufgrund der ethnischen Zugehörigkeit im Rahmen der Gesundheitsdienste zu unterbinden.

WELTÄRZTEBUND

Erklärung des Weltärztebundes
zur

Entwicklung der Arztzahlen (I)

verabschiedet von der
35. Generalversammlung des Weltärztebundes
Venedig, Italien, Oktober 1983
revidiert von der
38. Generalversammlung des Weltärztebundes
Rancho Mirage, U.S.A., Oktober 1986

Die Generalversammlung von Venedig ruft heute, am 28. Oktober 1983, alle nationalen Ärzteorganisationen auf, eine Lösung des Problems der Arztzahlenentwicklung zu finden.

Es ist notwendig,

1. daß die bestmögliche ärztliche Versorgung allen Menschen zur Verfügung steht;
2. daß ein sicheres System der Qualitätsversorgung beste medizinische Versorgung gewährleistet;
3. daß Voraussetzungen geschaffen werden für die Gewinnung neuer Erkenntnisse, Techniken und Möglichkeiten, die dem Fortschritt der medizinischen Wissenschaft dienen.

Die Generalversammlung fordert alle Ärzteorganisationen auf, mit ihren Regierungen zusammenzuarbeiten, um diese Ziele im Rahmen der geltenden Gesetze durchzusehen.

Qualifizierte medizinische Versorgung und die Aufrechterhaltung und Entwicklung ärztlicher Kunst und medizinischer Technik sowie die Entdeckung neuer Wissensgebiete sind untrennbar mit den Möglichkeiten verbunden, ärztliches Wissen in der Praxis am Patienten zu erwerben. Dieser Grundsatz muß bei jeder Lösung des Problems der Ärzteschwemme Beachtung finden, wirtschaftliche und politische Erwägungen müssen diesem Grundsatz untergeordnet werden.

Von größter Bedeutung ist die Berücksichtigung dieses Grundsatzes bei der Abfassung von Gesetzen und Richtlinien für die medizinischen Hochschulen, damit die Qualität ärztlicher Versorgung auch in Zukunft gesichert ist.

WELTÄRZTEBUND

Erklärung des Weltärztebundes
zur

Entwicklung der Arztzahlen (II)

verabschiedet von der
36. Generalversammlung des Weltärztebundes
Singapur, Oktober 1984
revidiert von der
38. Generalversammlung des Weltärztebundes
Rancho Mirage, U.S.A., Oktober 1986

Der Weltärztebund ist bemüht, der Menschheit zu dienen, indem er versucht, den höchsten internationalen Standard der Ausbildung zum Arzt zu gewährleisten.

Der Weltärztebund und seine nationalen Mitgliedorganisationen haben sich stets für eine hochqualifizierte Ausbildung engagiert.

Die ärztliche Versorgung kann immer nur so gut sein, wie die Ausbildung, die die Ärzte erhalten haben.

Der Weltärztebund bestätigt erneut,

daß er für eine hochqualitative medizinische Ausbildung eintritt, die allen Studenten die Möglichkeit einer hervorragenden praktischen Ausbildung gewährleistet;

daß nur geeignete Kandidaten zum Medizinstudium zugelassen werden sollten;

daß die Anzahl der zum Medizinstudium zugelassenen Studenten nicht höher ist als die Zahl der Studienplätze, die für eine qualifizierte Ausbildung in Theorie und Praxis zur Verfügung stehen;

daß die Qualifikation zum Medizinstudium durch ein objektives Gremium der medizinischen Fakultäten festgelegt wird.

WELTÄRZTEBUND

Erklärung des Weltärztebundes
zur

Entwicklung der Arztzahlen (III)

verabschiedet von der
37. Generalversammlung des Weltärztebundes
in Brüssel, Belgien, Oktober 1985
revidiert von der
38. Generalversammlung des Weltärztebundes
Rancho Mirage, U.S.A., Oktober 1986

Die Verantwortlichen für die Ausbildung der Ärzte in jedem Land sollten ihren Medizinstudenten die Bedeutung der praktischen Ausbildung klarmachen, um die ärztlichen Grundkompetenzen zu erlangen sowie auf die Notwendigkeit der fortlaufenden praktischen Erfahrung hinweisen, um diese Kompetenz zu erhalten.

Wenn es fraglich ist, ob der Medizinstudent die erforderliche praktische Ausbildung erhalten kann, sollte er eindringlich aufgefordert werden, seinen Entschluß, den ärztlichen Beruf zu ergreifen, zu überdenken.

WELTÄRZTEBUND

Erklärung des Weltärztebundes
zum

Gebrauch und Mißbrauch psychotroper Arzneimittel

verabschiedet von der
29. Generalversammlung des Weltärztebundes
Tokio, Japan, Oktober 1975
revidiert von der
35. Generalversammlung des Weltärztebundes
Venedig, Japan, Oktober 1983

1. Der Gebrauch psychotroper Arzneimittel ist ein komplexes soziales Phänomen und nicht nur ein medizinisches Problem.
2. In der Gesellschaft besteht ganz allgemein die dringende Notwendigkeit für eine intensive, nicht in moralisierender oder strafandrohender Form vorgetragene öffentliche Aufklärung. Sie sollte auch praktische Alternativen zum Drogengebrauch entwickeln und aufzeigen. Ärzte als sachkundige und direkt angesprochene Bürger sollten an derartigen Programmen mitwirken.
3. Die Ärzte sollten psychotrope Arzneimittel mit größter Zurückhaltung verschreiben; die Verschreibung muß auf exakter Diagnosestellung, auf der erforderlichen nicht-pharmakologischen Beratung sowie sorgfältiger Auswahl der anzuwendenden Stoffe beruhen, wobei die möglichen Gefahren der Fehlanwendung und des Mißbrauchs zu berücksichtigen sind.
4. Die Ärzte sollten die Aufgabe übernehmen, Informationen über die gesundheitliche Gefährdung durch den nicht-medizinischen Gebrauch aller psychotropen Stoffe einschließlich des Alkohols zusammenzutragen und bereitzustellen.
5. Der ärztliche Berufsstand sollte in Zusammenarbeit mit den Regierungen und den zuständigen Einrichtungen sicherstellen, daß solche Informationen so weit wie möglich gestreut werden, insbesondere sollten sie bei jenen Altersgruppen verbreitet werden, die der Versuchung des Probierens am ehesten ausgesetzt sind. Damit soll dem Gruppenzwang und anderen Faktoren entgegengewirkt werden, die zum Mißbrauch führen, um jedem Menschen das Recht auf eine freie, verantwortungsbewußte persönliche Entscheidung zu erhalten.

Dokumente und Schlagwörter

- 10.A Verletzungen bei Verkehrsunfällen, Erklärung
(TRAFFIC INJURY, STATEMENT)
Unfall; Straßenverkehr, Straßenverkehrssicherheit, Verkehrsplanung, Verkehrserziehung, Sicherheitsmaßnahmen; Prävention; öffentliche Gesundheit; Jugendliche, Haupttodesursache; Rettungswesen
- 10.AA Alkohol und Sicherheit im Straßenverkehr, Erklärung
(ALCOHOL AND ROAD SAFETY, STATEMENT)
Unfall; Alkohol; Todesursache; Straßenverkehr, Straßenverkehrssicherheit, Blutalkoholkonzentration, Verkehrserziehung, Sicherheitsmaßnahmen; Prävention; Aufklärung; Arbeitsplatz; öffentliche Gesundheit; Jugendliche; Rehabilitation
- 10.B Unfallverhütung, Deklaration
(INJURY CONTROL, DECLARATION)
Unfall, Unfallursache, Erfassungssystem, Trauma, Todesursache; Sicherheitsmaßnahmen; Prävention; Aufklärung; Arbeitsplatz; öffentliche Gesundheit; Kinder, Haupttodesursache; Jugendliche, Haupttodesursache; Rehabilitation, Invalidität; Produkt-Design, Rettungswesen; ärztliche Ausbildung
- 10.C Arzthaftung bei Kunstfehlern, Erklärung
(MEDICAL MALPRACTICE, STATEMENT)
Behandlungsfehler; Kunstfehler; Behandlungsfolgen; Arzthaftung; Klagen; Rechtsschutz; Schlichtung; Versicherung; Entschädigung; Technologiefolgen; Recht auf gesundheitliche Versorgung; Medien; defensive Medizin, Mehrfachuntersuchungen; Standard; Solidaritätsfonds; Aufklärung; Ausbildung Weiterbildung; Fortbildung; Kostenkontrolle; Berufsausübung;
- 10.10 Berufliche Autonomie und Selbstverwaltung, Deklaration von Madrid
(PROFESSIONAL AUTONOMY AND SELF-REGULATION, DECLARATION OF MADRID)
Berufsausübung; Berufliche Autonomie; Selbstverwaltung; Therapiefreiheit; Patientenversorgung; Berufsordnung; Bewertungsmaßstäbe; Qualitätssicherung; wissenschaftliche Experimente; Deklaration von Helsinki; Kostenbewußtsein; Überversorgung; Selbstkontrolle;
- 10.20 Gesundheit der Kinder, Erklärung,
(INFANT HEALTH, STATEMENT OF POLICY)

Kinder, Kindersterblichkeit, Mortalität, Morbidität; Säuglinge, Säuglingssterblichkeit, Mortalität, Morbidität; Gesundheit der Frau; Kinderhilfsprogramm; Weltärztebund Kinder-Gesundheitsprogramm; Centers for Disease Control (CDC); American Medical Association, United States Agency for International Development (USAID); Immunisierung; Rehydratationstherapie bei Diarrhoe; Geburtenkontrolle; Bruststillen der Neugeborenen; Schwangerschaftsvorsorge; Geburtsgewicht; Prävention;

- 10.23 Selbstmord bei Jugendlichen, Erklärung
(ADOLESCENT SUICIDE, STATEMENT)
Jugendliche, Todesursache; Heranwachsende; Selbstmord; Unfall; Trauma; Prävention; Alkoholmißbrauch; Drogenmißbrauch; Selbstwertgefühl; Waffen; biopsychosoziale Entwicklung; Ausbildung; Weiterbildung; psychosoziale Entwicklung; Risikofaktoren;
- 10.24 Verstümmelung weiblicher Genitalien, Erklärung
(CONDEMNATION OF FEMALE GENITAL MUTILATION, STATEMENT)
Gesundheit der Frau; Kinder; Mädchen; Sexualität; Genitalien; Geschlechtsmerkmale; Beschneidung; Infibulation; Prävention; Religion; Tradition; funktionelle Störungen; Komplikationen; WHO; UNICEF; Strafrecht;
- 10.25 Mißhandlung älterer Menschen, Deklaration von Hongkong
(THE ABUSE OF THE ELDERLY, DECLARATION OF HONG KONG)
alte Menschen; Ältere Menschen; Senioren; Alterserkrankungen; Fürsorge; Pflege; Mißhandlung; Vernachlässigung; Familie; freie Arztwahl; Meldung von Verdachtsfällen; Gewalt in der Familie;
- 10.30 Gesundheitsgefährdung durch Tabakprodukte, Erklärung
(HEALTH HAZARDS OF TOBACCO PRODUCTS, STATEMENT)
Tabak; Rauchen; Rauchverbot während Sitzungen; Prävention; Aufklärung; öffentliche Gesundheit; Kinder; Jugendliche; Vorbildfunktion des Arztes; Rauchverbote; Tabaksubventionen; Werbung, Sponsoring
- 10.31 Tabakerzeugnissen, Import, Export, Vertrieb und Werbung, Erklärung
(TOBACCO MANUFACTURE, IMPORT, EXPORT ,SALE AND ADVERTISING, STATEMENT)
Tabak; Rauchen; Prävention; öffentliche Gesundheit; Handel mit Tabakwaren, Werbung für Tabakwaren;
- 10.40 Ersatz durch Generika, Erklärung
(GENERIC DRUG SUBSTITUTION, STATEMENT)
Arzneimittel; Generika; Substitution; Bioäquivalenz; Bioverfügbarkeit; Verordnungsfreiheit; Arzthaftung; Unerwünschte Arzneimittelwirkungen; Nebenwirkungen;

- 10.41 Ambulante Drogensubstitution, Erklärung
(STATEMENT ON THE PRESCRIPTION OF SUBSTITUTE DRUGS IN THE OUTPATIENT TREATMENT OF ADDICTS TO OPIATE DRUGS)
Opiatabhängigkeit; Ersatzdroge; Ambulante Drogensubstitution; Drogenabhängigkeit; Heroinsubstitution; Methadon; AIDS; Hepatitis B; Hepatitis C; Substitution; Sucht; Betäubungsmittel; Drogen;
- 10.50 Ärztliche Versorgung in ländlichen Gebieten, Empfehlungen
(MEDICAL CARE IN RURAL AREAS, RECOMMENDATIONS)
Zugang zur gesundheitlichen Versorgung; Ressourcen-Allokation; ländliche Gebiete; öffentliche Gesundheit; medizinisches Assistenzpersonal; Gesundheitsberufe, Ausbildung, Zusammenarbeit; Qualitätssicherung;
- 10.55 Sicherheit am Arbeitsplatz, Erklärung
(SAFETY IN THE WORKPLACE, STATEMENT)
Arbeitsmedizin; Arbeitsschutz; professionelle Autonomie; Eigenverantwortung; Ausbildung; Entwicklung gesetzlicher Vorschriften;
- 10.60 Aufgaben des Arztes im Umweltschutz und in der Bevölkerungsentwicklung, Deklaration
(THE ROLE OF PHYSICIANS IN ENVIRONMENTAL AND DEMOGRAPHIC ISSUES, DECLARATION)
Umweltschutz; Lebensbedingungen; Umweltverschmutzung; Bevölkerungsentwicklung; Familienplanung; Selbstbestimmung; Ressourcen-Allokation; internationale Koordination;
- 10.70 Zugang zur medizinischen Versorgung, Erklärung
(ACCESS TO HEALTH CARE, STATEMENT)
Zugang zur gesundheitlichen Versorgung; Gesundheitsberufe, Arbeitskräftepotential; Ressourcen-Allokation; Gesundheitssysteme, private und öffentliche Finanzierung; sozialer Schutz; Krankentransport; ländliche Gebiete; freie Arztwahl; Prävention; Eigenverantwortung; Aufklärung; Qualitätssicherung; Selbstverwaltung;
- 10.75 Gesundheitsförderung, Erklärung
(STATEMENT ON HEALTH PROMOTION) Gesundheitsförderung; Gesundheitsamt;; Öffentliche Gesundheit; Aufklärung, gesundheitliche; Prävention; Grundversorgung; Gesundheitsschutz; Patientenwahl;
- 10.80 Die ärztliche Aus- und Weiterbildung, Deklaration von Rancho Mirage
(MEDICAL EDUCATION, DECLARATION OF RANCHO MIRAGE)
Ausbildung; Weiterbildung; Fortbildung; Qualitätssicherung; Hochschule; Ausbildungsziel; Primärversorgung; Praxisbezug der Ausbildung; Ethik; Fortbildungspflicht; Berufsausübung; Selbstverwaltung;
- 10.81 Fünfte Weltkonferenz des Weltärztebundes über ärztliche Aus-, Weiter-, und Fortbildung, Deklaration
(WMA FIFTH WORLD CONFERENCE ON MEDICAL EDUCATION, DECLARATION)

Ausbildung; Weiterbildung; Fortbildung; Finanzierung der Aus-, Weiter- und Fortbildung; Qualitätssicherung der Lehre; Gesundheitspolitik; Ethik; Fortschritt; Selbstverwaltung;

- 10.90 Gesundheitssicherstellung in nationalen Gesundheitssystemen, Zwölf Grundsätze
(TWELVE PRINCIPLES OF PROVISION OF HEALTH CARE IN ANY NATIONAL HEALTH CARE SYSTEM)
Zugang zur gesundheitlichen Versorgung; Gesundheitsberufe, Arbeitskräftepotential; Ressourcen-Allokation; Gesundheitssysteme, private und öffentliche Finanzierung; professionelle Autonomie; Vertragsfreiheit; Therapiefreiheit; sozialer Schutz; Wahrung des Arztgeheimnisses; freie Arztwahl; Zugang zu Fortbildungsveranstaltungen; Selbstverwaltung;
- 10.110 Familienplanung und zum Recht der Frau auf Empfängnisverhütung, Erklärung
(STATEMENT ON FAMILY PLANNING AND THE RIGHT OF A WOMAN TO CONTRACEPTION)
Familienplanung; Schwangerschaft; Recht der Frau; Empfängnisverhütung; Geburtenkontrolle; ungewollte Schwangerschaft; Religion; Kontrazeption; Entwicklungsländer; Kinder; Gesundheit der Frau
- 10.120 Resistenz gegen Antibiotika, Erklärung
(STATEMENT ON RESISTANCE TO ANTIMICROBIAL DRUGS)
Resistenz gegen Antibiotika, Antibiotika, Mißbrauch von Antibiotika, WHO, Forschung, Innovative Antibiotika, Impfstoffe, Pharmazeutische Industrie, Nahrungsmittelprodukte, Tierzucht, Selektion
- 10.140 Gewalt in der Familie, Erklärung
(DECLARATION ON FAMILY VIOLENCE)
Gewalt in der Familie; Familie; Öffentliche Gesundheit; Mißhandlung, Meldung von Verdachtsfällen; Ältere Menschen, Kinder, Mißhandlung, Vernachlässigung; Sexueller Mißbrauch; Soziale Faktoren für Gewalt in der Familie; Alkohol, Armut; Arbeitslosigkeit; Ehe;
- 10.150 Verantwortung des Ratzes hinsichtlich der Qualität der medizinischen Versorgung
(STATEMENT ON PROFESSIONAL RESPONSIBILITY FOR STANDARD OF MEDICAL CARE)
Qualität der medizinischen Versorgung; Medizinische Versorgung; Standesordnung; Patientenrecht; Ethikausschuß; Prüfungsausschuß; Berufliche Autonomie; Selbstkontrolle; Eigenverantwortung; Verantwortung; Qualitätssicherung
- 10.160 Leitlinien für eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung der gesundheitlichen Versorgung, Deklaration
(DECLARATION WITH GUIDELINES FOR CONTINUOUS QUALITY IMPROVEMENT IN HEALTH CARE)
Qualitätssicherung, Fortbildung, Peer Review, Leitlinie, Standard, Ethikausschuß, Dokumentation, Datenschutz

- 10.170 Ärztedichte, Entschließung
(RESOLUTION ON THE MEDICAL WORKFORCE)
Arztzahlen, Ärztedichte, Ärztliche Ausbildung, Ausbildung, Kapazitäten
- 10.180 Ärztedichte, Entschließung
(RESOLUTION ON THE MEDICAL WORKFORCE)
- 10.190 Medikamentöse Behandlung von Tuberkulose, Erklärung
(STATEMENT ON DRUG TREATMENT OF TUBERCULOSIS)
Tuberkulose, TB, WHO, Arzneimittelresistenz, Resistenz, Seuche, Antibiotika, Epidemie
- 10.210 Arbeitsbeziehungen zwischen Ärzten und Pharmazeuten in der medizinischen Therapie, Erklärung
(STATEMENT ON THE WORKING RELATIONSHIP BETWEEN PHYSICIANS AND PHARMACISTS)
Arzneimittel, Pharmazeuten, Apotheker, Arzneimittelabgabe, Patientenrechte, Aufklärung, Therapie, Berufsfeld, Patienteninformation
- 17.A Internationale Ärztliche Standesordnung und Deklaration von Genf
(MEDICAL ETHISCH, INTERNATIONAL CODE AND DECLARATION OF GENEVA)
Internationale Berufsordnung; Gelöbnis; Ethik; Arztgeheimnis; Patienteninteresse; Schweigepflicht; Diskriminierungsverbot; Menschlichkeit; Menschenwürde; Werbeverbot; Provisionsverbot; Gewissenhaftigkeit; wissenschaftliche Sorgfaltspflicht; gutachterliche Tätigkeit; Konsultationspflicht; Kollegialität;
- 17.B Definition des Todes, Deklaration von Sydney
(STATEMENT ON DEATH, DECLARATION OF SYDNEY)
Tod, Todeszeitpunkt, Feststellung des Todes; Organerhaltung; Organtransplantation; Organentnahme, Einwilligung zur Organentnahme; künstliche Beatmung; Hirnfunktionen, irreversibler Verlust;
- 17.C Deklaration von Helsinki
(DECLARATION OF HELSINKI)
Forschung am Menschen; Humanexperiment, Verantwortung für Humanexperimente; Qualifikation für Humanexperimente, Schutz der Versuchsperson; Umwelt; Versuchstiere; Laborversuche; Literaturstudium; Versuchsprotokoll; Ethik; Ethikkommission; Risikoabschätzung; wissenschaftliche Sorgfaltspflicht; Einwilligung nach Aufklärung; Geschäftsfähigkeit; Minderjährige; Jugendliche; Klinische Versuche; Therapiefreiheit; Kontrollgruppe; Freiwilligkeit; Weigerung der Teilnahme; Grundlagenforschung; Gesellschaft;
- 17.D Erklärung zum therapeutischen Schwangerschaftsabbruch, Deklaration von Oslo
(STATEMENT ON THERAPEUTIC ABORTION, DECLARATION OF OSLO)

Schwangerschaftsabbruch; Abtreibung; Schutz des ungeborenen Lebens; Gewissensentscheidung;

- 17.F Deklaration von Tokio
(DECLARATION OF TOKYO)
Verletzung der Menschenrechte; Menschlichkeit; Gefangene; Folter; Mißhandlung; grausame Bestrafung; professionelle Autonomie; Nahrungsverweigerung; Hungerstreik;
- 17.FF Leibesvisitation bei Häftlingen, Erklärung
(BODY SEARCHES OF PRISONERS, STATEMENT)
Leibeshöhlervisitation; Rektaluntersuchungen; Pelvisuntersuchungen; Haft; Gefangene; Waffen; Drogen; Assistenzpersonal, Ausbildung; Menschenwürde;
- 17.FFF Hungerstreik, Deklaration von Malta
(HUNGERSTRIKERS, DECLARATION OF MALTA)
Haft; Gefangene; Hungerstreik; Nahrungsverweigerung; Patientenautonomie; Selbstbestimmung; Zustimmung zur Behandlung; Schweigepflicht; Arztgeheimnis; Nötigung; Rehydratation; Absonderung von Hungerstreikenden;
- 17.FFFF Unterstützung von Ärzten, die die Mitwirkung an Folterungen oder anderen Formen grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlungen ablehnen, Deklaration von Hamburg
(DECLARATION OF HAMBURG ON SUPPORT FOR MEDICAL DOCTORS REFUSING TO PARTICIPATE IN, OR TO CONDONE, THE USE OF TORTURE OR OTHER FORMS OF CRUEL, INHUMAN, OR DEGRADING TREATMENT)
Folter, Menschenrechte, berufliche Autonomie
- 17.G Erklärung zur Umweltverschmutzung, Deklaration von Sao Paulo
(STATEMENT ON POLLUTION, DECLARATION OF SAO PAULO)
Umwelt und Gesundheit; Umweltverschmutzung, Gesundheitsgefahren; Engagement; öffentliche Gesundheit;
- 17.G/1 Umweltbelastung durch Lärm, Erklärung
(NOISE POLLUTION, STATEMENT)
Lärmbelastung; Umweltverschmutzung; Arbeitsmedizin; Arbeitsplatz; Verkehr; Freizeitverhalten; Lärmschutz; öffentliche Gesundheit;
- 17.H Die Rechte des Patienten, Deklaration von Lissabon
(THE RIGHTS OF THE PATIENT, DECLARATION OF LISBON)
Patientenrechte; freie Arztwahl; professionelle Autonomie; Arztgeheimnis; Schweigepflicht; Tod, Sterbebeistand;
- 17.I. Grundsätze für die Gesundheitsfürsorge in der Sportmedizin, Deklaration
(PRINCIPLES OF HEALTH CARE FOR SPORTS MEDICINE, DECLARATION)

Sport; Sportmedizin; Kinder; Jugendliche; Arbeitsmedizin; Doping; unerlaubte Leistungssteigerung; Eignungsprüfung; Schweigepflicht, Arztgeheimnis; grenzüberschreitende Tätigkeit; Leistungssport, Aufklärung, Gesundheitsschutz, Training, Sportarzt, Migration

- 17.J Der todkranke Patient, Deklaration von Venedig
(TERMINAL ILLNESS, DECLARATION OF VENICE)
Sterbehilfe; Euthanasie; Sterbebeistand; Sterbebegleitung; Schmerztherapie; lebensverlängernde Maßnahmen; Selbstbestimmungsrecht; Patientenautonomie; Organspende; Organtransplantation
- 17.K Boxsport, Empfehlungen
(BOXING, RECOMMENDATIONS)
Sport; Boxen; Boxregister, Verletzungsstatistik; Sportmedizin; Sportärztliche Betreuung; Ringarzt; Notfallmaßnahmen; Sicherheitsvorkehrungen;
- 17.L Die Menschenrechte und die persönliche Freiheit des einzelnen Arztes, Deklaration
(HUMAN RIGHTS AND INDIVIDUAL FREEDOM OF MEDICAL PRACTITIONERS, DECLARATION)
Professionelle Autonomie; Chancengleichheit; Ausbildung; Weiterbildung; Fortbildung; Diskriminierungsverbot;
- 17.M Handel mit Organen, Erklärung
(LIVE ORGAN TRADE. STATEMENT)
Organtransplantation; Lebendspende; Organhandel; Dritte Welt;
- 17.N In-vitro-Fertilisation und Embryo-Transfer, Erklärung
(IN-VITRO FERTILIZATION AND EMBRYO TRANSPLANTATION, STATEMENT)
In-vitro-Fertilisation; IVFT; Sterilität; Weiterbildung; Aufklärung; Schweigepflicht; Arztgeheimnis; Patientenautonomie; Gametenspende; hetererloger Gametentransfer; Leihmutterschaft; Leihelternschaft; Verbot der Kommerzialisierung;
- 17.N/3 Ethische Aspekte der Embryonenreduktion, Erklärung
(STATEMENT ON ETHICAL ASPECTS OF EMBRYONIC REDUCTION)
Embryonenreduktion; Reproduktionsmedizin; Mehrlingsschwangerschaften; In-vitro-Fertilisation; Oozytnreduktion; Selektiver Fetozyd; Fötenmortalität; IVFT; Abtreibung
- 17.O Unabhängigkeit und berufliche Freiheit des Arztes, Deklaration
(PHYSICIAN INDEPENDENCE AND PROFESSIONAL FREEDOM, DECLARATION)
Professionelle Autonomie; Patientenrechte; Patienteninteresse; Therapiefreiheit; Ressourcen-Allokation; Kostendämpfung;
- 17.OO Vertraulichkeit und Vertretung der Patienteninteressen, Erklärung
(PATIENT ADVOCACY AND CONFIDENTIALITY, STATEMENT)

Professionelle Autonomie; Beschäftigungsverhältnis; Patientenrechte; Patienteninteresse; Therapiefreiheit; Ressourcen-Allokation; Kostendämpfung; öffentliche Gesundheit;

- 17.00/1 Ethische Problem bei Patienten mit psychischen Erkrankungen, Erklärungen
(STATEMENT ON ETHICAL ISSUES CONCERNING PATIENTS WITH MENTAL ILLNESS)
Psychische Erkrankung; Psychiater; Psychiatrie; Diskriminierung; Unzurechnungsfähigkeit; Zwangsbehandlung; Zwangseinweisung; Ärztliche Schweigepflicht; Patienteninteresse
- 17.P Euthanasie, Deklaration
(EUTHANASIA, DECLARATION)
Sterbehilfe; Euthanasie; Sterbebegleitung; Selbstbestimmungsrecht; Patientenautonomie;
- 17.PP Ärztliche Hilfe zum Selbstmord, Erklärung
(PHYSICIAN-ASSISTED SUICIDE, STATEMENT)
Sterbehilfe; Euthanasie; Hilfe zum Selbstmord; Selbstbestimmungsrecht; Patientenautonomie;
- 17.Q Organtransplantation, Deklaration
(HUMAN ORGAN TRANSPLANTATION, DECLARATION)
Organtransplantation; Organentnahme; Todesfeststellung; Deklaration von Helsinki; Weiterbildung; Verbot der Kommerzialisierung;
17. R AIDS, vorläufige Erklärung
(AIDS INTERIM STATEMENT)
AIDS; HIV-Infektion; nationale Strategien; Aufklärungsprogramme; Prävention; Aufklärung; Pflichtuntersuchung; Risikogruppen; Schwangere; anonyme Meldung; Behandlung HIV-positiver Patienten; Arztgeheimnis; Schweigepflicht; Schutz Dritter; Epidemiologie;
- 17.R/1 Berufliche Verantwortung der Ärzte bei der Behandlung von AIDS-Patienten, Erklärung
(THE PROFESSIONAL RESPONSIBILITY OF PHYSICIANS IN TREATING AIDS PATIENTS, STATEMENT)
AIDS; HIV; HIV-positive Ärzte; Behandlung HIV-positiver Patienten; Arztgeheimnis; Schweigepflicht; Schutz Dritter; Epidemiologie; Prävention; Arbeitsschutz; Aufklärung;
- 17.R/2 Fragen in Verbindung mit der HIV-Infektion, Erklärung
(ISSUES RAISED BY THE HIV EPIDEMIC, STATEMENT)
AIDS; HIV; Prävention; Forschung; HIV-Test; Weiterbildung; Fortbildung; Kinder; Gesundheit der Frau; Drogentherapie;
- 17.S Gentherapie und Gentechnologie, Erklärung
(GENETIC COUNSELING AND GENETIC ENGINEERING, STATEMENT)

Gentherapie, genetische Diagnostik; Erbkrankheiten; genetische Beratung; Abtreibung; Sterilisation; Empfängnisverhütung; Selbstbestimmungsrecht; Patientenautonomie; Gentechnik; Forschung; Deklaration von Helsinki;

17.S/1

Projekt der Analyse des menschlichen Genoms, Deklaration
(THE HUMAN GENOME PROJECT, DECLARATION)

genetische Forschung; Erbkrankheiten; Genomanalyse; Genkartierung; genetische Prädisposition; Datenschutz; Versicherung; Arbeitsplatz; Arbeitsmedizin; Diskriminierung; Eugenik; Selektion; Selbstbestimmungsrecht; Persönlichkeitsrecht; Ressourcen-Allokation; internationaler Austausch; Wissenstransfer; Schweigepflicht; Patentierung;

- 17.T Transplantation von fetalem Gewebe, Erklärung
(FETAL TISSUE TRANSPLANTATION, STATEMENT)
Fetales Gewebe; Schwangerschaftsabbruch; Abtreibung; Schwangerschaft;
Verbot der Kommerzialisierung; Verbot der gezielten Spende; Organent-
nahme, Gewebetransplantation; Diabetes Mellitus; Morbus Parkinson; For-
schung; Deklaration von Helsinki;
- 17.U Biomedizinische Forschung an Tieren, Erklärung
(ANIMAL USE IN BIOMEDICAL RESEARCH, STATEMENT)
Forschung; Tierversuche; Tierschützer; Gewalttätigkeit; Versuchstiere; De-
klaration von Helsinki;
- 17.V Dauerkoma (Persistent Vegetative State), Erklärung
(PERSISTENT VEGETATIVE STATE, STATEMENT)
Vegetatives Syndrom; Intensivmedizin; Ressourcen-Allokation; Koma; Re-
habilitation; persistent vegetative state; Prognose; Behandlungsabbruch;
- 17.W Mißhandlung und Vernachlässigung von Kindern, Erklärung
(CHILD ABUSE AND NEGLECT, STATEMENT)
Kinder, Mißhandlung, Vernachlässigung, Feststellung; Primärversorgung; Do-
kumentation; Weiterbildung; Fortbildung; Betreuung; Behandlung; Objektiv-
vierbarkeit; Verjährung;
- 17.X Versorgung von Patienten im Endstadium einer zum Tode führenden
Krankheit mit starken chronischen Schmerzen, Erklärung
(THE CARE OF PATIENTS WITH SEVERE CHRONIC PAIN IN TERMINAL
ILLNESS, STATEMENT)
Tod; Sterbebegleitung; Schmerztherapie; Opiate; gesetzliche Hindernisse;
- 17.Y Biologische und chemische Waffen, Deklaration
(CHEMICAL AND BIOLOGICAL WEAPONS, DECLARATION)
Waffen; Krieg; Umwelt; Genfer Deklaration; Deklaration von Helsinki; Äch-
tung biologischer und chemischer Waffen;
- 17.Z Ärztliche Ethik im Katastrophenfall, Erklärung
(MEDICAL ETHICS IN THE EVENT OF DISASTERS, STATEMENT)
Katastrophen; Ressourcen-Allokation; Rettungswesen; Umwelt; Seuchen;
Koordination; Triage; Prioritäten; Kinder; Arztgeheimnis; Schweigepflicht;
Menschenwürde; medizinisches Assistenzpersonal; Ausbildung, Weiterbil-
dung; Haftung; grenzüberschreitende Tätigkeit
- 17.35 Häusliche medizinische Überwachung, "Telemedizin" und ärztlichen Ethik,
Erklärung
(HOME MEDICAL MONITORING, "TELE-MEDICINE" AND MEDICAL
ETHICS, STATEMENT)
Chronische Erkrankung; Kommunikationstechnik; Selbstbehandlung; Lang-
zeitkontrolle; freie Arztwahl; Arztgeheimnis; Schweigepflicht; Datenschutz;
Qualitätssicherung

- 17.36 Ethik und Verantwortlichkeit in der Telemedizin
(STATEMENT ON ACCOUNTABILITY, RESPONSIBILITIES AND ETHICAL GUIDELINES IN THE PRACTICE OF TELEMEDIZIN)
Telemedizin, Arzt-Patienten-Verhältnis, Teleassistenz, Telemonitoring, Telekonsultation, Vertraulichkeit, Haftung, Qualitätssicherung
- 17.50 Richtlinien für den Fall bewaffneter Konflikte
(TIME OF ARMED CONFLICT, REGULATIONS)
Krieg; Ethik; Verbrechen gegen die Menschlichkeit; Deklaration von Helsinki; Diskriminierungsverbot; Arztgeheimnis; Schweigepflicht; Prioritäten; professionelle Autonomie;
- 17.90 Freiheit der Teilnahme an Ärzteversammlungen, Erklärung
(FREEDOM TO ATTEND MEDICAL MEETINGS, STATEMENT)
Professionelle Autonomie; Diskriminierung; Zugang zu Fortbildungsveranstaltungen;
- 17.130 Waffen und deren Auswirkungen auf Leben und Gesundheit
(STATEMENT ON WEAPONS AND THEIR RELATION TO LIFE AND HEALTH)
Krieg, Waffen, Kriegsfolgen; Öffentliche Gesundheit; Arzt und Waffen; Internationales Recht
- 17.170 Recht des Kindes auf gesundheitliche Versorgung, Deklaration
(DECLARATION OF OTTAWA ON THE RIGHT OF THE CHILD TO HEALTH CARE)
Kind, Zugang zur medizinischen Versorgung, Recht des Kindes, Freie Arztwahl, Krankenhaus, Schweigepflicht, Patientenrecht, Eltern, Gesetzlicher Vertreter, Autonomie des Patienten, Forschung
- 17.777 Patente auf medizinische Verfahren, Erklärung
(STATEMENT ON MEDICAL PROCESS PATENTS)
Patentierung, Ethik, Forschung, Entwicklung neuer medizinischer Verfahren, Patientenschutz, Ressourcenverteilung, Kommerzialisierung, geistiger Eigentum,
- 17.210 Berufszulassung von Ärzten, die sich der Strafverfolgung wegen schwerwiegender strafbarer Handlungen entziehen, Erklärung
(STATEMENT OF LICENSING OF PHYSICIANS FLEEING PROSECUTION FOR SERIOUS CRIMINAL OFFENCES)
Berufszulassung, Folter, Kriegsverbrechen, Berufsaufsicht, Berufsordnung, Migration
- 17.250 Einrichtung einer Stelle für einen Berichterstatter bei den Vereinten Nationen zur Überwachung der Unabhängigkeit und Integrität von Angehörigen medizinischer Berufe, Vorschlag
(PROPOSAL FOR A UNITED NATIONS RAPPORTEUR ON THE INDEPENDENCE AND INTEGRITY OF HEALTH PROFESSIONALS)
ärztliche Autonomie, Autonomie, Vereinte Nationen, Menschenrecht, Berichterstatter,

- 17.270 Nuklearwaffen, Deklaration
(DECLARATION ON NUCLEAR WEAPONS)
Waffen, Nuklearwaffen, Krieg, Völkerrecht, Internationaler Gerichtshof, Abrüstung
- 20.1/90 Therapeutischer Ersatz, EntschlieÙung
(THERAPEUTIC SUBSTITUTION, RESOLUTION)
Arzneitherapie; aut simile; Substitution, Pharmakotherapie; Apotheker; Nebenwirkungen; generischer Ersatz; Therapiefreiheit; Verantwortung für Therapie;
- 20.1/95 Atomwaffentest, EntschlieÙung
(RESOLUTION ON TESTING OF NUCLEAR WEAPONS)
Waffen, Atomwaffentest; Atomwaffenversuch
- 20.1/96 Verstärkte Investitionen in die gesundheitliche Versorgung, EntschlieÙung
(RESOLUTION ON IMPROVED INVESTMENT IN HEALTH CARE)
Gesundheitliche Versorgung, Armut, Frauen, Entwicklungsländer, Zugang zur medizinischen Versorgung, SAP, Grundbedürfnisse
- 20.1/98 SIRUS Projekt, EntschlieÙung
(RESOLUTION ON THE SIRUS PROJECT: „TOWARDS A DETERMINATION OF WHICH WEAPONS CAUSE „SUPERFLUOUS INJURY OR UNNECESSARY SUFFERING“)
Waffen, Auswirkungen von Waffen, Genfer Konvention, Rotes Kreuz, SIRUS-Projekt
- 20.2/88 Akademische Sanktionen oder Boykotts, Erklärung
(ACADEMIC SANCTIONS OR BOYCOTTS, STATEMENT)
Zugang zu Fortbildungsveranstaltungen; Diskriminierung; Freiheit der Lehre und Forschung;
- 20.2/90 Menschenrechte, EntschlieÙung
(HUMAN RIGHTS, RESOLUTION)
Menschenrechte; Verletzung der Menschenrechte; Strafvollzug; Diskriminierungsverbot;
- 20.2/91 Verbot des Rauchens auf internationalen Flügen, EntschlieÙung
(PROHIBIT SMOKING ON INTERNATIONAL FLIGHTS, RESOLUTION)
Tabak; Rauchen; Flugverkehr; ICAO, Rauchverbot; Abkommen über Rauchverbote auf internationaler Flüge,
- 20.2/94 Ärztliches Verhalten bei Organtransplantationen, EntschlieÙung
(PYSICIANS' CONDUCT CONCERNING HUMAN ORGAN TRANSPLANTATION, RESOLUTION)
Organtransplantation; Organspende; Selbstbestimmung; Zustimmung; Behinderte; Todesstrafe; Hinrichtungen; Ausbeutung; Dritte Welt; Organhandel; Lebendspende; Kinder; Entführung; Verbot der Kommerzialisierung;

- 20.2/97 Klonierung, EntschlieÙung
(RESOLUTION ON CLONING)
Klonierung, Wissenschaft, Forschung, Ethik, Reproduktionsmedizin, Genetik
- 20.2/98 Haager Friedensappell 1999
(RESOLUTION ON THE HAGUE APPEAL FOR PEACE 1999)
Den Haag, Friedensappell, Völkerrecht, Abrüstung, Waffen, Genfer Konvention
- 20.3/88 Ärztliche Gruppenpraxis, EntschlieÙung
(MEDICAL GROUP PRACTICE, RESOLUTION)
Gesundheitssysteme; Gruppenpraxis;
- 20.3/96 Dr. Radovan Karadzic, EntschlieÙung
(RESOLUTION CONCERNING DR. RADOVAN KARADZIC)
Karadzic; Kriegsverbrechen; Jugoslawien; Internationaler Gerichtshof
- 20.4/88 EntschlieÙung (zu Generika)
(RESOLUTION)
Pharmakotherapie; Arzneitherapie; Generika; Substitution; Verantwortung für die Therapie; Apotheker;
- 20.4./97 Berufsverbot für Ärztinnen in Afghanistan und zum Ausschluß von Frauen von der gesundheitlichen Versorgung, EntschlieÙung
(RESOLUTION ON THE PROHIBITION OF ACCESS OF WOMEN TO HEALTH CARE AND THE PROHIBITION OF PRACTICE BY FEMALE DOCTORS IN AFGHANISTAN)
Afghanistan, Frauen, Kinder, Berufsverbot, Menschenrechte, Islam, Religion
- 20.4/99 Aufnahme der Ärztlichen Ethik und der Menschenrechte in die Lehrpläne der medizinischen Fakultäten weltweit, EntschlieÙung
(INCLUSION OF MEDICAL ETHICS AND HUMAN RIGHTS IN THE CURRICULUM OF MEDICAL SCHOOLS WORLD-WIDE , RESOLUTION)
Menschenrechte, Ärztliche Ausbildung, Medizinische Fakultät, Ethik
- 20.5/97 Wirtschaftsembargos und Gesundheit, EntschlieÙung
(ECONOMIC EMBARGOES AND HEALTH)
Wirtschaftsembargo, medizinische Versorgung, Arzneimittel, Humanitäre Hilfe, Nahrungsmittel
- 20.6/81 Beteiligung von Ärzten an der Vollstreckung von Todesurteilen, EntschlieÙung
(PHYSICIAN PARTICIPATION IN CAPITAL PUNISHMENT, RESOLUTION)
Todesstrafe, Verbot der Teilnahme; Presseerklärung;

- 20.7/98 Unterstützung der Konvention von Ottawa, Entschließung
(Konvention über das Verbot des Einsatzes, der Lagerung, der Herstellung und des Transfers von Antipersonenminen und über deren Zerstörung)
(RESOLUTION SUPPORTING THE OTTAWA CONVENTION (CONVENTION ON THE PROHIBITION OF THE USE, STOCKPILING, PRODUCTION AND TRANSFER OF ANTI-PERSONNEL MINES AND ON THEIR DESTRUCTION)
Landminen, Antipersonenminen, Konvention von Ottawa
- 20.8 Einsatz von Computern in der Medizin, Erklärung
(USE OF COMPUTER IN MEDICINE, STATEMENT)
EDV; Datenschutz; Arztgeheimnis; Forschung; Anonymisierung von Daten; Epidemiologie; Vernetzung;
- 20.8/98 Medizinische Versorgung von Flüchtlingen, Entschließung
(RESOLUTION ON MEDICAL CARE OF REFUGEES)
Menschenrechte, Flüchtlinge, Asyl, Medizinische Versorgung, Abschiebung
- 20.9/98 Berichte über Menschenrechtsverletzungen im Gesundheitssektor im Kosovo
(RESOLUTION ON REPORTED VIOLATIONS OF HEALTH RELATED HUMAN RIGHTS IN KOSOVA)
Menschenrechte, Kosovo, Humanitäre Hilfe, Jugoslawien, Flüchtlinge, Vertriebene
- 20.10/I Entwicklung der Arztzahlen(I), Erklärung
(MEDICAL MANPOWER I, STATEMENT)
Sicherstellung ärztlicher Versorgung; Ressourcen-Allokation; Ärzteschwemme; Plethora;
- 20.10/II Entwicklung der Arztzahlen(II), Erklärung
(MEDICAL MANPOWER II, STATEMENT)
Ausbildung; Studium; Praxisnähe; Studentenzahlen;
- 20.10/III Entwicklung der Arztzahlen(III), Erklärung
(MEDICAL MANPOWER III, STATEMENT)
Ausbildung; Studium; Praxisnähe; Studentenzahlen;
- 20.30 Gebrauch und Mißbrauch psychotroper Arzneimittel, Erklärung
(THE USE AND MISUSE OF PSYCHOTROPIC DRUGS, STATEMENT)
Pharmakotherapie; Arzneitherapie; psychotrope Medikamente; Abhängigkeit von Medikamenten; Prävention;

Anhang II

Schlagwörter in alphabetischer Reihenfolge

Abhängigkeit von Medikamenten	20.30
Abkommen über Rauchverbote auf internationalen Flügen	20.2/91
Abrüstung	17/270, 20.2/98
Abschiebung	20.8/98
Absonderung von Hungerstreikenden	17.FFF
Abtreibung	17.D, 17.S, 17.T, 17.N/3
Ächtung biologischer und chemischer Waffen	17.Y
Afghanistan	20.4
AIDS	17. R, 17.R/1, 17.R/2, 10.41
Alkohol	10.AA
Alkohol	10.140
Alkoholmißbrauch	10.23
Alte Menschen	10.25
Ältere Menschen	10.25, 10.140
Alterserkrankungen	10.25
Ambulante Drogensubstitution	10.41
American Medical Association	10.20
anonyme Meldung	17. R
Anonymisierung von Daten	20.8
Antibiotika	10.120,10.190
Antipersonenminen	20.7/98
Apotheker	20.1/90, 20.4/88, 10.210
Arbeitslosigkeit	10.140
Arbeitsmedizin	10.55, 17.G/1, 17.I., 17.S/1
Arbeitsplatz	10.AA , 10.B, 17.G/1, 17.S/1
Arbeitsschutz	10.55, 17.R/1
Armut	10.140, 20.1/96
Arzneimittel	10.40, 20.5, 10.210
Arzneimittelabgabe	10.210
Arzneimittelresistenz	10.190
Arzneitherapie	20.1/90, 20.4/88, 20.30
Arzt-Patienten-Verhältnis	17.36
Arzt und Waffen	17.130
Ärztedichte	10/180
Ärzteschwemme	20.10/I
Arztgeheimnis	10.90, 17.A, 17.FFF, 17.H, 17.I, 17.N, 17. R, 17.R/1, 17.Z, 17.35, 17.50, 20.8

Arzthaftung	10.C, 10.40
Arztzahlen	10/180
ärztliche Ausbildung	s. Ausbildung
ärztliche Autonomie	17.250
Assistenzpersonal, Ausbildung	17.FF
Asyl	20.8/98
Atomwaffentest	20.1/95
Atomwaffenversuch	20.1/95
Aufklärung	10.30, 10.AA , 10.B, 10.C, 10.70, 17.N, 17. R, 17.R/1, 10.210
Aufklärung, gesundheitliche	10.75, 17.I
Aufklärungsprogramme	17. R
Ausbeutung und Organhandel	20.2/94
Ausbildung	10.B, 10.23, 10.55, 10.80, 10.81, 10/180, 17.L, 20.10/II, 20.10/III, 10.C, 17.Z, 20.4./99
Ausbildungsziel	10.80
Auswirkungen von Waffen	20.1/98
Autonomie	17.250
Autonomie des Patienten	17/170
aut simile	20.1/90
Behandlung	17.W
Behandlung HIV-positiver Patienten	17. R, 17.R/1
Behandlungsabbruch	17.V
Behandlungsfehler	10.C
Behandlungsfolgen	10.C
Behinderte	20.2/94
Berichterstatter	17.250
Berufliche Autonomie	s. professionelle Autonomie, 17.FFFF
Berufsaufsicht	17.210
Berufsausübung	10.C, 10.10 , 10.80
Berufsfeld	10.210
Berufsordnung	10.10, 17.210
Berufsverbot	20.4
Berufszulassung	17.210
Beschäftigungsverhältnis	17.OO
Beschneidung	10.24
Betäubungsmittel	10.41
Betreuung	17.W
Bevölkerungsentwicklung	10.60
Bewertungsmaßstäbe	10.10
biopsychosoziale Entwicklung	10.23
Bioäquivalenz	10.40
Bioverfügbarkeit	10.40
Blutalkoholkonzentration	10.AA
Boxen	17.K
Boxregister, Verletzungsstatistik	17.K

Bruststillen der Neugeborenen	10.20
Centers for Disease Control (CDC)	10.20
Chancengleichheit	17.L
chronische Erkrankung	17.35
Datenschutz	17.S/1, 17.35, 20.8, 10.160
Dauerkoma	17.V
defensive Medizin	10.C
Deklaration von Genf	17.A, 17.Y
Deklaration von Helsinki	17.C, 10.10, 17.Q, 17.S, 17.T, 17.U, 17.Y, 17.50
Deklaration von Hong Kong	10.25
Deklaration von Lissabon	17.H
Deklaration von Madrid	10.10
Deklaration von Malta	17.FFF
Deklaration von Oslo	17.D
Deklaration von Rancho Mirage	10.80
Deklaration von Sao Paulo	17.G
Deklaration von Sydney	17.B
Deklaration von Tokio	17.F
Deklaration von Venedig	17.J
Den Haag	20.2/98
Diabetes Mellitus	17.T
Diskriminierung	17.S/1, 17.90, 20.2/88, 17.00/1
Diskriminierungsverbot	17.A, 17.L, 17.50, 20.2/90
Dokumentation	17.W, 10.160
Doping	17.I.
Dritte Welt	17.M, 20.2/94
Drogen	17.FF,10.41
Drogenabhängigkeit	10.41
Drogenmißbrauch	10.23
Drogentherapie	17.R/2
EDV	20.8
Ehe	10.140
Eigenverantwortung	10.55, 10.70, 10.150
Eignungsprüfung	17.I.
Einwilligung nach Aufklärung	17.C
Eltern	17/170
Embryonenreduktion	17.N/3
Empfängnisverhütung	17.S, 10.110
Engagement	17.G
Entführung und Organhandel	20.2/94
Entschädigung	10.C
Entwicklung gesetzlicher Vorschriften	10.55
Entwicklung neuer medizinischer Verfahren	17/777
Entwicklungsländer	10.110, 20.1/96
Epidemie	10.190
Epidemiologie	17. R, 17.R/1, 20.8

Erbkrankheiten	17.S, 17.S/1
Erfassungssysteme für Unfallursachen	10.B
Ersatzdroge	10.41
Ethik	10.80, 10.81, 17.A, 17.C, 17.50, 20.2, 17/777, 20.4/99
Ethikausschuß	10.150, 10.160
Ethikkommission	17.C
Eugenik	17.S/1
Euthanasie	17.J, 17.P, 17.PP
Familie	10.25, 10.140
Familienplanung	10.60, 10.110
fetales Gewebe	17.T
Finanzierung der Aus-, Weiter- und Fortbildung	10.81
Flüchtlinge	20.8/98, 20.9/98
Flugverkehr	20.2/91
Folter	17.F, 17.210, 17.FFFF
Forschung	17.R/2, 17.S, 17.T, 17.U, 17/170, 20.8, 10.120, 20.2, 17/777
Forschung am Menschen	17.C
Fortbildung	10.C, 10.80, 10.81, 17.L, 17.W, 17.R/2, 10.160
Fortbildungspflicht	10.80
Fortschritt	10.81
Fötenmortalität	17.N/3
Frauen	20.1/96, 20.4
freie Arztwahl	10.25, 10.70, 10.90, 17.H, 17.35, 17/170
Freiheit der Lehre und Forschung	20.2/88
Freiwilligkeit	17.C
Freizeitverhalten	17.G/1
Friedensappell	20.2/98
funktionelle Störungen	10.24
Fürsorge	10.25
Gametenspende	17.N
Geburtenkontrolle	10.20, 10.110
Geburtsgewicht	10.20
Gefangene	17.F, 17.FF, 17.FFF
Geistiger Eigentum	17/777
Gelöbnis	17.A
Generika	10.40, 20.4/88
generischer Ersatz	20.1/90
Genetik	20.2
genetische Beratung	17.S
genetische Forschung	17.S/1
genetische Prädisposition	17.S/1
Genfer Deklaration	17.Y
Genfer Konvention	20.1/98, 20.2/98
Genitalien	10.24

Genkartierung	17.S/1
Genomanalyse	17.S/1
Gentechnik	17.S
Gentherapie, genetische Diagnostik	17.S
Geschäftsfähigkeit	17.C
Geschlechtsmerkmale	10.24
Gesellschaft	17.C
gesetzliche Hindernisse	17.X
gesetzlicher Vertreter	17/170
Gesundheit der Frau	10.20, 10.24, 17.R/2, 10.110
gesundheitliche Versorgung	20.1/96
Gesundheitsamt	10.75
Gesundheitsberufe,	10.50
Ausbildung, Zusammenarbeit	
Gesundheitsberufe, Arbeitskräftepotential	10.70, 10.90
Gesundheitsförderung	10.75
Gesundheitspolitik	10.81
Gesundheitsschutz	10.75
Gesundheitssysteme	20.3.88
Gesundheitssysteme	10.70, 10.90
private und öffentliche Finanzierung	
Gewalt in der Familie	10.25, 10.140
Gewalttätigkeit	17.U
Gewebetransplantation	17.T
Gewissenhaftigkeit	17.A
Gewissensentscheidung	17.D
grausame Bestrafung	17.F
grenzüberschreitende Tätigkeit	17.I., 17.Z
Grundbedürfnisse	20.1/96
Grundlagenforschung	17.C
Grundversorgung	10.75
Gruppenpraxis	20.3/88
gutachterliche Tätigkeit	17.A
Haft	17.FF, 17.FFF
Haftung	17.Z, 17.36
Handel mit Tabakwaren	10.31
Hepatitis B	10.41
Hepatitis C	10.41
Heranwachsende	10.23
Heroinsubstitution	10.41
hetererloger Gametentransfer	17.N
Hilfe zum Selbstmord	17.PP
Hinrichtungen	20.2/94
Hirnfunktionen, irreversibler Verlust	17.B
HIV	17.R/1, 17.R/2
HIV-Infektion	17. R
HIV-positive Ärzte	17.R/1

HIV-Test	17.R/2
Hochschule	10.80
Humanexperimente, Qualifikation für	17.C
Humanexperimente, Verantwortung für	17.C
Humanitäre Hilfe	20.5, 20.9/98
Hungerstreik	17.F, 17.FFF
ICAO	20.2/91
Immunisierung	10.20
Impfstoffe	10.120
In-vitro-Fertilisation	17.N, 17.N/3
Infibulation	10.24
Innovative Antibiotika	10.120
Intensivmedizin	17.V
Internationale Berufsordnung	17.A
internationale Koordination	10.60
internationaler Austausch	17.S/1
Internationaler Gerichtshof	17/270, 20.3/96
Internationales Recht	17.130
Invalidität	10.B
Islam	20.4
IVFT	17.N, 17.N/3
Jugendliche	10.AA, 10.30, 17.C, 17.I
Jugendliche, Haupttodesursache	10.A, 10.B
Jugendliche, Todesursache	10.23
Jugoslawien	20.3/96, 20.9/98
Karadzic	20.3/96
Kapazitäten	10/180
Katastrophen	17.Z
Kinder	10.24, 10.30, 10.110, 17.I., 17.R/2 , 17.Z, 17/170, 20.2/94, 20.4
Kinder, Kindersterblichkeit, Mortalität, Morbidität	10.20
Kinder, Haupttodesursache	10.B
Kinder, Mißhandlung, Vernachlässigung, Festellung	17.W, 10.140
Kinderhilfsprogramm	10.20
Kind und Sport	17.I
Klagen	10.C
Klinische Versuche	17.C
Klonierung	20.2
Kollegialität	17.A
Koma	17.V
Kommerzialisierung	17/777
Kommunikationstechnik	17.35
Komplikationen	10.24
Konsultationspflicht	17.A
Kontrazeption	10.110
Kontrollgruppe	17.C
Konvention von Ottawa	20.7/98

Koordination	17.Z
Kosovo	20.9/98
Kostenbewußtsein	10.10
Kostendämpfung	17.O, 17.OO
Kostenkontrolle	10.C
Krankenhaus	17/170
Krankentransport	10.70
Krieg	17.Y, 17.50, 17.130, 17.270, 20.5/94
Kriegsfolgen	17.130
Kriegsverbrechen	20.3/96, 17.210
Kunstfehler	10.C
künstliche Beatmung	17.B
Laborversuche	17.C
ländliche Gebiete	10.50, 10.70
Langzeitkontrolle	17.35
Lärmbelastung	17.G/1
Lärmschutz	17.G/1
Landminen	20.7/98
Lebensspende	17.M, 20.2/94
Lebensbedingungen	10.60
lebensverlängernde Maßnahmen	17.J
Leibeshöhlensivitation	17.FF
Leihelternschaft	17.N
Leihmutterschaft	17.N
Leistungsport	17.I
Leistungssteigerung	17.I
Literaturstudium	17.C
Leitlinie	10.160
Mädchen	10.24
Massenvernichtungswaffen	20.1/98
Medien	10.C
Medizinische Fakultät	20.4/99
Medizinische Versorgung	10.150, 20.5, 20.8/98
medizinisches Assistenzpersonal	10.50, 17.Z s.a. Assistenzpersonal
Mehrfachuntersuchungen	10.C
Mehrlingsschwangerschaften	17.N/3
Meldung von Verdachtsfällen (Mißhandlungen)	10.25, 10.140
Menschenrechte	20.2/90, 20.4, 20.8/98, 20.9/98, 17.250, 17.FFFF, 20.4/99
Menschenrechte, Verletzung der	17.F, 20.2/90
Menschenwürde	17.A, 17.FF, 17.Z
Menschlichkeit	17.A, 17.F
Methadon	10.41
Minderjährige	17.C
Migration	17.210, 17.I
Mißbrauch von Antibiotika	10.120
Mißhandlung	10.25, 17.F, 10.140

Morbus Parkinson	17.T
Nahrungsmittel	20.5
Nahrungsmittelprodukte	10.120
Nahrungsverweigerung	17.F, 17.FFF
nationale Strategien	17. R
Nebenwirkungen	10.40, 20.1/90
Notfallmaßnahmen	17.K
Nötigung	17.FFF
Nuklearwaffen	17/270
Objektivierbarkeit	17.W
Öffentliche Gesundheit	10.A, 10.AA , 10.B, 10.30, 10.31, 10.50, 17.G, 17.G/1, 17.OO; 10.75, 17.130, 10.140
Oozytenreduktion	17.N/3
Opiatabhängigkeit	10.41
Opiate	17.X
Organentnahme, Einwilligung zur	17.B, 17.T, 17.Q
Organerhaltung	17.B
Organhandel	17.M, 20.2/94
Organspende	17.J, 20.2/94
Organtransplantation	17.M, 17.B, 17.J, 17.Q, 20.2/94
Ottawa	20.7/98, 17/170
Patentierung	17.S/1, 10.210
Patientenautonomie	17.FFF, 17.J, 17.N, 17.P, 17.PP, 17.S,
Patienteninformation	10.210
Patienteninteresse	17.A, 17.O, 17.OO, 17.OO/1
Patientenrechte	17.H, 17.O, 17.OO, 17/170, 10.150, 10.210
Patientenschutz	17/777
Patientenversorgung	10.10
Patientenwahl	10.75
Peer Review	10.160
Pelvisuntersuchungen	17.FF
persistent vegetative state	17.V
Persönlichkeitsrecht	17.S/1
Pflege	10.25
Pflichtuntersuchung	17. R
Pharmakotherapie	20.1/90, 20.4/88, 20.30
Pharmazeuten	10.210
Pharmazeutische Industrie	10.120
Plethora	20.10/I
Prävention	10.A, 10.AA , 10.B, 10.20, 10.23, 10.24, 10.30, 10.31, 10.70, 17. R, 17.R/1, 17.R/2 , 20.30
Prävention	10.75
Praxisbezug der Ausbildung	10.80, 20.10/II, 20.10/III
Presseerklärung	20.6.81

Primärversorgung	10.80; 17.W
Prioritäten	17.Z, 17.50
private und öffentliche Finanzierung	10.70
Produkt-Design	10.B
professionelle Autonomie	10.C, 10.55, 10.90, 17.F, 17.H, 17.L, 17.O, 17.OO, 17.50, 17.90, 10.150
Prognose	17.V
Provisionsverbot	17.A
Prüfungsausschuß	10.150
Psychiatrie	17.00/1
Psychiater	17.00/1
Psychische Erkrankung	17.00/1
psychotrope Medikamente	20.30
psychosoziale Entwicklung	10.23
Qualität der medizinischen Versorgung	10.150
Qualitätssicherung	10.10 , 10.50, 10.70, 10.80, 17.35, 10.150, 10.160, 17.36
Qualitätssicherung der Lehre	10.81
Rauchen	10.30, 10.31, 20.2/91
Rauchverbot während Fügen	20.2/91
Rauchverbot während Sitzungen	10.30
Rauchverbote	10.30
Recht auf gesundheitliche Versorgung	10.C
Recht der Frau	10.110
Recht des Kindes	17/170
Rechtsschutz	10.C
Rehabilitation	10.AA, 10.B, 17.V
Rehydratation bei Hungerstreikenden	17.FFF
Rehydratationstherapie bei Diarrhoe	10.20
Rektaluntersuchungen bei Gefangenen	17.FF
Religion	10.24, 10.110, 20.4
Reproduktionsmedizin	17.N/3, 20.2
Resistenz	10.190
Resistenz gegen Antibiotika	10.120
Ressourcen-Allokation	10.50, 10.60, 10.70, 10.90, 17.O, 17.OO, 17.S/1, 17.V, 17.Z, 20.10/I
Ressourcenverteilung	17/777
Rettungswesen	10.A, 10.B, 17.Z
Ringarzt	17.K
Risikoabschätzung	17.C
Risikofaktoren	10.23
Risikogruppen	17. R
Rotes Kreuz	20.1/98
SAP	20.1/96
Säuglinge	10.20
Säuglingssterblichkeit, Mortalität, Morbidität	
Schlichtung	10.C

Schmerztherapie	17.J, 17.X
Schutz des ungeborenen Lebens	17.D
Schutz Dritter	17. R, 17.R/1
Schwangere	17. R
Schwangerschaft	17.T, 10.110
Schwangerschaftsabbruch	17.D, 17. T
Schwangerschaftsvorsorge	10.20
Schweigepflicht	17.A, 17.FFF, 17.H, 17.N, 17. R, 17.R/1, 17.S/1, 17.Z, 17.35, 17.50, 17.I. 17.00/1, 17/170
Selbstbehandlung	17.35
Selbstbestimmung	10.60, 17.FFF, 20.2/94
Selbstbestimmungsrecht	17.J, 17.P, 17.PP, 17.S, 17.S/1
Selbstkontrolle	10.10 , 10.150
Selbstmord	10.23
Selbstverwaltung	10.10 , 10.70, 10.80, 10.81, 10.90
Selbstwertgefühl	10.23
Selektion	17.S/1, 10.120
Selektiver Fetozid	17.N/3
Senioren	10.25
Seuchen	17.Z, 10.190
Sexualität	10.24
Sexueller Mißbrauch	10.140
Sicherheitsmaßnahmen	10.A, 10.AA , 10.B
Sicherheitsvorkehrungen	17.K
Sicherstellung ärztlicher Versorgung	20.10/I
SIRUS-Projekt	20.1/98
Solidaritätsfonds	10.C
Soziale Faktoren für Gewalt in der Familie	10.140
sozialer Schutz	10.70, 10.90
Sponsoring	10.30
Sport	17.I., 17.K
Sportarzt	17.I
Sportärztliche Betreuung	17.K
Sportmedizin	17.I., 17.K
Standard	10.C, 10.160
Standesordnung	10.150
Sterbebegleitung	17.J, 17.P, 17.X
Sterbebeistand	17.J
Sterbehilfe	17.J, 17.P, 17.PP
Sterilisation	17.S
Sterilität	17.N
Strafrecht	10.24
Strafvollzug	20.2/90
Straßenverkehr	10.A, 10.AA
Studentenzahlen	20.10/II, 20.10/III
Studium	20.10/II, 20.10/III

Substitution	10.40, 20.4/88, 20.1/90, 10.41
Sucht	10.41
Tabak	10.30, 10.31, 20.2/91
Tabaksubventionen	10.30
TB	10.190
Technologiefolgen	10.C
Telemedizin	17.36
Teleassistenz	17.36
Telekonsultation	17.36
Telemonitoring	17.36
Therapie	10.210
Therapiefreiheit	10.10 , 10.90, 17.C, 17.O, 17.OO, 20.1/90
Tierschützer	17.U
Tierversuche	17.U
Tierzucht	10.120
Tod	17.X
Tod, Sterbebeistand	17.H
Tod, Todeszeitpunkt,	17.B
Todesfeststellung	17.B, 17.Q
Todesstrafe	20.2/94
Todesstrafe, Verbot der Teilnahme	20.6.81
Todesursache	10.AA , 10.B
Tradition	10.24
Training	17.I
Trauma	10.B, 10.23
Triage	17.Z
Tuberkulose	10.190
TB	
Übersorgung	10.10
Umwelt	17.C, 17.Y, 17.Z
Umwelt und Gesundheit	17.G
Umweltschutz	10.60
Umweltverschmutzung	10.60, 17.G/1
Umweltverschmutzung, Gesundheitsgefahren	17.G
unerlaubte Leistungssteigerung	17.I.
Unerwünschte Arzneimittelwirkungen	10.40
Unfall	10.A, 10.AA , 10.B, 10.23
Ungewollte Schwangerschaft	10.110
UNICEF	10.24
United States Agency for International Development (USAID)	10.20
Unzurechnungsfähigkeit	17.00/1
Vegitatives Syndrom	17.V
Verantwortung	10.150
Verantwortung für Therapie	20.4/88, 20.1/90
Verbot der gezielten Spende	17.T

Verbot der Kommerzialisierung	17.N, 17.Q, 17.T, 20.2/94
Verbrechen gegen die Menschlichkeit	17.50
Vereinte Nationen	17.250
Verjährung	17.W
Verkehr	17.G/1
Verkehrserziehung	10.A, 10.AA
Verkehrsplanung	10.A
Vernachlässigung	10.25
Vernetzung	20.8
Verordnungsfreiheit	10.40
Versicherung	10.C, 17.S/1
Versuchsperson, Schutz der	17.C
Versuchsprotokoll	17.C
Versuchstiere	17.C, 17.U
Vertragsfreiheit	10.90
Vertraulichkeit	17.36
Vertriebene	20.9/98
Völkerrecht	17/270, 20.2/98
Vorbildfunktion des Arztes	10.30
Waffen	10.23, 17.FF, 17.Y, 17.130, 17/270, 20.1/95, 20.1/98, 20.2/98,
Weigerung der Teilnahme	17.C
Weiterbildung	10.C, 10.23, 10.80, 10.81, 17.L, 17.N, 17.Q, 17.R/2 , 17.W, 17.Z
Weltärztebund Kinder-Gesundheitsprogramm	10.20
Werbeverbot	17.A
Werbung	10.30
Werbung für Tabakwaren	10.31
WHO	10.24, 10.120, 10.190
Wirtschaftsembargo	20.5
Wissenschaft	20.2
wissenschaftliche Experimente	10.10
wissenschaftliche Sorgfaltspflicht	17.A, 17.C
Wissenstransfer	17.S/1
Zugang zu Fortbildungsveranstaltungen	10.90, 17.90, 20.2/88
Zugang zur gesundheitlichen Versorgung	10.50, 10.70, 10.90
Zugang zur medizinischen Versorgung	20.1/96, 17/170
Zustimmung	20.2/94
Zustimmung zur Behandlung	17.FFF
Zwangsbehandlung	17.00/1
Zwangseinweisung	17.00/1

NEUE DOKUMENTE

verabschiedet von der 51. Generalversammlung in Israel
12. bis 16.10.1999

- 10.210 Arbeitsbeziehungen zwischen Ärzten und Pharmazeuten in der medizinischen Therapie, Erklärung
- 17.1 Grundsätze für die Gesundheitsfürsorge in der Sportmedizin, Deklaration
- 17.36 Ethik und Verantwortlichkeit in der Telemedizin, Erklärung
- 17.777 Patente auf medizinische Verfahren, Erklärung
- 20.4/99 Aufnahme der Ärztlichen Ethik und der Menschenrechte in die Lehrpläne der medizinischen Fakultäten weltweit